No.GS-2025- 207014-UPRES-DENOR 29.25

San José de Cúcuta, 05 de ABRIL 2025

Mayor:
LEONARDO VEGA CALA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 (E)
Trasversal 154 # 24-147 el Bosque
Bucaramanga- Santander

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No 068-7-200204-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X__ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/03/2025**	**Hasta**	**31/03/2025**

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-2024-194902-DESAN del 01/11/2024, el señor TENIENTE CORONEL. RICARDO PICO FIGUEREDO obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, me nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto SM-18 ANA CECILIA ROMERO CARRILLO.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 02**

1. Informe de supervisión del mes noviembre del periodo comprendido entre el 01/11/2024 y el 30/11/2024, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2025-035084-DENOR del 24/02/2025.
2. Informe de supervisión del mes diciembre del periodo comprendido entre el 01/12/2024 y el 31/12/2024, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2025-035113-DENOR del 24/02/2025.
3. Informe de supervisión del mes enero del periodo comprendido entre el 01/01/2025 y el 31/01/2025, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2025-035125-DENOR del 24/02/2025

4. Informe de supervisión del mes febrero del periodo comprendido entre el 01/02/2025 y el 28/02/2025, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2025-035125-DENOR del 24/02/2025

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**068-7-200204-24**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE ODONTOLOGIA ÉSPECIALIZADA Y AYUDAS DIAGNOSTICAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER"**
Contratista	IPS FIGURAS SST CUCUTA S.A.S
Representante legal	ESTRELLA MARIA BARBOSA MERCADO
Valor inicial del contrato u orden de compra	Vigencia 2024: 25.000.000,00 Vigencia 2025: 18.900.000,00 Total $43.900.000,00
Valor adiciones del contrato u orden de compra	NO APLICA
Valor total del contrato u orden de compra	$65.850.000
Plazo de ejecución inicial	hasta el 15 de marzo de 2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	01/11/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/06/2025
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	$21.950.000
Modificatorios	NO APLICA
Prorrogas	30/06/2025
Otros	NO APLICA

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

1.1 Acciones adelantadas:

Se mantiene contacto permanente con la entidad vía telefónica y correo electrónico con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato. Se verifica en la oficina de referencia y contra

referencia que se esté llevando a cabo el trámite de las autorizaciones ordenadas por el profesional de la salud con el fin de tener control de la ejecución de la misma.

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF	SI	CUMPLE
2. En cumplimiento a las OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA plasmadas en la cláusula N° 20 del presente proceso contractual, el cual corresponde al proceso PN RASES NO 5 MIC 055 2024 contrato N° 068-7-200204-24	SI	CUMPLE

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SI	CUMPLE
EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SI	CUMPLE
EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	SI	CUMPLE
EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	SI	CUMPLE
EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO SOD	SI	CUMPLE
EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	SI	CUMPLE
EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	SI	CUMPLE
EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	SI	CUMPLE
COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD (53)	SI	CUMPLE
COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	SI	CUMPLE
RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	SI	CUMPLE
PATRÓN DE NÚCLEO	SI	CUMPLE
COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)	SI	CUMPLE
COLOCACION O INSERCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL (SUPERIOR E INFERIOR)	SI	CUMPLE
REIMPLANTE DE DIENTE SOD	SI	CUMPLE
IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	SI	CUMPLE
IMPLANTE ALOPLÁSTICO METALICO SOD	SI	CUMPLE
IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	SI	CUMPLE
PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	SI	CUMPLE
APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGENESIS) SOD	SI	CUMPLE
TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR x 2 RX	SI	CUMPLE
TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR x 2 RX	SI	CUMPLE
TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR x 2 RX	SI	CUMPLE
CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA [CIRUGIA PERIRRADICULAR]	SI	CUMPLE
ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	SI	CUMPLE
BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	SI	CUMPLE
BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	SI	CUMPLE
BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	SI	CUMPLE
PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	SI	CUMPLE
CIRUGIA A COLGAJO CON RESECCION RADICULAR (AMPUTACION, HEMISECCION)	SI	CUMPLE

ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	SI	CUMPLE
ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	SI	CUMPLE
ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	SI	CUMPLE
ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	SI	CUMPLE
ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	SI	CUMPLE
ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA Y/O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	SI	CUMPLE
ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA Y/O LENGUA Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO	SI	CUMPLE
ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCION OSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	SI	CUMPLE
ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCION OSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	SI	CUMPLE
SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTIMETROS	SI	CUMPLE
ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	SI	CUMPLE
GINGIVECTOMIA SOD (53)	SI	CUMPLE
OPERCULECTOMÍA NCOC	SI	CUMPLE
ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	SI	CUMPLE
ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	SI	CUMPLE
MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGÉNICO	SI	CUMPLE
REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	SI	CUMPLE
COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	SI	CUMPLE
AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	SI	CUMPLE
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SI	CUMPLE
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SI	CUMPLE
INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	SI	CUMPLE
CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SI	CUMPLE
PAQUETE BASICO PARA ESTUDIO DE ORTOPEDIA- ORTODONCIA (incluye radiografías, impresiones, modelos de estudio, concepto y fotografías)	SI	CUMPLE
ESTUDIO DE OCLUSION Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	SI	CUMPLE
CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL Y MECÁNICO	SI	CUMPLE
ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPEDICO	SI	CUMPLE
FRENILLECTOMIA LINGUAL	SI	CUMPLE
FRENILLECTOMIA LABIAL	SI	CUMPLE
ALISADO RADICULAR, CAMPO ABIERTO POR SEXTANTE	SI	CUMPLE

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el periodo reportado no se ha evidenciado novedades en cuanto a la ejecución del contrato.

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:242

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (151) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (91) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

3. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

Para el trámite de pago EL CONTRATISTA deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. El pago se realizará en moneda legal colombiana, en forma mensual, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio radicación en la ventanilla única de central de cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el Coordinador del contrato, con los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5, de acuerdo al derecho a turno y al programa anual mensualizado de caja (PAC).

2. Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

3. Si el acta de entrega y/o recibido no ha sido bien elaborada o no se acompaña a esta de los documentos que para cada caso se soliciten en esta contratación, los términos anteriores sólo empezarán a contarse desde la fecha en que quede corregida el acta o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos.

4. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no elabore y presente las respectivas actas a la Regional de Aseguramiento en salud Nº 5.

5. Todos los pagos a que se compromete la Regional, serán cancelados dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a aquel en que haya sido radicada la respectiva factura en la ventanilla única de central de cuentas y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

6. Los documentos que se deben presentar para el pago de los PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA Y AYUDAS DIAGNOSTICAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

7. SERVICIOS MÉDICOS y SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS se enumeran a continuación: Enviar la facturación a REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD Nº 5 ubicada en la Calle 60 Nº 27 – 82 Barrió Conucos – Bucaramanga.

8. Las facturas cargadas al contrato por prestación de servicios médicos o medicamentos deben ser entregadas EN MEDIO FÍSICO los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de facturación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de pre-radicado del módulo de radicación de cuentas médicas y los RIPS en medio magnético (CD), en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes y requisitos:

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA Resolución 0042 del 05 de mayo de 2020, Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar dirigido a nombre de: "REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5" con NIT. 804.012.688-5 con los soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Las Facturas electrónicas beberán ser enviadas al correo electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co de acuerdo a previa instrucción brindada por el Coordinador del contrato), así mismo, dichas facturas deberán ser cargadas al módulo del SISAP WEB (RECUM) de la policía Nacional en el siguiente link: https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/vista/frlogin.aspx

Nota: las entidades que aún no cuentan con USUARIO Y CONTRASEÑA del módulo del SISAP WEB de la policía Nacional, deberán enviar la siguiente información al correo: ana.romeroc@correo.policia.gov.co

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

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	$65.850.000,00	100%
Valor total de las entregas	$47.934.000,00	109%
Valor total facturado	$47.934.000,00	109%
Valor facturado pendiente de pago	$15.570.000,00	35%
Valor pagado	$32.364.000,00	74%
Valor pendiente de entrega	$17.916.000,00	27%

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
001	$19.764.000	31/12/2024	$19.764.000	01	$19.764.000	0,00	18149925 18160425 18166025 18176925
002	$12.600.000	31/01/2025	$12.600.000	02	$12.600.000	0,00	0
003	$15.570.000	31/03/2025	$15.570.000	03	$15.570.000	000	0

En el transcurso del periodo reportado la entidad no allego facturación o documentos de soporte de entregas o prestación de servicio.

3.2 Entrada de Bienes

No aplica

4. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la entidad realizar entrega de la facturación dentro de los primeros 5 días de cada mes con el fin de tener un soporte físico de la ejecución presupuestal del contrato.

5. 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_____

SM-18 **ANA CECILIA ROMERO CARRILLO**
Funcionaria UPRES DENOR
Supervisor Contrato No. 068-7-200204-24
Correo electrónico: ana.romeroc@correo.policia.gov.co
No. Celular: 313-3979728