No. GS-2026-038108-DECHO

Quibdó, 09 de mayo de 2026

Señora teniente coronel
LILIANA ANDREA GIRALDO MEDINA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.6
Envigado - Antioquia

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **65-8-20136-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**10/04/2026**	**Hasta**	**09/05/2026**

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:

El señor Intendente Jefe JUAN DIEGO SANCHEZ FLOREZ, Jefe Grupo de Contratos de la Regional de Aseguramiento Numero 6, notificó como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señora Intendente DIANA VALENCIA CUESTA, responsable del grupo de prestador de atención en salud chocó.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Primeros 15 días de cada mes
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 9**

1. Informe de supervisión del 10/07/2025 al 30/07/2025
2. Informe de supervisión del 01/08/2025 al 30/08/2025
3. Informe de supervisión del 01/09/2025 al 30/09/2025
4. Informe de supervisión del 10/10/2025 al 09/11/2025
5. Informe de supervisión del 10/11/2025 al 09/12/2025
6. Informe de supervisión del 10/12/2025 al 09/01/2026
7. Informe de supervisión del 10/01/2026 al 09/02/2026
8. Informe de supervisión del 10/02/2026 al 09/03/2026
9. Informe de supervisión del 10/03/2026 al 09/04/2026
10. Informe de supervisión del 10/04/2026 al 09/05/2026

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**65-8-200136-25**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	**SUMINISTRO DE OXIGENO Y GASES MEDICINALES HOSPITALARIOS Y DOMICILIARIOS, EQUIPOS, ACCESORIOS E INSUMOS DE OXIGENOTERAPIA PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.6- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ**
Contratista	SUMINISTRO Y DOTACIONES DEL CHOCO OXICHOCO
Representante legal	JHON DEIVI HERNANDEZ GIRALDO
Valor inicial del contrato u orden de compra	$19.800.000
Valor adiciones del contrato u orden de compra	$4.000.000
Valor total del contrato u orden de compra	$23.800.000
Plazo de ejecución inicial	30/04/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	10/07/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/04/2026
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)	**30/06/2026**
Adiciones	1
Modificatorios	1
Prorrogas	1
Otros	N/A

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

1.1 Acciones adelantadas:

El mes de **abril** la entidad contratada presentó facturación de servicios prestados a usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía nacional.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	
	SI	NO
EXPERIENCIA PROPONENTE Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar		

experiencia en proyectos iguales al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos ejecutados en los últimos tres años 2022 y/o 2023 y/o 2024 de proyectos iguales al presente proceso contractual cuya suma supere el setenta por ciento (70%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: • Fecha de inicio de la contratación • Fecha de término de la contratación • Valor de la contratación • Objeto contractual • Número del contrato • Firma del representante legal contratante • NIT del contratante • Dirección del contratante • Teléfono del contratante • Membrete de la entidad que lo expide • Cumplimiento **Nota 1:** Si son contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N. ° 6 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego se sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.	**SI**	
NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO Con el fin de garantizar la idoneidad del talento humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del presente proceso contractual, el oferente debe anexar certificación firmada por representante legal en el cual se compromete en tener personal de la salud profesionales en terapia respiratoria formados en una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación e inscritos en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.	**SI**	
EXPERIENCIA DEL PERSONAL El oferente deberá presentar, al momento de la oferta, un oficio mediante el cual certifique que cuenta con el talento humano requerido para el cumplimiento del	**SI**	

objeto contractual con una experiencia mínima de nueve (9) meses en la prestación de servicio a contratar.		
CAPACIDAD OPERATIVA El oferente deberá estar en capacidad de prestar el servicio de manera continua, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**SI**	
INFRAESTRUCTURA. El oferente deberá certificar que cuenta con las instalaciones para la prestación de los servicios de salud objeto del presente estudio previo, con ubicación en el municipio de Quibdó - Chocó. Deberán ser instalaciones ofrecidas por el contratista y que sean aprobadas mediante distintivo de habilitación otorgado por la Seccional de Salud de Chocó. • El oferente debe contar con la (s) sede(s) habilitada (s). • El oferente debe contar con consultorio (s) habilitado (s) para la atención o valoración por el profesional en terapia respiratoria. • El oferente debe contar con personal para atención al usuario. • La sede propuesta por el oferente debe contar con una sala de espera. • El oferente debe contar con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano necesario para garantizar la atención al usuario. • El oferente debe contar con mínimo una (1) unidad sanitaria mixta apta para personas con movilidad reducida, cuando el prestador cuente con hasta dos consultorios. • El oferente debe contar con mínimo una (1) unidad sanitaria discriminada por sexo apta para personas con movilidad reducida, cuando el prestador cuente con más de dos consultorios. • Si la sede del prestador de servicios de salud está ubicada en edificaciones de hasta dos (2) pisos o más niveles, contados a partir del nivel más bajo construido, y que funcionen en segundo u otro nivel o piso. Debe contar con ascensor o rampa o sistema alternativo de elevación. Los sistemas alternativos de elevación deben cumplir con las siguientes condiciones: o Su ubicación no debe interferir con el acceso y evacuación de los usuarios por las escaleras. o Debe estar disponible tanto para el acceso como para la evacuación de los usuarios. o Su manejo debe ser autónomo. o Debe garantizar seguridad durante su uso. • La sede propuesta por el oferente debe contar con la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios objeto del presente proceso contractual. Igualmente, el evaluador técnico podrá realizar una visita a las instalaciones del oferente, a fin de verificar si la propuesta es garante con el objeto del presente proceso, de lo cual se deberá suscribir un acta, anexando registro fotográfico de la visita.	**SI**	
COMPROMISO PARA LA OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA.		

• El oferente debe contar con la capacidad de atención de los pacientes y la entrega a domicilio de los suministros a contratar en el presente contrato, las 24 horas al día los 7 días de la semana. • El oferente debe garantizar la entrega del servicio contratado en un plazo no superior a 8 horas, contados a partir de la solicitud realizada por parte de la Unidad Prestadora de Salud Choco, Incluido horario nocturno, días domingos y festivos. • El oxígeno (concentrador, cilindros de respaldo, de transporte o termos) y los equipos en el domicilio del usuario en un plazo no superior a 8 horas, contados a partir de la solicitud realizada por parte de la Unidad Prestadora de Salud Choco, Incluido horario nocturno, días domingos y festivos. • Para los usuarios que cuenten con el oxígeno de transporte permanente tener en cuenta que se realizaran 4 recargas al mes sin requerimiento de autorización por parte de la Unidad Prestadora de Salud Choco, incluido horario nocturno, días domingos y festivos (momento que lo requiera el usuario). Cuando se hallan realizado estas 4 recargas se debe notificar a la Unidad Prestadora de Salud Choco para la aprobación según cada caso de las recargas adicionales. • El oferente deberá certificar que cuenta con materiales, equipos, mano de obra calificada e idónea, y disponer de los medios logísticos necesarios dispuesto para cumplir con el objeto del contrato, al momento de las solicitudes del supervisor de igual forma para garantizar la perfecta ejecución del contrato que se derive del presente proceso de contratación, y el cumplimiento del objeto a contratar. • **Nota 1:** el contratista deberá generar un acta cada vez que realice la entrega, el retiro de los equipos y cuando se les brinde asesoría a los pacientes, el acta deberá ir firmada por el paciente o cuidador y posteriormente dentro de los siguientes 3 días calendario debe ser enviada al correo del supervisor del contrato y decho.upres-ref@policia.gov.co de la UPRES Chocó, al igual que el reporte mensual del consumo de los pacientes. **Nota 2:** El suministro incluye: • Asesoría al paciente durante la entrega del equipo por parte del personal técnico del contratista, quien levantará acta de entrega firmada por el paciente o cuidador, donde conste la capacitación recibida por el usuario. • Entrenamiento al paciente del proceso de limpieza de equipos, de circuitos y máscaras, dada por el personal técnico del contratista, quien levantará acta de entrega firmada por el paciente o cuidador.	**SI**	
PERSONA RESPONSABLE DEL ENLACE El oferente deberá informar en su oferta la persona enlace, quién se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, procedimientos, actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato. Nombre:_____ Teléfono:_____ Correo electrónico:_____	**SI**	

Constancia de habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) de los servicios ofertados, emitida por la Secretaría de Salud o por los entes departamentales designados para tal fin. Este documento no deberá tener una antigüedad superior a 30 días calendario contados desde su fecha de expedición. o Nota: el requerimiento de la constancia de habilitación en el REPS solo corresponderá para el profesional de la salud en Terapia respiratoria, cuando se trate de una entidad cuyo objeto social sea diferente a la prestación de servicios de salud, el cual deberá ser parte del talento humano del oferente. Si se trata de una institución prestadora de servicios de salud (IPS), el requerimiento de la constancia de habilitación en el REPS corresponderá a la entidad. Es importante aclarar la prohibición de la tercerización en la prestación de este servicio, lo que significa que el profesional en optometría deberá estar bajo la subordinación del oferente y/o futuro contratista, bajo cualquier modalidad de contratación.	**SI**	
El oferente deberá anexar copia del Certificado vigente de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) expedido por el INVIMA y de acuerdo a la resolución 4410 de 2009.	**SI**	
El oferente deberá anexar copia del Registro INVIMA vigente para los gases medicinales ofertados, para los equipos biomédicos y dispositivos médicos.	**SI**	
El oferente deberá anexar certificado de capacidad de almacenamiento de dispositivos médicos. INVIMA.	**SI**	
Certificado de habilitación vigente para el suministro a contratar expedido por el ente de vigilancia y control competente. Ejemplo: la secretaria de Salud de Antioquia o entes departamentales designados para tal fin.	**SI**	
Modelo de prestación de servicios y/o suministro, proceso o protocolo de atención al usuario definido por el posible prestador.	**SI**	
El oferente deberá anexar documento donde se compromete a garantizar que las fechas de vencimiento de los insumos objeto de la presente contratación será mínimo de (24) meses siguientes a la fecha de entrega de los mismos.	**SI**	
El oferente deberá anexar documento donde Garantiza el cambio de los elementos que presenten cualquier defecto o mala calidad sin costo alguno para la Unidad Prestadora de Salud Chocó, dentro de los ocho (08) días calendarios siguientes al requerimiento.	**SI**	
El oferente deberá tener el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración “Aceptable”, es decir, un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la	**SI**	

calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		

3.0 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

N/A

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión ha transcurrido sin ningún contra tiempo.

4.0 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago se realizará dentro de los 15 días calendario siguientes, una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión, facturas certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por la UPRES-DECHO, la cual se consignará a la cuenta Bancaria que el contratista aportó al momento de presentar la documentación a la oficina de contratos de la Unidad Prestadora de la Unidad prestadora de Salud Chocó, la cual deberá hacerse a más tardar el día 15 de cada mes.

Documentos Requeridos:

Las facturas a entregar deberán estar cargadas al módulo de SISAP WEB de la Policía Nacional en el siguiente link: https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frLogin.aspx.

Se anexa Guía para ingresar al módulo, las entidades que aún no cuentan con USUARIO y CONTRASEÑA deberán enviar la siguiente información al correo: deant.rases-fac@policia.gov.co de la persona que se encargará de realizar esta actividad, con el fin de ser asignado:

CODIGO DE HABILITACIÓN NIT IPS NOMBRES CEDULA
TELEFONO_OFICINA FECHA_INICIO FECHA_FIN EMAIL

- Las facturas deben estar dirigidas a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO SEIS.
- El CD con la información de los RIPS de igual forma debe llegar anexo a la factura
- Una vez estén radicadas en el módulo, las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar
- El correo para recibir la facturación electrónica es deant.rases-fac@policia.gov.co
- Las fechas establecidas para recibir facturación estas definidas en el archivo adjunto
- De acuerdo a la Ley General de Archivos para entidades del estado, las facturas deben estar legajadas al lado izquierdo con gancho plástico con un máximo de 250 folios
- No se permiten facturas de multiusuarios
- Las entidades que son sin ánimo de lucro deben anexar copia del acto administrativo
- Siempre se debe anexar el certificado de parafiscales

- Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura de venta y debe estar pre-impreso.
- Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso.
- Debe indicarse en nombre de la Policía Nacional y la correspondiente Regional de Aseguramiento en Salud No 6.
- Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del paciente).
- Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para

diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).

- Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.
- Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

En este espacio se debe informar el valor total de los pagos efectuados, valor del mismo y porcentaje, así:

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	**$23.800.000**	100%
Valor total de las entregas	$ 18.884.000	79%
Valor total facturado	$ 18.884.000	79%
Valor facturado pendiente de pago	$ 2.018.000	8.5%
Valor pagado	$ 16.866.000	71%
Valor pendiente de entrega	$ 4.916.000	21%

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

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor reducciones	No. orden de pago
01	$1.508.000	20/08/2025	$1.508.000	4	$0	$0	
02	$2.388.000	30/08/2025	$2.388.000	6	$0	$0	
03	$2.200.000	30/09/2025	$2.200.000	4	$0	$0	
04	$4.036.000	28/11/2025	$4.036.000	9	$0	$0	
05	$900.000	17/12/2025	$900.000	2	$0	$0	
06	$3.136.000	26/01/2026	$3.136.000	6	$0	$0	
07	$2.018.000	19/03/2026	$2.018.000	4	$0	$0	
08	$2.018.000	28/04/2026	$2.018.000	4	$0	$0	

5.0 **RECOMENDACIONES**

El contratista cumplió con las obligaciones estipuladas en el contrato según el objeto, por lo tanto, se exhorta para continuar cumpliendo a cabalidad con las estipulaciones.

6.0 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,

Intendente DIANA VALENCIA CUESTA
Jefe Grupo Prestador de Atenciones de Salud