

|                     |                                                         |                                                                                                         |
|---------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 1 de 10      | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       | <br>POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                         |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021   | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y ÓRDENES DE COMPRA |                                                                                                         |
| Versión: 5          |                                                         |                                                                                                         |

No. GS-2026- -REGI2/ GUSES 29.25

Neiva: 06 abril de 2026

Señor Teniente Coronel  
**EDWIN PUENTES GUZMAN**  
 Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 2,  
 Neiva-Huila

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato u orden de compra No. **85-7-20011-26****TIPO DE INFORME****PERIÓDICO** \_x\_ **O FINAL** \_**Periodo del informe de supervisión**

|              |                   |              |                   |
|--------------|-------------------|--------------|-------------------|
| <b>Desde</b> | <b>04/03/2026</b> | <b>Hasta</b> | <b>04/04/2026</b> |
|--------------|-------------------|--------------|-------------------|

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-2026-004582-REGI2 el señor Teniente Coronel, EDWIN PUENTES GUZMAN, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 2), nombro como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor (a) Subintendente JEIDI CATERINE POLO
- Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: Mensual

**No de informes de supervisión presentados y publicados en secop 2: 0****Información del contrato u orden de compra.**

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contrato No. / Orden de compra No.</b>                                    | 85-7-20011-26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra</b> | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS EN SALUD MENTAL, CONSULTA POR PSIQUIATRÍA INFANTIL, REHABILITACIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DIFERENTES ADICIONES PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA Y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CAQUETA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – LOTE I HUILA", |
| <b>Contratista</b>                                                           | FUNDACION CLINICA SANA MENS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Representante legal</b>                                                   | YENNY JOHANNA BARON LONDOÑO, CC 26.422.288 de Neiva - Huila                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>NIT</b>                                                                   | 901589274-8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                     |                                                   |                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 2 de 10      | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | <br><b>POLICÍA NACIONAL</b> |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                   |                                                                                                                |
| Fecha: 12-03-2021   |                                                   |                                                                                                                |
| Versión: 5          |                                                   |                                                                                                                |

|                                                                                                   |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valor inicial del contrato u orden de compra                                                      | SESENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS (\$ 67.000.000.00) M/LEGAL IVA INCLUIDO, para la vigencia 2026. |
| Valor adiciones del contrato u orden de compra                                                    | N/A                                                                                               |
| Valor total del contrato u orden de compra                                                        | SESENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS (\$ 67.000.000.00) M/LEGAL IVA INCLUIDO, para la vigencia 2026. |
| Plazo de ejecución inicial                                                                        | 31/12/2026                                                                                        |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra                             | 03/04/2026                                                                                        |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente) | 31/12/2026                                                                                        |
| 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)                                  |                                                                                                   |
| Adiciones                                                                                         | N/A                                                                                               |
| Modificatorios                                                                                    | N/A                                                                                               |
| Prorrogas                                                                                         | N/A                                                                                               |
| Otros                                                                                             | No Aplica                                                                                         |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

El contratista no ha radicado facturación correspondiente al mes de marzo, durante este periodo la entidad cumplió con el objeto contractual y obligaciones del contratista descritas, se le recuerda que para el siguiente mes deberá seguir con el cumplimiento de las siguientes obligaciones y compromisos.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

### CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA |                                                                                                                                                                                                                             | CUMPLIO | OBSERVACIONES                             |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|
|                              |                                                                                                                                                                                                                             | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                              | 1. Prestar los servicios de salud de acuerdo con el objeto contractual, el tiempo de duración pactado y la oferta técnica presentada, bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad.                         |         |                                           |
|                              | 2. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes de información o aclaración que formulen la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, las UPRES o las autoridades competentes, en los plazos establecidos. |         |                                           |
|                              | 3. Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales, siendo este un requisito indispensable para la realización de cualquier pago.                             |         |                                           |
|                              | 4. Constituir y aportar la Garantía Única de cumplimiento dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.                                                                                     |         |                                           |
|                              | 5. Guardar estricta reserva de la información bajo su custodia y proteger los datos personales de los usuarios bajo la Ley 1581 de 2012, respondiendo civil y penalmente por su divulgación indebida.                       |         |                                           |
|                              | 6. Informar de inmediato a la entidad sobre peticiones o amenazas de terceros que pretendan obligarlo a actuar fuera de la ley durante la ejecución del contrato.                                                           |         |                                           |

|                     |                                                         |                                                                                                         |
|---------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 3 de 10      | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       | <br>POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                         |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021   | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                                                                                                         |
| Versión: 5          |                                                         |                                                                                                         |

7. Mantener activa la cuenta bancaria reportada para pagos y notificar oportunamente cualquier inconveniente que pueda afectar la ejecución financiera.
8. Informar formalmente al supervisor cuando la ejecución del valor del contrato alcance el 50% y el 80% para las gestiones administrativas pertinentes. Diligenciando el presente cuadro

|                    |                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Contratista        | Nombre o Razón Social                                                              |
| No del Contrato    | Numero Asignado por Contratación                                                   |
| Valor del Contrato | Valor Asignado incluye adiciones                                                   |
| 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 facturado    | Valor de las actividades presentado a central cuentas 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)              |

9. Reportar mensualmente los indicadores de la Circular Externa de la Supersalud, los del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y los específicos definidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2.
10. Prestar los servicios de forma continua según las autorizaciones emitidas por la oficina de referencia, garantizando la atención integral de los usuarios.
11. Dar cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Hacienda (Circular 016 de 2021) y la DIAN respecto al modelo de recepción y validación de factura electrónica de venta.
12. Abstenerse de prestar servicios una vez agotado el presupuesto contratado, salvo en urgencias médicas debidamente justificadas; los servicios por fuera del contrato no autorizados no serán pagados.
13. Facturar mediante códigos CUPS y tarifas pactadas, entregando los RIPS bajo el estándar vigente (Resolución 2275 de 2023) con un máximo de 72 horas para corrección de errores.
14. Disponer de un plan de contingencia ante fallas técnicas o falta de personal asistencial para garantizar la continuidad del servicio.
15. Mantener una oficina de atención al usuario, tramitar las quejas (PQR) y remitir copia de la gestión a la oficina de Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud.
16. Presentar y ejecutar planes de mejoramiento derivados de las visitas de auditoria de calidad realizadas por la Unidad Prestadora de Salud (UPRES).
17. Identificar complicaciones derivadas de la atención e informar a la oficina de referencia y contrarreferencia en caso de requerirse un nivel de mayor complejidad.
18. Mantener vigente su habilitación como prestador de servicios de salud y reportar cualquier novedad al día hábil siguiente; su incumplimiento es causal de terminación unilateral.
19. Suministrar información técnica para responder requerimientos judiciales, de entes de control o derechos de petición en un término no superior a cinco (5) días hábiles.

|                                                         |                                                   |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 4 de 10                                          | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | <br>POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019                                     |                                                   |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021                                       |                                                   |                                                                                                         |
| Versión: 5                                              |                                                   |                                                                                                         |
| INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                                                   |                                                                                                         |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>20. Capacitar al personal en el registro clínico de actividades de Protección Específica, Detección Temprana y Guías de Atención Integral (GAI).</p> <p>21. Informar oportunamente casos de presunta suplantación de usuarios y colaborar en la obtención de material probatorio.</p> <p>22. Facilitar el acceso a historias clínicas y anexos (físicos o magnéticos) para labores de auditoría médica de la Regional o trámites judiciales.</p> <p>23. Garantizar que los profesionales sean idóneos, cuenten con las respectivas licencias, registros y/o resoluciones vigentes y registro en RETHUS.</p> <p>24. Realizar ingresos para rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas o internación mental únicamente mediante orden de remisión de especialistas de la UPRES Huila o Urgencias.</p> <p>25. Informar de manera inmediata al supervisor si un usuario (especialmente uniformados activos) abandona el tratamiento por voluntad propia para los trámites pertinentes.</p> <p>26. No permitir el reingreso de usuarios que hayan abandonado el tratamiento sin la autorización y orden médica emitida por la entidad contratante.</p> <p>27. Cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo y custodia de la Historia Clínica de los pacientes.</p> <p>28. Aplicar las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia según la Ley 1257 de 2008 y normas concordantes.</p> <p>29. No prescribir ni realizar con cargo a la entidad servicios, medicamentos o protocolos que no estén aprobados por el INVIMA, sociedades científicas o que tengan fines estéticos.</p> <p>30. Publicar obligatoriamente en SECOP II la factura y soportes antes de la fecha límite; sin este registro no se podrá dar trámite a la obligación de pago.</p> <p>31. Reportar mensualmente la ejecución del contrato detallando: valor contratado, ejecutado, facturado, programado y saldo disponible en el formato establecido.</p> <p>32. Cumplir con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y dar aplicabilidad a las disposiciones del Decreto 441 de 2022.</p> <p>33. Gestionar las autorizaciones de servicios una vez ingrese el paciente; para consulta externa, orientar al usuario en el trámite respectivo de su cita.</p> <p>34. Garantizar y respetar la dignidad y derechos de los pacientes conforme a la Ley 23 de 1981 y la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013.</p> <p>35. Autorizar la inclusión de su nombre y portafolio de servicios en la red de prestadores adscritos a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2.</p> <p>36. Dar cumplimiento estricto a las disposiciones de Salud Mental contenidas en la Ley 1616 de 2013 y la Ley 1566 de 2012.</p> <p>37. Reportar mensualmente los eventos adversos y fallas en la atención bajo el modelo de seguridad del paciente definido por el Ministerio de Salud.</p> <p>38. Garantizar la prestación del servicio bajo las mismas condiciones de calidad, aceptando la tarifa unificada regional establecida.</p> |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

|                     |                                                   |                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 5 de 10      | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | <br><b>POLICÍA NACIONAL</b> |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                   |                                                                                                                |
| Fecha: 12-03-2021   |                                                   |                                                                                                                |
| Versión: 5          |                                                   |                                                                                                                |

| ITEM                                                                                                                                | CODIGO CUBS | SERVICIO                                                                                                                                | DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CUMPLIO | OBSERVACIONES                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|
| <b>DE CARÁCTER TÉCNICO:</b> (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra). |             |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                           |
| 1                                                                                                                                   | 131M02      | <b>INTERNACIÓN HOSPITALARIA EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN MÚLTIPLE (VALOR TRATAMIENTO INTEGRAL DIARIO)</b> | Internación hospitalaria diaria para usuarios de subsistema de salud de la Policía Nacional con alimentación a tres tiempos.                                                                                                                                                                                                                                          | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Cuidados diarios básicos por enfermería a paciente en proceso de atención en etapa aguda y/o crisis de la enfermedad con toma de signos vitales, laboratorios, suministro de medicamentos, curaciones, entre otros.                                                                                                                                                   | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Valoración de ingreso a unidad mental por Médico General, apoyo y manejo diario durante tratamiento según necesidad                                                                                                                                                                                                                                                   | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Valoración de ingreso a la unidad mental por Médico Psiquiatra, definición de tratamiento en etapa aguda y/o crisis de la enfermedad, seguimiento semanal con disponibilidad a necesidad y/o criterio médico                                                                                                                                                          | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Valoración de ingreso por Psicología, incluye asesoría y orientación.<br>Una (1) psicoterapia individual a la semana durante su estancia hospitalaria. Disponible a necesidad.                                                                                                                                                                                        | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Valoración de ingreso por trabajo social, aquella realizada al individuo, a la pareja y/o la familia, incluye asesoría y orientación.<br>Una (1) actividad grupal con la familia durante la estancia hospitalaria. Disponible a necesidad.                                                                                                                            | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Valoración nutricional de ingreso. Disponible según necesidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Valoración de ingreso por terapeuta ocupacional.<br>Una (1) educación grupal semanal por cada semana de estancia hospitalaria para el control de factores de riesgo psicosociales y protección de la salud.<br>Una (1) sesión a la semana de entrenamiento funcional en autocuidado (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria). Disponible a necesidad. | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Diferentes actividades por equipo interdisciplinario de juego, ocio y esparcimiento durante su estancia hospitalaria.                                                                                                                                                                                                                                                 | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
| 2                                                                                                                                   | 132P01      | <b>INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA - HOSPITAL DÍA</b>                                                                   | Cinco (5) actividades durante la estancia hospitalaria realizadas por miembros del equipo interdisciplinario con el usuario como encuentros terapéuticos, talleres educativos, de Salud, ocupacionales, artísticos, de lúdica y actividad física.                                                                                                                     | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                         | Internación Parcial (Hospital Día) 8 horas diarias de lunes a viernes para usuarios de subsistema de salud de la Policía Nacional con alimentación a dos tiempos<br>Cuidados básicos diarios por enfermería a paciente durante el proceso de atención.                                                                                                                | SI      | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |

|                                                         |                                                   |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 6 de 10                                          | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | <br>POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019                                     |                                                   |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021                                       |                                                   |                                                                                                         |
| Versión: 5                                              |                                                   |                                                                                                         |
| INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                                                   |                                                                                                         |

|   |        |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                           |
|---|--------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------|
|   |        | (VALOR INTEGRAL TTO MENSUAL)                        | Valoración de ingreso a unidad mental por Médico General, apoyo y manejo diario durante tratamiento según necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        |                                                     | Valoración por médico psiquiatra para ingreso hospital día y plan de tratamiento de acuerdo a enfermedad. Una (1) atención por la especialidad de psiquiatría a la semana en su hospitalización parcial, con disponibilidad a necesidad y/o criterio médico.                                                                                                                                                          | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        |                                                     | Valoración de ingreso por Psicología, incluye asesoría y orientación<br>Una (1) psicoterapia individual a la semana, durante su hospitalización parcial.<br>Una (1) Psicoterapia grupal a la semana durante su hospitalización parcial para el control de factores de riesgo psicosociales y protección de la salud.<br>Una (1) actividad grupal con la familia de manera mensual durante su hospitalización parcial. | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        |                                                     | Valoración de ingreso por Trabajo social al hospital día, que puede ser realizada al usuario, a la pareja y/o la familia; incluye asesoría y orientación.<br>Una (1) consulta de control y seguimiento quincenal con el usuario durante su hospitalización parcial.<br>Una (1) actividad con la familia durante su hospitalización parcial y para su para su egreso.                                                  | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        |                                                     | Valoración nutricional de ingreso a hospital día para manejo y monitoreo dietario o régimen dietético especial.<br>Disponible según necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        |                                                     | Valoración de ingreso por Terapia Ocupacional a hospital día, aquella realizada al usuario que incluye plan de trabajo en estancia hospitalaria.<br>Una (1) sesión quincenal de terapia ocupacional durante hospitalización parcial de entrenamiento funcional en autocuidado.                                                                                                                                        | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        |                                                     | Dos (2) intervenciones terapéuticas a la semana (salud física, salud mental) en los componentes del desempeño ocupacional: sensorio motor, neuromusculoesquelético cognitivo, psicosocial, educativo y del ambiente para el funcionamiento, la integración laboral, social, familiar y el uso de tecnología de rehabilitación, durante su hospitalización parcial.                                                    | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        |                                                     | Cinco (5) actividades semanales realizadas por miembros del equipo interdisciplinario con el usuario como: reuniones generales, encuentros terapéuticos, talleres educativos, de Salud, ocupacionales, artísticos, de lúdica y actividad física.                                                                                                                                                                      | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        |                                                     | Informe del equipo interdisciplinario de egreso con objetivos alcanzados y recomendaciones para el seguimiento por equipo interdisciplinario de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                       | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
| 3 | 135M02 | INTERNACIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, | Con atención hospitalaria a puerta cerrada Internación usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, Hotelería con alojamiento y alimentación a tres tiempos.                                                                                                                                                                                                                                              | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |

|                     |                                                   |                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 7 de 10      | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | <br><b>POLICÍA NACIONAL</b> |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                   |                                                                                                                |
| Fecha: 12-03-2021   |                                                   |                                                                                                                |
| Versión: 5          |                                                   |                                                                                                                |

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                                           |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------|
| COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN MÚLTIPLE (VALOR TRATAMIENTO MENSUAL) | Asistente Terapéutico con supervisión y acompañamiento diario durante el proceso terapéutico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                      | Cuidados básicos diarios por enfermería a paciente en etapa de desintoxicación y tratamiento de la enfermedad, toma de signos vitales, suministro de medicamentos, curaciones, toma de laboratorios entre otros durante el proceso de rehabilitación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                      | Valoración de ingreso a unidad mental por Médico General, apoyo y manejo diario durante tratamiento según necesidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                      | Valoración de ingreso a la unidad mental por Médico Psiquiatra y plan de desintoxicación y tratamiento de rehabilitación.<br>Una (1) Atención por la especialidad de psiquiatría a la semana.<br>Disponibilidad a necesidad y/o criterio médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                      | Valoración de ingreso por Psicología al tratamiento de rehabilitación, incluye tamizaje, asesoría y orientación.<br>Una (1) psicoterapia individual a la semana, durante su tratamiento de rehabilitación.<br>Una (1) actividad grupal con la familia mensual durante su tratamiento de rehabilitación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                      | Aplicación de prueba neuropsicológica (prueba de personalidad) a paciente en su ingreso a tratamiento de rehabilitación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                      | Valoración de ingreso por trabajo social al tratamiento de rehabilitación, que puede ser realizada al usuario, a la pareja y/o la familia; incluye asesoría y orientación.<br>Una (1) consulta de control y seguimiento quincenal durante su tratamiento de rehabilitación.<br>Una (1) actividad con la familia de manera mensual durante su tratamiento de rehabilitación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                      | Valoración nutricional de ingreso a tratamiento de rehabilitación para manejo y monitoreo dietario o régimen dietético especial. Disponible según necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|                                                                      | Valoración de ingreso por Terapia Ocupacional a hospital día, aquella realizada al usuario que incluye plan de trabajo en estancia hospitalaria.<br>Una (1) sesión quincenal de terapia ocupacional durante hospitalización parcial de entrenamiento funcional en autocuidado (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria) durante tratamiento de rehabilitación.<br>Dos (2) intervenciones terapéuticas a la semana (salud física, salud mental) en los componentes del desempeño ocupacional: sensorio motor, neuromusculoesquelético, cognitivo, psicosocial, educativo y del ambiente para el funcionamiento, la integración laboral, social, familiar y el uso de tecnología de rehabilitación, durante su hospitalización parcial. | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |

|                     |                                                   |                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 8 de 10      | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | <br><b>POLICÍA NACIONAL</b> |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                   |                                                                                                                |
| Fecha: 12-03-2021   |                                                   |                                                                                                                |
| Versión: 5          |                                                   |                                                                                                                |

|   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                           |
|---|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------|
|   |        | <p>Dos (2) intervenciones terapéuticas a la semana (salud física, salud mental) en los componentes del desempeño ocupacional: sensorio motor, neuromusculoesquelético, cognitivo, psicosocial, educativo y del ambiente para el funcionamiento, la integración laboral, social, familiar y el uso de tecnología de rehabilitación, durante su hospitalización parcial.</p> <p>Cinco (5) actividades semanales realizadas por miembros del equipo interdisciplinario con el usuario como: reuniones generales, encuentros terapéuticos, talleres educativos, de Salud ocupacionales, artísticos, de ludica y actividad física.</p> | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        | Una (1) intervención semanal realizadas por miembros del equipo interdisciplinario con el usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        | Informe de egreso con objetivos alcanzados y recomendaciones para el seguimiento por equipo interdisciplinario de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
|   |        | Control y seguimiento de intervenciones recibidas a las personas con riesgo identificado en consumo de sustancias psicoactivas al mes de terminar el tratamiento e informar a la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
| 4 | 890285 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |
| 5 | 890385 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI | NO SE PRESENTO INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO |

## 2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No se ha realizado facturación del mes de MARZO DE 2026 sin novedades.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (30) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (266) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago se realizará de acuerdo a las disposiciones contenidas en el Decreto 441 del 2022, el pago por la prestación de los servicios objeto del contrato se efectuará en pagos parciales en moneda legal colombiana, junto con los documentos requeridos para el pago de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC).

El pago se realizará en moneda legal Colombiana, La **Regional De Aseguramiento En Salud No.2**, pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, junto con las autorizaciones

|                     |                                                   |                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 9 de 10      | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | <br><b>POLICÍA NACIONAL</b> |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                   |                                                                                                                |
| Fecha: 12-03-2021   |                                                   |                                                                                                                |
| Versión: 5          |                                                   |                                                                                                                |

del servicio, demás soportes requeridos del resultado a la prestación de bienes y servicios de manera impresa o en medio magnético, acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda; documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de La Unidad Prestadora de Salud Huila, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 “Derecho a Turno” se le asignará un número de radicación.

En caso que el CONTRATISTA presente los documentos solicitados, cumpliendo con el total de los requisitos exigidos para el pago después del undécimo (11) día hábil del mes, los pagos se realizarán dentro de los (45) días calendario siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos realizados se ajustarán a los descuentos legales aplicables, de acuerdo a responsabilidades tributarias contempladas en el Registro Único Tributario RUT.

La radicación de facturas se llevará a cabo en la ventanilla única de la Central de Cuentas de la **Regional De Aseguramiento En Salud No.2**. Allí se deberá presentar la documentación requerida según la cláusula de forma de pago del contrato correspondiente. Además, se procederá a validar la información de los documentos entregados, incluyendo el número consecutivo de la factura, concepto de bienes y servicios con sus respectivos valores discriminados etc.

#### EL PAGO SE HARÁ A LA SIGUIENTE CUENTA:

**NOMBRE BENEFICIARIO:** FUNDACION CLINICA SANA MENS  
**BANCO:** BANCOLOMBIA S.A.  
**TIPO DE CUENTA:** AHORROS  
**NUMERO DE CUENTA:** 84700001753

#### **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 | \$ 67.000.000.00 | 100%                                       |
| Valor total de las entregas                | \$ 0             | 0%                                         |
| Valor total facturado                      | \$ 0             | 0%                                         |
| Valor facturado pendiente de pago          | \$ 0             | 0%                                         |
| Valor pagado                               | \$ 0             | 0%                                         |
| Valor pendiente de entrega                 | \$ 67.000.000.00 | 100%                                       |

| a. 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 recibida | Valor facturado | No. factura | Valor pagado | Valor deducciones | No. orden de pago |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                |                 |             |              |                   |                   |

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

#### **5. RECOMENDACIONES**

|                     |                                                         |                                                                                                         |
|---------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página 10 de 10     | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS       | <br>POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 |                                                         |                                                                                                         |
| Fecha: 12-03-2021   | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA |                                                                                                         |
| Versión: 5          |                                                         |                                                                                                         |

Se recomienda al contratista continuar con el cumplimiento al contrato.

## 6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

|                                                                          |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | SI <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>              | 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

SI JEIDUCATERINE POLO APACHE

Cargo: Supervisor de contrato

Supervisor Contrato u orden de Compra N 85-7-20011-26

Correo electrónico: [Jeidi.polo1608@correo.policia.gov.co](mailto:Jeidi.polo1608@correo.policia.gov.co)