No. GS-2026-053594-DENOR-UPRES

San José de Cúcuta 02 de Marzo 2026

Señora teniente coronel
ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHÓRQUEZ
Jefe Regional Aseguramiento Nro. 5.
Transversal 154 # 24-145 Local 10
Conjunto Residencial Vista Azul Campestre Barrio El Bosque
Floridablanca-Santander

ASUNTO: informe de supervisión del contrato **Nro. 068-7-200003-26**.

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL

Periodo del informe de supervisión

Desde	**02/03/2026**	**Hasta**	**02/04/2026**

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 acto administrativo GS-2026-045137-DESAN de fecha 02 de Marzo de 2026, la señora Teniente Coronel ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHÓRQUEZ, obrando en calidad de Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5, nombra como supervisor a la señora TA-27 Kelly Yelitza Andrade Peñaloza de la aceptación de oferta de Nro. 068-7-200003-26, cuyo objeto es "*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER*", con fecha de inicio el 02/03/2026 y fecha de término 30/09/2026

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

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

Información del contrato

Contrato No.	Nro. 068-7-200003-26
Objeto del Contrato	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"
Contratista	CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN DIAGNÓSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S
Representante legal	Dr. JUAN GABRIEL VALBUENA GARZÓN
Valor inicial del contrato	$ 40.000.000,00
Valor adiciones del contrato	No aplica
Valor total del contrato	$ 40.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	07 meses
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	02/03/2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	30/09/2026
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
Reducciones	No aplica
Sustitución	No aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

- ✓ Se toma contacto con la gerencia de la empresa para dar inicio a las actividades y proyectar la ejecución del contrato. En el mes de MARZO se programa el agendamiento para iniciar consultas a los usuarios y beneficiarios del SSPN.

- ✓ En el mes de marzo se inicia la atención a los usuarios y beneficiarios del SSPN.

2. 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 integral y parafiscales (Cajas de compensación Familiar, Sena e ICBF), según corresponda de acuerdo a la ley		No aplica para este período

1607 de 1212 por cuando esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.		

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE	observaciones
1	CONSULTA ESPECIALIZADA ENDOCRINOLOGIA	X		La entidad realizo la atención objeto del contrato.
2	CONSULTA DE CONTROL MEDICINA ESPECIALIZADA ENDOCRINOLOGIA	X		

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
1. La entidad contratada debe presentar los siguientes soportes para el cobro de los servicios prestados: **a)** Factura en original y copia en las que se relacione las atenciones prestadas a los usuarios de la POLICÍA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER. **b)** Orden médica donde se especifique el tipo consulta de primera vez o control (ENDOCRINOLOGÍA) del médico tratante con su respectiva firma y sello, autorización en el formato de la oficina de Redes Integrales de Servicios en Salud de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander. **c)** Boleta de autorización original expedida por el área de Redes Integrales de Servicios en Salud de la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander. **d)** Copia del carné o constancia vigente expedida por talento humano del Comando. **e)** Copia de los soportes de historia clínica que permitan auditar los servicios prestados, tales como reporte de resultados, insumos y otros suministros. **f)** Copia del documento de identidad del usuario atendido. **g)** Presentar en cada facturación fotocopia de la hoja de contrato en donde se encuentre el registro presupuestal del mismo y constancia de pago de aportes de seguridad social y parafiscales de sus empleados. **h)** Suministrar la información que demande la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 como RIPS y ejecución mensual del contrato.		No aplica para este período
El contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social		No aplica para este período

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el período comprendido del 02/03/2026 al 02/04/2026 no se presentaron novedades en la ejecución del contrato o incumplimiento de obligaciones.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido treinta (30) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando ciento ochenta (180) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento Nro.5 efectuará el pago del contrato del valor del contrato en los términos establecidos cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento Nro.5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes 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 Regional de Aseguramiento Nro.5 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.

PARAGRAFO PRIMERO: Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS ASI:

Enviar la facturación los diez (10) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Norte de Santander, ubicada en la calle 22N Nro. 2-03 Barrio Tasajero de la ciudad de Cúcuta, con los siguientes soportes:

- Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo código (CUPS), individual por cada paciente.
- Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO.
- Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la Oficina de Redes Integrales de Servicios en Salud de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Norte de Santander adicionando los siguientes documentos: a) RIPS en medio magnético correspondientes a la facturación presentada. b) Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las lecturas correspondientes. c) Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documentos de identidad del usuario (carné en copia por ambas caras o constancia vigente, cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). d) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN.
- Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la propuesta.
- Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 para realizar la auditoria respectiva.
- En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. Los RIPS deberán ser presentados en medio magnético mensualmente y deben corresponder a la facturación que se está radicando. Para este contrato que son solo consultas esto creo que no aplica.
- Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila.

- Fotocopia de la hoja del contrato en donde se encuentra el registro presupuestal.
- Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.

NOTA: Una vez se surta el proceso completo de auditoría médica a las facturas presentadas por parte del contratista, le corresponderá a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B NORTE DE SANTANDER enviar en físico (original) a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 ubicada en la Transversal 154 N° 24-145 Local 10 Conjunto Vista Azul Campestre Barrio El Bosque Floridablanca, la facturación con la correspondiente documentación foliada y organizada para realizar la gestión del pago de los servicios prestados.

CAUSALES DE NO PAGO

a. Todo servicio prestado que no cuente con el formato de autorización por parte de la Oficina de Redes Integrales de Servicios en Salud de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Norte de Santander.
b. Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007.
c. Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.
d. LOS SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON EL DEBIDO RESPALDO DE AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN EMITIDA POR LA OFICINA DE REDES INTEGRALES DE SERVICIOS EN SALUD DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B NORTE DE SANTANDER EN LA CIUDAD DE CÚCUTA.
e. Para las actividades programadas como consulta externa, la autorización debe ser expedida con fecha anterior o igual a la fecha de prestación del servicio. Serán objeto de glosa los servicios prestados con autorizaciones posteriores a la fecha de prestación del servicio.
f. La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como “el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente” corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado.
g. Todo bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN y aprobado por esa instancia del Nivel Central. Nota: Se aclara que la Dirección de Sanidad continua implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 052 del 2013 del SSMP y específicamente para las solicitudes por Comité Técnico Científico CTC.
h) Todo 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 Comité Técnico Científico CTC DISAN.
i) Las contempladas en la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

OBJECIONES Y GLOSAS.

DECRETO 4747/2007 Artículo 23. Trámite de glosas. Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por la Seccional Sanidad Santander, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como

aceptada y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago.

Las respuestas a las glosas deberán ser presentadas de forma integral según la totalidad de las glosas presentadas por cada radicado. Aquellas glosas que no sean respondidas de acuerdo a esto o según los términos establecidos en la normatividad, se darán como automáticamente aceptadas por la IPS.

Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN DIAGNÓSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S

BANCO: BANCO DE BOGOTÁ

TIPO DE CUENTA: CORRIENTE

NUMERO DE LA CUENTA: 601109150

1.1. 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	$ 40.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 0 0,00	0,0%
Valor total facturado	$ 00,00	0,0%
Valor facturado pendiente de pago	$ 00,00	0,0%
Valor pagado	$ 00,00	0,0%
Valor pendiente de entrega	$ 40.000.000,00	100%

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. Facturas	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

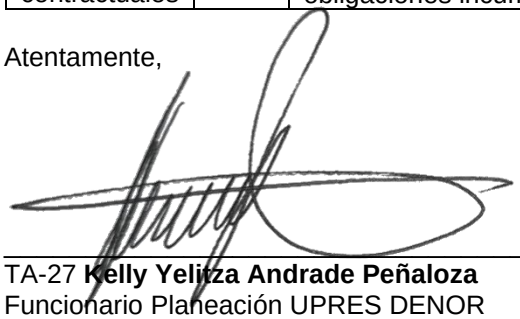
5. RECOMENDACIONES

El contrato se ha ejecutado sin ninguna novedad.

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,



TA-27 **Kelly Yelitza Andrade Peñaloza**
Funcionario Planeación UPRES DENOR
Supervisor Contrato N° 068-7-200003-26
Correo electrónico: kelly.andrade@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3227024010