UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO

Nº GS-2026-016581-DEATA-GUPAS-20.1

Soledad 19 FEBRERO de 2026

Señora Teniente coronel
YANETH ROCIO JEREZ CASTELLANOS
Jefe Regional De Aseguramiento En Salud
Av. Circunvalar 45-124
Soledad-Atlántico

ASUNTO: informe final de supervisión del Contrato No. **67-7-20073-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _____ O FINAL _X__

Periodo del informe de supervisión

Desde	01/11/2025	**Hasta**	30/11/2025

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:

[1] ***Artículo 2.1.1.2.1.8.*** **Publicación de la ejecución de contratos**. *Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.*
Artículo 2.1.1.2.1.7. **Publicación de la información contractual.** *De conformidad con el literal (c) del artículo 3° de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del Estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP). (transcripción literal parcial, subrayado fuera texto)*

Mediante comunicación oficial GS-2025-006813-REGI8-GRUCO, por orden de la regional en aseguramiento en salud nº8, designa como Supervisor del Contrato No. 67-7-20073-25, a la señorita Patrullera ZOILA ROSA QUINTERO JURADO.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL**
- **No. De informes de supewrvision presentadas y publicados en SECOP II: 10**

- Informe de supervisión del mes de MAYO del periodo comprendido entre 09/05/2025 y el 31/05/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS- 2025 -073180- DEATA del 05/06/2025

- Informe de supervisión del mes de JUNIO del periodo comprendido entre 01/06/2025 y el 30/06/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-073196 –DEATA.

- Informe de supervisión del mes de JULIO del periodo comprendido entre 01/07/2025 y el 31/07/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-073885-DEATA

- Informe de supervisión del mes de AGOSTO del periodo comprendido entre 01/08/2025 y el 31/08/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-086658-DEATA

- Informe de supervisión del mes de SEPTIEMBRE del periodo comprendido entre 01/09/2025 y el 30/08/2025 presentado mediante comunicado oficial No.GS-2025-096588DEATA

- Informe de supervisión del mes de OCTUBRE del periodo comprendido entre 01/10/2025 y el 30/10/2025 presentado mediante comunicado oficial No.GS-2025- 120377-DEATA

- Informe de supervisión del mes de NOVIEMBRE del periodo comprendido entre 01/11/2025 y el 30/11/2025 presentado mediante comunicado oficial No.GS-2025-121349 -DEATA

- Informe de supervisión del mes de DICIEMBRE GS-2025- 121349-DEATA

- Informe de supervisión del mes de ENERO GS-2026-000490-DEATA

- Informe de supervisión mes de FEBRERO- GS-2026-010574-DEATA

Contrato No.	67-7-20073-25
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ENFERMERIA DOMICILIARIA PARA EL CUIDADO DE PACIENTE EN CASA, DIRIGIDO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ORDENADOS MEDINTE FALLO DE TUTELA – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.
Contratista	SERFAR LIMITADA LTDA
Representante legal	GUSTAVO ANGEL QUIROGA
Valor inicial del contrato	$ 337.000.000
Valor adiciones del contrato	$140.499.847
Plazo de ejecución inicial	241 DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	09/05/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	31/12/2025

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	01
Modificatorios	N/A
Prorrogas	
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

Se viene realizando comunicación permanente con el contratista, para la coordinación de servicios de rehabilitación integral domiciliaria para pacientes pertenecientes a la unidad prestadora de salud atlánticos.

Habitualmente se hace el cruce de información con el contratista para verificación de saldos y servicios por prestar a los usuarios de la unidad prestadora de salud atlántico.

Durante el presente mes se sostuvo comunicación permanente con el contratista por línea telefónica para las respectivas coordinaciones pactadas en el contrato.

Se solicita al contratista inicio de servicios una vez se tiene las respectivas autorizaciones por parte de referencia realizando el ordenamiento de acuerdo a las necesidades del usuario.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

	CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS	OFRECE	
		SI	NO
1	**HABILITACIÓN**: 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, 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 la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019: **ENFERMERIA DOMICILIARIA.** Sujeto a verificación por el comité técnico, el SUPERVISOR del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el contratista mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio. El Decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "*Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante*	X	

	deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes". En el evento en que no se pueda mantener la habilitación, la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.		
2	El oferente deberá anexar a la oferta el portafolio actualizado de los servicios que se encuentra prestando para los servicios domiciliarios, incluyendo modelo de atención, capacidad instalada, horarios de atención, dirección y teléfonos con el fin de prestar servicios de manera oportuna .	X	
3	Prestar los servicios de acuerdo al plan integral de Salud de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional; acuerdo 002 de 2001 y acorde a las guías de manejo y protocolos adoptados por la entidad conforme a la evidencia científica vigente a la fecha e implementación de la política de seguridad del paciente en cumplimiento a lo dispuesto por el SOGC y la Resolución 3100 de 2019.	X	
4	El oferente deberá presentar los Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias de las primeras 10 causas de morbilidad para la atención de la población objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa. Las primeras diez causas de morbilidad en la RASES No. 8 son: hipertensión esencial (primaria), demencia en la enfermedad de Alzheimer no especificada, secuelas de enfermedad cerebrovascular no especificada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada, parálisis cerebral espástica, diabetes mellitus insulinodependiente sin mención de complicación, demencia no especificada, enfermedad de Parkinson, secuelas de infarto cerebral, demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío los cuales deben ser de conocimiento del personal a su cargo con el fin de brindar una atención segura, eficiente y eficaz.	X	
5	El Oferente deberá contar con la capacidad operativa necesaria para la prestación de los servicios domiciliarios, con servicios DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA (AUXILIAR DE ENFERMERÍA) (cuidado de pacientes crónicos, administración de medicamentos, cambio de posición, suministración de alimentación por gastroctomia), Esta atención debe incluir zonas urbanas como zonas rurales, en el departamento Atlético para lo cual deben contar con el personal idóneo que cubra las rutas necesarias de acuerdo a las necesidades del usuario y direccionadas a la persona encargada de coordinar los servicios de enfermería..	X	
6	El oferente deberá prestar los servicios las 24 horas al día, los 7 días de la semana, incluyendo sábados, domingos y festivos, de acuerdo con la oferta presentada y a la prescripción médica con disponibilidad de personal disponible con quien se pueda tener contacto permanente y así poner en conocimiento eventos que se puedan presentar con la prestación de los servicios, para lo cual se debe contar con al menos un correo electrono y número de teléfono de la persona disponible.	X	
7	**PERSONA ENLACE** El oferente tiene que informar en su oferta la persona enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato. Nombre: _____ Teléfonos: _____ Correo electrónico	X	
8	CRITERIO DE INCLUSION; Se dará ingreso del paciente al programa de atención medico domiciliaria una vez se le haya realizado la valoración, aplicado la escala DE		

	BARTHEL, (dependencia leve, moderada o grave), conforme a la GUIA POMED 2GS-GU-0008 y según acuerdo 002 el cual ser notificado a la entidad quien deberá ponerse en contacto directo con el usuario que requiera la atención para suplir las necesidades requeridas.	X	
9	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de certificación las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios (de contratos ejecutados) o la copia de contratos ejecutados (cuando el interesado no pueda obtener tal certificación) con entidades privadas y/o públicas, que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones debidamente suscritas por el representante legal (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) 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 (oferente), a satisfacción. 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. **NOTA 1**: En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8, verificará la información según lo señalado en el **Decreto 019 de 2012**.	X	
10	El OFERENTE 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”	X	
11	El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración “Aceptable”, es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	X	
12	**EJECUTADO EL 100% PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO**		

	El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8, que una vez ejecutado el 100% presupuesto del contrato **NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en solo triage 1 y/o 2), los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, serán asumidos por el contratista. **INFORMAR EJECUCION DEL CONTRATO:** El Contratista deberá presentar de manera regular la ejecución del contrato al Supervisor y al Líder de referencia y contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Magdalena, informe de manera inmediata cuando éste se halla ejecutado en los siguientes porcentajes: • En un cincuenta por ciento (50%) • En un Setenta por ciento (70%), • y en un Noventa por Ciento (90%) Con el fin de que se realice la respectiva adición de presupuesto o se proyecte la elaboración del nuevo proceso. Nota: El Contratante no será responsable si se sobre ejecuta el contrato (si se ejecuta más del 100% del presupuesto del contrato), es decir que estos dineros no serán cancelados.	X	
13	El contratista se compromete a permitir durante la ejecución del contrato, **AUDITORIAS MÉDICAS**, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recursos humano disponible para el desarrollo de las actividades, así como los programas desarrollados.	X	
14	**ADICION DE SERVICIOS:** En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o CTC, las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: - El (la) supervisor (a) del contrato solicitara mínimo 2 cotizaciones, con el fin de determinar el precio o valor **más económico** que se utilizara como referencia para la modificación. - Una vez determinado el menor valor cotizado, el (la) supervisor (a) solicitara mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. - Con la aceptación por parte del contratista, el (la) supervisor (a) solicitara al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. **NOTA:** En caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que el considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se	X	

	tomara esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.		
15	Los costos por atención de los **EVENTOS ADVERSOS**, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del contratista, entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "*por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecno vigilancia de Ministerio De La Protección Socia, así:* "*Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico*". El responsable de Garantía de la Calidad en Salud en la regional programara visitas, mínimo una mensual, para verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Resolución 134 del 10 de mayo del 2021- articulo 20)	X	

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA.

se solicita ordenes de pago mediante comunicado oficial gs-2026-015634-deata del 17/02/2026 para realizacion de acta de liquidacion , se brinda respuesta mediante comunicado odficial gs-2026-002691-regi8 del 17/02/2026, Iinforme final.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (243) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (0) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO, realizará el pago dentro de los sesenta (60) días hábiles una vez presentada la factura y presentando la respectiva certificación del supervisor, junto con los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera, (cuando los elementos sean de origen extranjero se deberá aportar la declaración de importación) La unidad prestadora de salud atlántico pagara el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista los servicios prestados en un pago mensual, dentro de los treinta 30 días hábiles, siguiente a la presentación de la factura. El contratista deberá presentar la respectiva factura según la resolución No 000042 del 2020 (FACTURACION ELECTRONICA). En la que consta el cumplimiento del pago de los aportes de que trata el artículo 1 de la ley 828 de 2003.

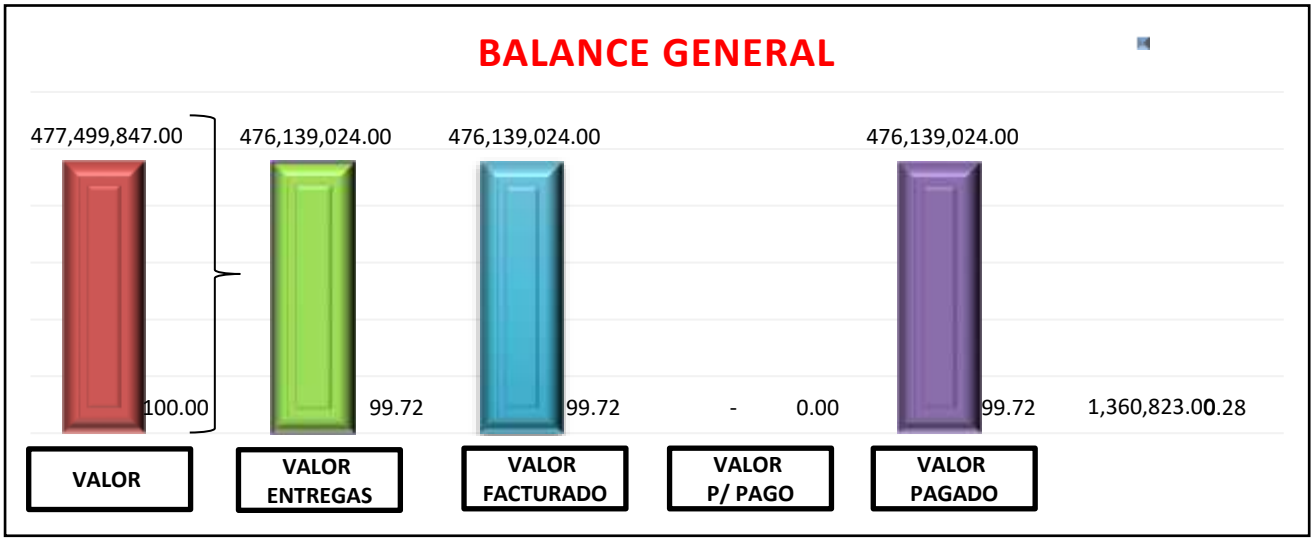
PARRAFO PRIMERO: La forma de pago del servicio objeto del presente contrato se cancelará de la siguiente manera.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: SERFAR LIMITADA
NIT:900161924
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: CUENTA CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 44200015415
OFICINA: BARRANQUILLA-ATLANTICO

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	$ 477,499,847.00	100.00
Valor total de las entregas	$ 476,139,024.00	99.72
Valor total facturado	$ 476,139,024.00	99.72
Valor facturado pendiente de pago	-	0.00
Valor pagado	$ 476,139,024.00	99.72
Valor pendiente de entrega	$ 1,360,823.00	0.28



a. 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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
01	$ 66.183.692.00	09/05/2025 al 31/05/2025	$ 66.183.692.00	RAS 01- 24 JUNIO/2025	$ 66.183.692.00	$ 2.647.348.00	248287025
02	$ 571.058.00	09/05/2025 al 31/05/2025	$ 571.058.00	RAS 02 -25 JUNIO/2025	$ 571.058.00	$ 22.842.00	248287225
03	$ 67.088.762.00	01/06/2025 al 30/06/2025	$ 67.088.762.00	RAS 03 – 18 JULIO/2025	$ 67.088.762.00	$ 2.683.550.00	269316725
04	$ 69.201.740	01/07/2025al 31/07/2025	$ 69.201.740	RAS 04- 19 AGOSTO 2025	$ 69.201.740	$2.768.070,00	325879325
05	$ 70.433.288	01/08/2025 al 31/08/2025	$ 70.433.288	RAS 05 -16 SEPTIEMBRE 2025	$ 70.433.288	$2.817.332,00	357669325
06	$ 63.521.460	01/09/2025 al 30/09/2025	$ 63.521.460	RAS 06 18 OCTUBRE	$ 63.521.460	$2.540.858,00	424243225
07	$5.211.240	01/09/2025 al 30/09/2025	$5.211.240	RAS 06 18 OCTUBRE	$5.211.240	$ 208.450	424243325
08	$ 1.401.896	GLOSA JULIO	$ 1.401.896	RAS 30 DE OCTUBRE	$ 1.401.896	$56.076	436083525
09	$ 67.360.695	01/10/2025 AL 31/10/2025	$ 67.360.695	RAS 14 DE NOVIEMBRE	$ 67.360.695	$ 2.694.428	454591125
10	$ 61.814.208	01/11/2025 al 30/11/2025	$ 61.814.208	RAS 18 DE DICIEMBRE	$ 61.814.208	$ 2.472.568	536939025
11	$ 3.350.985	GLOSA NOVIEMBRE	$ 3.350.985	RAS 21 DE ENERO	$ 3.350.985	$ 134.039	32611326

5. RECOMENDACIONES:

No Aplica

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_____
Grado y Nombres: ZOILA ROSA QUINTERO JURADO
Cargo: Responsable Programa Medico Domiciliario
Supervisor Contrato u orden de Compra No. _____
Correo electrónico:
No. Celular: