Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Página: 1 de 2 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GEPOL No.	**GS-2026- -DEBOY**		
Grado			
Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta			
Cargo del funcionario			
		TURNO No.	
No. SISCO:		No. REGISTRO QUIPU :	
No. CONTRATO:	81-7-20314-25	FECHA DE RECIBIDO :	02/05/2026
VALOR PAGO:	$ 941.200,00	NUMERO DE RADICADO SIIF:	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		CONTRATISTA:	CLÍNICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA ESTÉTICA DENTAL S.A.S.
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	No. 03 Facturas TU11206 DUI8379-DUI8380	NIT DEL CONTRATISTA:	900.242.209-5

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI _____	NO ___X___
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI _____	NO ___X___
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI _____	NO ___X___

ENDOSADA A: N/A

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP)		
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)		☐
6. FACTURA ORIGINAL:		☐
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	No. 9495758258 del 05/12/2025	☐
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN:	N/A	
NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN):	N/A	
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP		☐
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP		☐
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.		☐
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP		☐
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.		☐
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,		☐

OBSERVACIONES : _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X___ NO __ CUENTA BANCARIA: DAVIVIENDA AHORROS 176270075607

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA)

CARGO Y UNIDAD

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

SI_____ NO_____

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:_____

No. 1 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1

No. GS-2026- 002195-DEBOY-20.1

Tunja, 02 de enero del 2026

Señora teniente coronel
IVONNE JHOANNA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Carrera 68 B BIS No. 44-58
Bogotá D.C.

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. 81-7-20314-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL _____.

Periodo del informe de supervisión

Desde	**26/12/2025**	**Hasta**	**31/12/2025**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación oficial No. GS-2025-030093-REGI1- 29.25 de fecha 26/12/2025, el Señor mayor ISSAC AMADO CODINA GALLARDO, obrando en calidad de Jefe Grupo Contratos RASES No 1, notifica como supervisor del contrato del asunto al Responsable de Asignación de Citas Médicas de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá.

Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL X

No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: CERO (00)

INFORMACIÓN DEL CONTRATO:

Contrato No. / Orden de compra No.	81-7-20314-25
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO EN ODONTOLOGÍA, ENDODONCIA, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL Y REHABILITACIÓN ORAL E IMPLANTOLOGÍA POR TRAUMA EN

	ACCIDENTE LABORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ZONA DE INFLUENCIA
Contratista	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S
Representante legal	ROCIO ALEXANDRA BAQUERO VARGAS
Valor inicial del contrato u orden de compra	$101.000.000,00 distribuidos de la siguiente manera, $1.000.000,00 para vigencia 2025 y $100.000.000,00 para vigencia 2026.
Valor adiciones del contrato u orden de compra	No Aplica
Valor total del contrato u orden de compra	$101.000.000,00 distribuidos de la siguiente manera, $1.000.000,00 para vigencia 2025 y $100.000.000,00 para vigencia 2026.
Plazo de ejecución inicial	Del 26 de diciembre del 2025 hasta el 30 de junio del 2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	26/12/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/06/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No Aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No Aplica
Adiciones	No Aplica
Modificatorios	No Aplica
Prorrogas	No Aplica
Otros	No Aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 **Acciones adelantadas:**

El supervisor del contrato desarrollo los seguimientos a las actividades adelantadas por el contratista en beneficio de nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. EL CONTRATISTA se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en la invitación y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato.	SI X NO__	Ninguna
2.Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI X NO__	Ninguna

3. Responder en los plazos que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI X NO__	Ninguna
4. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UNIDAD EJECUTORA o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única	SI X NO__	Ninguna
5. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI X NO__	Ninguna
6. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI X NO__	Ninguna
7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI X NO__	Ninguna
8. El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en los Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI X NO__	Ninguna
9. EL CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente	SI X NO__	Ninguna
10. EL CONTRATISTA se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato incluyendo sus adicciones y modificaciones.	SI X NO__	Ninguna
11. El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo".	SI X NO__	Ninguna
12. El CONTRATISTA se compromete a adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los cups contratados con su respectivo valor en pesos.	SI X NO__	Ninguna
13. El CONTRATISTA deberá notificar al supervisor del contrato y jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.	SI X NO__	Ninguna
14. El CONTRATISTA deberá Informar al supervisor del contrato y jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato.	SI X NO__	Ninguna
15. **EL CONTRATISTA** deberá dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitario ambiental vigente, en lo referente al manejo integral de residuos hospitalarios y similares, establecidos en el Decreto 351 de	SI X NO__	Ninguna

2014, tener formulado e implementado el Plan de Gestión integral de Residuos hospitalarios y peligrosos administrativos de acuerdo a la Resolución 1164 de 2002 o la que la sustituya y deberá contar con los servicios de un gestor externo autorizado por la autoridad ambiental competente para que le realice el manejo de los residuos generados por el desarrollo de su actividad.		
16. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI X NO__	Ninguna
17. Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	SI X NO__	Ninguna
18. Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI X NO__	Ninguna
19. EL CONTRATISTA deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica, presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co.	SI X NO__	Ninguna

Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.		
20. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI X NO__	Ninguna
21. Dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 34 de Ley 23 de 1981 "por la cual se dictan normas en materia de ética médica", toda vez que la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.	SI X NO__	Ninguna

2.1. CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIO	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
El oferente deberá diligencia el anexo **FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO,** contar con nivel académico universitario. El oferente que prestará el servicio a nuestros usuarios debe contar con especialistas titulados y auxiliar de odontología por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación , por lo cual el oferente deberá adjuntar en su propuesta constancia de idoneidad y experiencia de idoneidad, hoja de vida con copia íntegra y legible de los correspondientes diplomas, actas de grado, registro profesional, inscripción en la Secretaría de Salud Departamental, Fotocopia de la Cédula, etc. así:	SI X NO__	Ninguna

No	NIVEL ACADÉMICO REQUERIDO	NUMERO DE PROFESIONALES REQUERIDO
1	Especialista en Endodoncia	1
2	Especialista en Periodoncia	1
3	Especialista en Odontopediatría	1
4	Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial	1
5	Especialista Rehabilitación Oral	1
6	Auxiliar de Odontología	1

Mencionados profesionales y auxiliares deberán encontrarse inscritos ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo a lo tipificado en el artículo 23 de la ley 1164 de 2007. (...) *con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del Área de la salud.*		
Contar con instalaciones adecuadas en la ciudad de Tunja Boyacá para la prestación del servicio de acuerdo al decreto ley 1011 de abril 3 del 2006 y la Resoluciones 1043 de 2006 y 1441 de 2013, (listado de condiciones mínimas de habilitación para la prestación de servicios de salud) en la ciudad de Tunja Boyacá, en concordancia con la Resolución 3100 de 2019, modificada por la Resolución 544 de 2023, en concordancia con la circular externa 067 de 2010 y ley 10 de 1990.	SI X NO__	Ninguna
Demostrar la tenencia de los equipos que utilizará en la prestación de los servicios. Certificación firmada por el Representante Legal de la IPS en la que conste la existencia y disponibilidad de los equipos que destinara para la prestación de los servicios.	SI X NO__	Ninguna

REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato.	SI X NO__	Ninguna
CAPACIDAD OPERATIVA: El oferente deberá garantizar que cuenta con instalaciones (consultorios), con las condiciones adecuadas, donde el paciente reciba un servicio de calidad, ajustado a lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001. (será verificado en visita técnica) Resolución 3100 de 2019	SI X NO__	Ninguna
IDONEIDAD: el oferente garantizará bajo la gravedad de juramento que el personal que practicará los procedimientos, se encuentra facultado para ello y no será efectuados por personal distinto a los especialistas requeridos.	SI X NO__	Ninguna
El oferente debe anexar con su propuesta el **Certificado de Habilitación** expedido por la secretaria de Salud o entes departamentales para los servicios ofertados.	SI X NO__	Ninguna
Para la acreditación de la experiencia del proponente, deberá hacerlo mediante la presentación certificaciones de contratos ejecutados o en ejecución con entidades públicas y/o privadas, cuyo objeto sea igual o similar al objeto de la presente contratación cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso.	SI X NO__	Ninguna
El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista debidamente suscrito por el representante legal o por la persona autorizada para tal fin, de la entidad que recibió los servicios. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.	SI X NO__	Ninguna
Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.	SI X NO__	Ninguna
NOTA: Para el caso de contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, se tomará la fecha de legalización del contrato, hasta la fecha de expedición de la certificación; criterios que aplican igualmente al momento de referirse al % de ejecución, por lo cual se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada	SI X NO__	Ninguna
SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: EL Oferente deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación	SI X NO__	Ninguna

total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes. Según Resolución 3100 de 2019, modificada por la Resolución 544 de 2023	SI X NO__	Ninguna
Buenas prácticas ambientales: durante la ejecución del contrato, el contratista es responsable de dar estricto cumplimiento a la normatividad vigente en materia ambiental y social. En caso de establecerse conductas, hechos o actividades consideradas infracciones en materia ambiental o que sean violatorias de la normatividad vigente en el cumplimiento de los actos administrativos emanados de la autoridad ambiental competente, lo hará acreedor de las acciones preventivas y sancionatorias por la ley. El contratista es el único responsable de los procedimientos administrativos que de este incumplimiento se deriven.	SI X NO__	Ninguna
El oferente se compromete a estipular la dirección exacta donde se prestarán los servicios. Si se prestará el servicio en IPS alternas del mismo CONTRATISTA, permanente o eventualmente, éstas deberán hacer parte explícita de la oferta y cumplir con los mismos requisitos, de la sede principal. servicios en la ciudad de Tunja	SI X NO__	Ninguna
El oferente deberá garantizar, en un horario mínimo de Ocho (8) horas diarias de lunes a viernes en horarios de 08:00 a 12:00 y de 14:00 a 18:00, y sábado de 08:00 a 13:00 horas, a los Usuarios y Beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá. Dicha atención deberá ser oportuna y eficiente, Incluyendo la urgencia odontológica.	SI X NO__	Ninguna
Diligenciar en forma completa sin excepción el formato de referencia y contrarreferencia el cual será revisado por auditoria y será soporte de cuenta, así mismo debe ser diligenciada la historia clínica, formatos institucionales que se deriven de la prestación del servicio, así como el RIPS relacionado.	SI X NO__	Ninguna
La prescripción de medicamentos se realizará con estricta sujeción al MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSPN VIGENTE, en forma genérica y respetando los múltiplos y la malla de pertinencia establecida. En caso de requerirse algún medicamento fuera de este, deberá ser plenamente justificado en el Formato de Medicamentos no POS de la Institución y de Vigilancia Farmacológica si es el caso, para ser incluido y solicitado al Comité Técnico Científico de la DISAN.	SI X NO__	Ninguna
Adoptar las políticas, estrategias y lineamientos formulados por la RASES 1 – LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ, para la formulación y suministro de medicamentos a nuestros usuarios y beneficiarios, que llegasen a prescribir los odontólogos especialistas de la red externa contratada.	SI X NO__	Ninguna
Brindar la atención a los pacientes, con la mejor calidad de atención posible mediante la aplicación de sus conocimientos profesionales, selección del cuerpo médico asociado y experiencia con la tecnología disponible.	SI X NO__	Ninguna
Prestar según demanda en forma continua y permanente de acuerdo a lo coordinado con la Oficina de Referencia y Contrarreferencia en la Regional de Aseguramiento en Salud Número1. Prestación de servicio especializado en odontología, Endodoncia, Periodoncia, Odontopediatría, Cirugía oral, Implantología y rehabilitación oral por trauma en accidente Laboral a todos los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten con base en la orden de servicio expedida por parte de los profesionales odontológicos de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	SI X NO__	Ninguna

Eventualmente según la necesidad del servicio se realizará procedimientos odontológicos – que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la PONAL en las instalaciones habilitadas el contratante; los cual será facturado al contrato vigente según tarifas pactadas.	SI X NO__	Ninguna
El oferente deberá prestar los servicios de acuerdo al plan integral de salud de las fuerzas militares y la Policía Nacional. Acuerdo 002 de 2001, Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial", expedido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.	SI X NO__	Ninguna
Nota: Si se requiere un procedimiento, o servicio, adicional que no se encuentre en el Acuerdo 002 de 2001 "Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial", expedido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el médico especialista tratante deberá diligenciar el anexo número (1) uno (formato de solicitud y justificación ante el Comité Técnico Científico de procedimientos, insumos, dispositivos u otros servicios médicos que no hacen parte del plan de servicios del SSMP), realizara historia clínica justificada y generara orden de procedimiento solicitado. Documentos requeridos para solicitar autorización ante comité técnico científico – EIPS - CTC.	SI X NO__	Ninguna
El **CONTRATISTA**, debe prestar el servicio siempre y cuando el usuario o beneficiario presente la orden de servicio debidamente diligenciada, firmada y autorizada por la oficina de referencia y Contrarreferencia en la Regional de Aseguramiento en Salud Número 1. La autorización debe contener la firma del paciente.	SI X NO__	Ninguna
Llevar registros de atención diaria de actividades, procedimientos o intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	SI X NO__	Ninguna
Atención prioritaria a maternas, menores de 5 años y adultos mayores, de acuerdo a la ley 1171 de 2007 Capitulo III ventanilla preferencial Articulo 9.	SI X NO__	Ninguna
Reportar mensualmente en medio físico a Garantía de calidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá los eventos adversos y el seguimiento correspondiente, según la Resolución 1446 de 2006.	SI X NO__	Ninguna
Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias	SI X NO__	Ninguna
Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el manual de medicamentos y terapéutica del SSPN, se deberá solicitar autorización previa al Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad para su prescripción en el formato vigente para tal fin. Los medicamentos para manejo intrahospitalario que requieran administrarse de manera urgente, deben solicitar la aprobación por el EIPS - CTC posterior a su utilización de acuerdo a lo establecido en el artículo 8 de la Resolución 3099 de 2008.	SI X NO__	Ninguna
Sostener los precios ofertados durante la vigencia del contrato y/o sus prorrogas, para lo cual deberá diligenciar el Anexo SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	SI X NO__	Ninguna
Se obliga a que llegado el 60% de ejecución presupuestal se harán reportes por parte del contratista al supervisor del contrato. Para estudiar la viabilidad de adición presupuestal o realización del nuevo proceso contractual, diligenciando el siguiente formato: Contratista: Nombre o Razón Social Nro. del Contrato: Número Asignado por Contratación Valor del Contrato: Valor Asignado incluye adiciones	SI X NO__	Ninguna

Fecha del reporte	Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa)		
Valor ejecutado	Valor de las actividades que ya se han realizado a la fecha del corte.		
Valor Programado	Valor de remisiones que han recibido, pero no se han atendido a la fecha del corte		
Saldo	Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado)		
Una vez se agote el presupuesto total asignado, el contratista NO continuara prestando los servicios, a menos de que se trate de casos de urgencias conforme a las disposiciones vigentes.		SI X NO__	Ninguna
Suministrar información estadística de conformidad con lo establecido en el Decreto 3374 de 2000 (R.I.P.S) o las demás normas que la adicionen o modifiquen.		SI X NO__	Ninguna
Enviar en medio magnético la información correspondiente a atenciones en salud de los Usuarios del Subsistema (RIPS).		SI X NO__	Ninguna
Asumir el pago de obligaciones que se deriven de la ejecución del contrato.		SI X NO__	Ninguna
El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por la POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ, como son: ***Accesibilidad:*** Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios ***Oportunidad:*** Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención. ***Continuidad:*** Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida. **Seguridad:** Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido. ***Pertinencia:*** Cumplimiento de los Guías de Manejo, Adoptadas por la institución contratada		SI X NO__	Ninguna
Facilitar los indicadores de calidad en la prestación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud: SOGCS. Decreto 780 de 2016.		SI X NO__	Ninguna
Realizar incapacidades médicas según la directiva de la Policía Nacional 007 de 2009 en cuanto a necesidad de establecer si es incapacidad parcial o total.		SI X NO__	Ninguna
El **CONTRATISTA**, designara un funcionario quien se encargará de solucionar cualquier inconveniente o inquietud que se deriven de la prestación de los servicios del contrato que llegare a suscribirse suministrando los siguientes datos: NOMBRE: _____ C.C_____ expedida en_____ Teléfono_____, E-mail _____.		SI X NO__	Ninguna
Contar con un sistema de referencia, contrarreferencia y atención al usuario, cuyo proceso y operación será informado al contratante		SI X NO__	Ninguna
Realizar un resumen del procedimiento al paciente para ser plasmado en la historia clínica permitiendo seguimiento y evolución, del mismo.		SI X NO__	Ninguna
Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la protección social y las normas sanitarias vigentes.		SI X NO__	Ninguna
Oportunidad de servicios ambulatorios máximo 3 días y Citas prioritarias en máximo 48 horas.		SI X NO__	Ninguna
Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, cumpliendo los deberes que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter		SI X NO__	Ninguna

sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.		
Aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de los pacientes	SI X NO__	Ninguna
Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que se llegasen a presentar con ocasión al servicio contratado.	SI X NO__	Ninguna
Durante las fases de atención el contratista deberá observar criterios de racionalidad científica, los cuales serán objeto de auditoría realizada por Garantía y Calidad	SI X NO__	Ninguna
Presentar de manera mensual las facturas por los servicios prestados, lo cual en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.	SI X NO__	Ninguna
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes.	SI X NO__	Ninguna
Emitir los conceptos que se le requieran, incluidos los solicitados por el Área de Medicina Laboral sobre patologías y posibles secuelas de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional incluyendo incorporación, ascenso o retiro.	SI X NO__	Ninguna
El Contratista deberá entregar a la Policía Nacional – en la Unidad Prestadora de Salud Boyacá el modelo de atención en salud.	SI X NO__	Ninguna
El oferente se compromete a garantizar la oportunidad de la consulta especializada, procedimientos diagnósticos y procedimientos odontológicos de los diferentes servicios ofertados en un tiempo no superior a 15 días calendario.	SI X NO__	Ninguna
El oferente deberá garantizar un CALL CENTER en el cual agendara las citas requerías por los usuarios del sistema de salud de la Policía Nacional y establecerá horario de mínimo de Ocho (8) horas diarias de lunes a viernes en horarios de 08:00 a 12:00 y de 14:00 a 17:00, y sábado de 08:00 a 12:00 horas, a los Usuarios y Beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá para que Pueda acceder adquirí su cita y entregara soporte de la cita programada por escrito al usuario.	SI X NO__	Ninguna
El oferente se compromete a realizar la reprogramación de citas canceladas por fuerza mayor o calamidad del profesional durante los cinco días siguientes a la cancelación.	SI X NO__	Ninguna
El oferente se compromete a realiza entrega de historia clínica al Usuarios y Beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá de forma escrita.	SI X NO__	Ninguna

2.2 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA:

No Aplica

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (07) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (180) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético (CD) la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente y los requisitos establecidos por la DIAN.

Responsabilidad en cuanto a la Facturación Electrónica:

El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2020 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados, del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación".

La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.

Documentos requeridos:

a) Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
b) Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
c) Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 "la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.
d) Autorización del servicio en original
e) Orden médica.
f) Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.

Presentar original de la autorización del servicio, acompañada de la orden médica que soporta la solicitud.

Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES.

La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior a la prestación de los servicios.

- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado, el cual se anexa.
- El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

PARÁGRAFO PRIMERO: AUDITORIA DE CUENTAS.
La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO SEGUNDO: OBJECIONES Y GLOSAS.
En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO TERCERO: CONCILIACIÓN DE GLOSAS.
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

CAUSALES DE NO PAGO
Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747/2007.

Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad.

Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS).

Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen.

LOS PAGOS SE REALIZARÁN A LA SIGUIENTE CUENTA:

NOMBRE BENEFICIARIO: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 176270075607

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

Dentro de la información suscrita se puede evidenciar en los porcentajes de pago la presente información así:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato u orden de compra**
Valor total del contrato u orden de compra	$ 101.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 941.200,00	0,93%
Valor total facturado	$ 0,00	0,00%
Valor facturado pendiente de pago	$ 101.000.000,00	100,00%
Valor pagado	$ 0,00	0,00%
Valor pendiente de entrega	$ 100.058.800,00	99,07%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor Facturado**	**No. factura**	**Valor Pagado**	**Valor Deducciones**	**No. orden de pago**
No. 01	$ 941.200,00	Del 26/12/2025 al 31/12/2025	$ 941.200,00	No. 03 Facturas TU11206 DUI8379-DUI8380	Pendiente	Pendiente	Pendiente

4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)*.

No Aplica

5. RECOMENDACIONES:

Se le recomienda a la entidad la entrega de las cuentas medicas en los tiempos establecidos en el contrato, el cual se realizará el seguimiento al mismo de manera semanal.

6. CONCLUSIONES:

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI _X_**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO__	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ Del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____
Subintendente **JHON FREDY BULLA MARIÑO**
Responsable Asignación Citas Médicas UPRES DEBOY
Supervisor Contrato No. 81-7-20314-25
Correo electrónico: jhon.bulla@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3112632979

Ciudad y fecha:	Tunja, 02 de enero del 2026
Unidad:	Regional de aseguramiento en Salud No 1
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-7-20314-25
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	CLÍNICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA ESTÉTICA DENTAL S.A.S
NIT del contratista:	900.242.209-5
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO EN ODONTOLOGÍA, ENDODONCIA, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL Y REHABILITACIÓN ORAL E IMPLANTOLOGÍA POR TRAUMA EN ACCIDENTES LABORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1 RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ZONA DE INFLUENCIA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No Aplica
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 101.000.000,00 distribuidos de la siguiente manera, $1.000.000,00 para vigencia 2025 y $100.000.000,00 para vigencia 2026
Plazo de ejecución:	Del 26 de diciembre del 2025 hasta el 30 de junio del 2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 21 No. 8 - 70 Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_	No Aplica

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente JHON FREDY BULLA MARIÑO Responsable Asignación Citas Medicas
Fecha de entrega certificada:	30/12/2025 AL 30/12/2025
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 - 2026	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
Regional No 1	16	Servicio Especializado En Odontología	$941.200,00	$941.200,00	$0.00	$941.200,00

Acta de recepción de bienes	No Aplica

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
TU11206	02/01/2025	$ 511.040,00	$0,00	$ 511.040,00
DUI8379	02/01/2025	$ 134.800,00	$0,00	$ 134.800,00
DUI8380	02/01/2025	$ 295.360,00	$0,00	$ 295.360,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$941.200,00**	**$0,00**	**$941.200,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación del servicio especializado en odontología, (endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía oral para usuarios y beneficiarios) y rehabilitación oral e implantología por trauma en accidentes laboral para usuarios del subsistema de salud de la policía nacional pertinentes a la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 especialmente a los residentes del departamento de Boyacá y su zona de influencia, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: Los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No. 1 correspondiente al periodo del 30 de diciembre del 2025 al 30 de diciembre del 2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones Técnicas contratadas. Supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIO	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	Pago aportes parafiscales vigentes	Si_X_ No___	No. 9495758258 del 05/12/2025

ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Prestación del servicio especializado en odontología, (endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía oral para usuarios y beneficiarios) y rehabilitación oral e implantología por

trauma en accidentes laboral para usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional pertinentes a la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 especialmente a los residentes del Departamento de Boyacá y su zona de influencia.

NOTA: Para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de Supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Firma_____

Subintendente **JHON FREDY BULLA MARIÑO**
Responsable Asignación Citas Médicas UPRES - DEBOY

POLICIA DUITAMA NOVIEMBRE 2025											
ITEM	Paciente	Identificación	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	EDAD	FECHA DE ATENCION	N° AUTORIZACION	FECHA AUT	CIE10	DESCRIPCION
1	SERGIO ANDRES MORENO LOPEZ	3096971		TU11206	$ 511.040	43	30/12/2025	11344687	30/12/2025		
	Tratamiento de conductos en dientes multirradiculares	237303	1	$ 482.880	$ 482.880					K041	NECROSIS DE LA PULPA
	Radiografias intraorales periapicales y/o coronales	870455	2	$ 14.080	$ 28.160						
1	LINDA NATALIA OROZCO NUÑEZ	1014287254		DUI8379	$ 134.800	28	30/12/2025	11344840	30/12/2025		
	Tratamiento de conductos en dientes Unirradiculares	237301	1	$ 106.640	$ 106.640					K041	NECROSIS DE LA PULPA
	Radiografias intraorales periapicales y/o coronales	870455	2	$ 14.080	$ 28.160						
2	CARMEN ALICIA MARIÑO CARDENAS	24049193		DUI8380	$ 295.360	56	30/12/25	11344798	30/12/2025		
	Tratamiento de conductos en dientes Birradiculares	237302	1	$ 267.200	$ 267.200					K041	NECROSIS DE LA PULPA
	Radiografias intraorales periapicales y/o coronales	870455	2	$ 14.080	$ 28.160						
					$ 941.200						

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

CLINICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA ESTÉTICA DENTAL SAS

900242209-5

CERTIFICA QUE:

A la fecha de expedición del presente documento, CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS con NIT: 900.242.209-5, se encuentra a paz y salvo con el estado por el concepto de aportes de sus empleados a los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones, Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, dentro de los seis (06) meses anteriores a la fecha de suscripción de la presente certificación, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos, dando cumplimiento con las normas legales estipuladas en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Art. 1 de la Ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dado en Tunja, a los dos (02) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).

Roció Alexandra Baquero Vargas
C.C. 52.258.356 De Bogotá
Representante Legal
Clínica Odontológica Ortosonria Estética Dental Sas
900242209-5

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	9495758258	9495758258	E	2025/12/03	2025/12/05	BANCO DE BOGOTA	2	$2,586,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMFABOY (8 Afiliados)																						$10,320,375	$1,651,600			$9,964,500	$399,000			$10,320,375	$413,300			$11,388,000		$119,200		$0	$0		$2,583,100
Centro de Trabajo: 1.044% // POSITIVA (8 Afiliados)																						$10,320,375	$1,651,600			$9,964,500	$399,000			$10,320,375	$413,300			$11,388,000		$119,200		$0	$0		$2,583,100
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (8 Afiliados)																						$10,320,375	$1,651,600			$9,964,500	$399,000			$10,320,375	$413,300			$11,388,000		$119,200		$0	$0		$2,583,100
1	CC	1049628198	FORERO ADIELA																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS01 7	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$0	$0	Si	$356,700
2	CC	35896072	HERRERA ANGELA																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS01 7	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$0	$0	Si	$356,700
3	CC	40046802	MARTINEZ FLOR																		23030 1	7	$355,875	$57,000		0	$0	$0	CCF10	7	$355,875	$14,300	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	7	$0	$0	No	$86,200
4	CC	1049657183	MORANTES MARIA																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS00 5	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$0	$0	Si	$356,700
5	CC	1049629203	MORENO YINA																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS01 7	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$0	$0	Si	$356,700
6	CC	1049635730	QUINTERO CINDY																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS00 5	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$0	$0	Si	$356,700
7	CC	1049633360	QUINTERO JESSIKA																		23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS01 7	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$0	$0	Si	$356,700
8	CC	1049644366	TOCARRUNCHO HEIDDY																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS00 5	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$0	$0	Si	$356,700
Total			**Afiliados(8)**																				$10,320,375	$1,651,600			$9,964,500	$399,000			$10,320,375	$413,300			$11,388,000		$119,200		$0	$0		$2,583,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				8	$1,651,600	$2,100	$0	$1,653,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$1,423,800	$1,800	$0	$1,425,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$119,200	$200	$0	$119,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	8	$119,200	$200	$0	$119,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$413,300	$600	$0	$413,900
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	8	$413,300	$600	$0	$413,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$399,000	$600	$0	$399,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$228,000	$300	$0	$228,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$171,000	$300	$0	$171,300
TOTAL				**8**	**$2,583,100**	**$3,500**	**$0**	**$2,586,600**

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

Tunja Boyacá 01/12/2025

COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que la clínica **CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS** con **NIT 9002422095** posee en el Banco Davivienda

VIGILADO

Banco Davivienda S.A.

CUENTA DE AHORROS

Número	176270075607
Fecha Apertura	15/02/2012

DAVIVIENDA
1740 - OFICINA PRINCIPAL TUNJA

Firma Autorizada

BANCO DAVIVIENDA