No. GS – 2026 – 033228- DESAN / UPRES – ESPCO 20.1

Bucaramanga, 10 de enero del 2026

Teniente Coronel:
ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N.5
Transv 154 24 147. Edificio Vista Azul Campestre, Barrio El Bosque
Floridablanca (Santander)

ASUNTO: informe de supervisión del contrato N. 068-7-200224-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X__ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/12/2025**	**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-2025-219969-DESAN del 08/10/2025, la señora TC. ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N.5, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al SM. 184 PATRICIA BARBOSA LUZARDO – Odontóloga - Responsable Servicio Salud Oral ESPCO CLINICA DESAN.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** __MENSUAL_
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 2**

1. Informe de supervisión del mes de OCTUBRE del periodo comprendido entre el 09/10/2025 y el 31/10/2025 RAD. GS-2025- 276530 -DESAN del 10/11/2025
2. Informe de supervisión del mes de NOVIEMBRE del periodo comprendido entre el 01/11/2025 y el 30/11/2025 RAD. GS-2025- 276537 -DESAN del 10/12/2025

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	068-7-200224-25
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER
Contratista	CONGREGACION MARIANA CLAVER BUCARAMANGA
Representante legal	JORGE MANUEL GIMENEZ PEREZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	$18.000.000,00
Valor adiciones del contrato u orden de compra	N/A

Valor total del contrato u orden de compra	$18.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	DIEZ MESES (10) DOS DIAS (2)
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	09/10/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	20/08/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	GS- 2025 - 272621-DESAN / ESPCO – GASIS – 20.1 Bucaramanga, 17 de diciembre de 2025 Señora Teniente Coronel ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ Jefe Regional Aseguramiento en Salud N. 5 Transversal 154 24 147 Floridablanca - Santander Asunto: solicitud sustitución al contrato No. 068-7-200224-25 Autorizado TC. Carolina. 181225
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

ACCIONES ADELANTADAS: N/A

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir con el objeto contractual	SI	NINGUNA
Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	NINGUNA
Responder en los plazos que LA POLICIA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule	SI	NINGUNA
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago	SI	NINGUNA
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 si o por un tercero se cause a la administración o a terceros	SI	NINGUNA
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 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias	SI	NINGUNA
Los servicios que requieren los usuarios de la Policía Nacional, deben ser prestados en el área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga, con la eficacia y calidad que permitan un diagnóstico efectivo para ellos	SI	NINGUNA
Garantizar la oportunidad de la consulta establecida en los criterios técnicos	SI	NINGUNA
Para el acceso de los usuarios a los servicios objeto de esta contratación, el CONTRATISTA, debe verificar los siguientes documentos: a. La remisión por parte de los odontólogos generales y especialistas de la ESPCO DESAN y de la red externa que sean pertinentes. b.. La boleta original de autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Santander	SI	NINGUNA
Suministrar la información que demande la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Santander como RIPS, informe de la cuenta de alto costo 0247, soporte resolución 4505, ejecución mensual del contrato	SI	NINGUNA

Realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, acordes con las pautas y rutas de manejo diferenciadas en la última guía de manejo vigente establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional	SI	NINGUNA
Explicar al usuario los procedimientos a realizar, que permitan mantenerle informado y facilitar su consentimiento	SI	NINGUNA
Los medicamentos que se formulen deberán estar contemplados en el Acuerdo 052 de 2013 y sus modificaciones y DEBEN SER DISPENSADOS EN SU DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (GENÉRICA) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente, serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos y en el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum, diligenciar el "**FORMATO DE MEDICAMENTOS FUERA DE VADEMECUM"**	SI	NINGUNA
Facturar los servicios prestados acorde a las tarifas ofertadas	SI	NINGUNA
Informar a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Santander y al supervisor del contrato, aquellos aspectos que puedan afectar la normal ejecución del mismo	SI	NINGUNA
Presentar informe mensual los primeros 05 (cinco) días de cada mes al supervisor del contrato (coordinador de odontología o quien haga sus veces) en donde se relacione: Valor facturado en el mes, valor total de ejecución del contrato, porcentaje ejecución del contrato y saldo. A su vez se debe informar, cuando se haya ejecutado el 70% del presupuesto del contrato	SI	NINGUNA
Presentar los 05 primeros días de cada mes en la ventanilla única de cuentas la factura en original y una copia, la copia de la última hoja del contrato en donde se encuentre el registro presupuestal, la certificación de pago de aportes parafiscales y el recibido a satisfacción del supervisor del contrato	SI	NINGUNA
Ejercer un estricto control en la ejecución del contrato con el fin de no excederse del valor contratado y de esta manera, evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo presupuestal y contractual. Si llegare a suceder, EL CONTRATANTE no se hace responsable de la cancelación de las mismas	SI	NINGUNA
Contrarremitir a los usuarios que hayan sido remitidos a la Entidad, diligenciando los formatos establecidos para tal fin, para que se les realice el seguimiento Odontológico por parte de los odontólogos de la IPS PROPIA	SI	NINGUNA
Permitir al Auditor Médico de LA POLICIA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Santander, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud, asimismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley.	SI	NINGUNA
La entidad aceptara las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones, oficios, avisos, y demás actos proferidos por la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Santander, al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato, hoja de vida, cámara de comercio etc	SI	NINGUNA
La entidad salvaguardara las historias clínicas de los pacientes conforme a lo señalado en la Resolución 1995 de Julio 8 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica y demás normas vigentes	SI	NINGUNA
Los Procedimientos que no estén incluidos en la descripción inicial y que hagan parte del portafolio de servicios de la entidad se prestaran con previa autorización del supervisor del contrato para lo cual se deberá anexar la correspondiente cotización parte del contratista y otra por parte del supervisor del contrato la cual estará sujeta a la revisión del supervisor del contrato para la correspondiente aprobación. Escogiéndose la de menor valor y aplicándosele a esta el descuento ofrecido por parte del contratista en el momento que presento la oferta	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: N/A

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Contrato continúa ejecutándose con normalidad

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (82) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (230) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Unidad Prestadora De Salud Santander efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la Unidad Prestadora De Salud Santander para efectuar el pago. Estos documentos soporte de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete la Unidad Prestadora De Salud Santander serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

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	$ 18.000.000,00	-
Valor total de las entregas	$ 3.129.375,00	17,39%
Valor total facturado	$ 3.129.375,00	17,39%
Valor facturado pendiente de pago	$ 0,00	0,00%
Valor pagado	$ 3.129.375,00	17,39%
Valor pendiente de entrega	$ 14.870.625,00	82,61%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. De acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. Factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. Orden de pago
RAS N.1	$1.388.625,00	10/11/2025	$1.388.625,00	FES-93068 FES-93064 FES-92912 FES-92911 FES-92552	$1.388.625,00	$152.749,00	496286825
RAS N.2	$1.740.750,00	09/12/2025	$1.740.750,00	FES 93914 FES 94851 FES 94853 FES 94863	$1.740.750,00	$191.483,00	550219925

4.2 Entrada de Bienes : N/A

5 RECOMENDACIONES

El contrato se ejecutó en los tiempos establecidos y sin contratiempos o novedades.

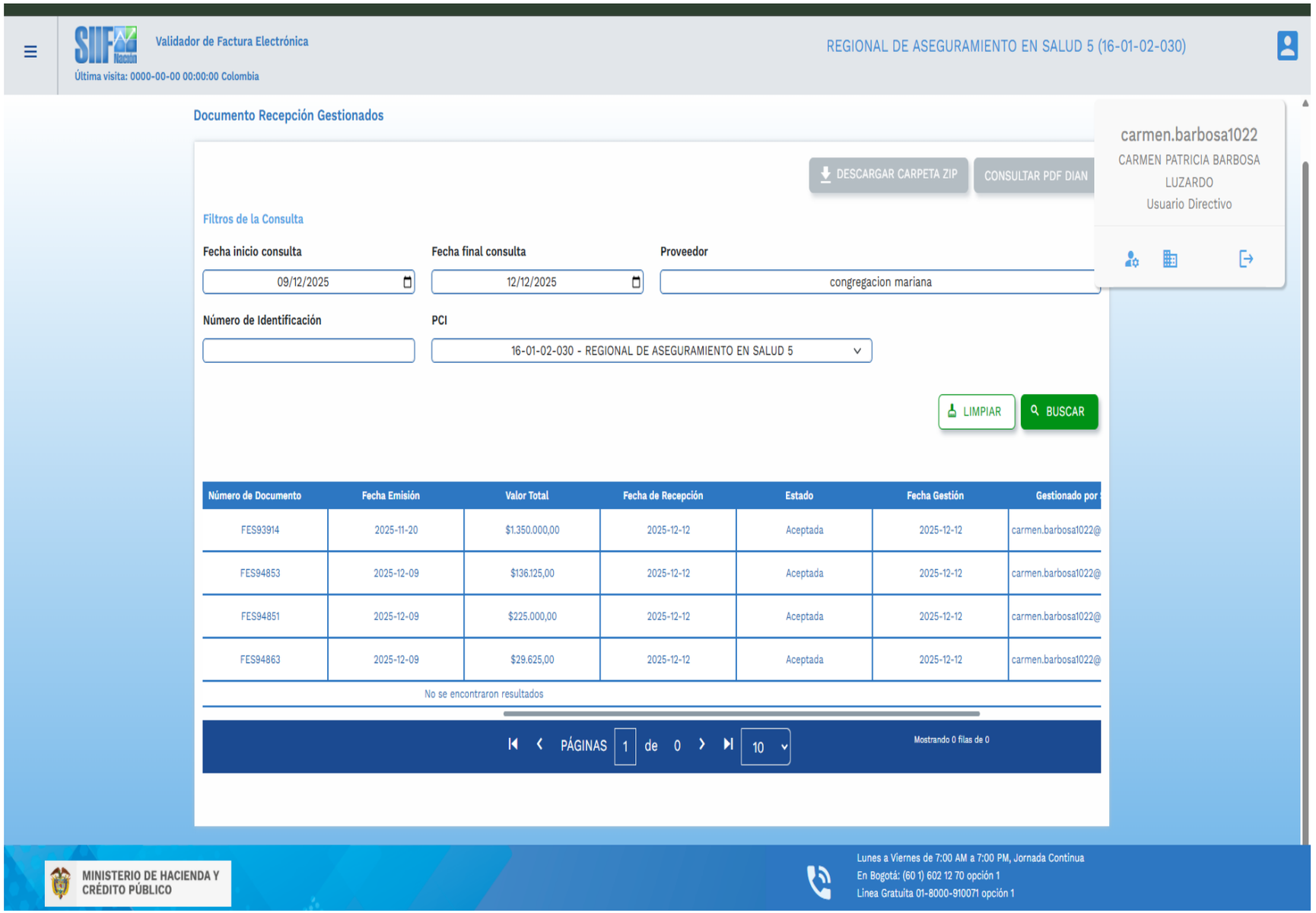
6 CONCLUSIONES

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_____

SM. 184 PATRICIA BARBOSA LUZARDO
Responsable Salud Oral UPRES Santander
Supervisor Contrato
Correo electrónico: carmen.barbosa1022@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3178034980


Validador de Factura Electrónica
Última visita: 0000-00-00 00:00:00 Colombia
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5 (16-01-02-030)
Documento Recepción Gestionados
carmen.barbosa1022
CARMEN PATRICIA BARBOSA LUZARDO
Usuario Directivo
DESCARGAR CARPETA ZIP
CONSULTAR PDF DIAN
Filtros de la Consulta
Fecha inicio consulta
09/12/2025
Fecha final consulta
12/12/2025
Proveedor
congregacion mariana
Número de Identificación
PCI
16-01-02-030 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5
LIMPIAR
BUSCAR
Número de Documento
Fecha Emisión
Valor Total
Fecha de Recepción
Estado
Fecha Gestión
Gestionado por
FES93914 2025-11-20 $1.350.000,00 2025-12-12 Aceptada 2025-12-12 carmen.barbosa1022@
FES94853 2025-12-09 $136.125,00 2025-12-12 Aceptada 2025-12-12 carmen.barbosa1022@
FES94851 2025-12-09 $225.000,00 2025-12-12 Aceptada 2025-12-12 carmen.barbosa1022@
FES94863 2025-12-09 $29.625,00 2025-12-12 Aceptada 2025-12-12 carmen.barbosa1022@
No se encontraron resultados
PÁGINAS 1 de 0
10
Mostrando 0 filas de 0
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO
Lunes a Viernes de 7:00 AM a 7:00 PM, Jornada Continua
En Bogotá: (60 1) 602 12 70 opción 1
Linea Gratuita 01-8000-910071 opción 1

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	890200955
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONGREGACION MARIANA CLAVER BUCARAMANGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 20 36 63	TELÉFONO:	6425630
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7997710074**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1996852368

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	4	$ 1.892.800
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	12	$ 3.896.400
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	2	$ 932.800
8002248088	230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.906.400
		SUBTOTAL:	23	**$ 8.628.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 205.500
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	7	$ 1.976.900
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 238.500
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 178.000
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2	$ 373.000
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	$ 205.500
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	7	$ 2.385.600
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	5	$ 2.110.300
		SUBTOTAL:	25	**$ 7.673.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902001061	CCF39	CCF39-CAJASAN	25	$ 2.454.000
		SUBTOTAL:	25	**$ 2.454.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	25	$ 447.500
		SUBTOTAL:	25	**$ 447.500**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	25	$ 1.227.300
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	25	$ 1.841.300

SUBTOTAL:		$ 3.068.600

VALOR SIN MORA:	**$ 22.271.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 22.271.800**