No. GS-2026- 122853 - UPRES-JEFAD-29.25

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 16 de junio de 2026

Teniente coronel **IVAN DARIO RUIZ VELASCO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4.
Avenida 10 Norte 16N-21 B/ Granada
Cali Valle

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **66-5-20034-26**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X__ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**16/05/2026**	**Hasta**	**15/06/2026**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No. 03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la "*Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicado oficial GS-2026-007017 REGI4/ARLOF-GRUCO de fecha 08/05/2026, el señor Teniente Coronel **IVAN DARIO RUIZ VELASCO,** obrando en calidad de Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, le dio carta de inicio al contrato de prestación de servicios "**E.S.E CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO"** y se nombró a la señora Subintendente **YENIFER LILIANA ERAZO ROSALES** como supervisor de contrato.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 1

N°	RADICADO GECOP	FECHA DE PRESENTACION	PERIODO REPORTADO
01	GS-2026-099271-DENAR	16/MAYO/2026	16/04/2026 AL 15/05/2026

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-5-20034-26**

Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE LABORATORIO) ASI COMO TODOS LOS SERVICIOS HABILITADOS POR LAS ENTIDADES, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 EN EL MUNICIPIO DE SAN BERNARDO, DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO 093 DEL 08 DE OCTUBRE DE 2025 (POR EL CUAL SE ESTABLECE PLAN DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILIATRES Y DE LA POLICA NACIONAL) Y QUE SEA APROBADO POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE DISAN-BOGOTA DC. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL.
Contratista	E.S.E CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO
Representante legal	CARMEN YOLI DELGADO RIVERA
Valor inicial del contrato u orden de compra	CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000,00) Incluido IVA
Valor adiciones del contrato u orden de compra	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000,00) Incluido IVA
Plazo de ejecución inicial	CINCO (05) MESES QUINCE (15) DÍAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	16/04/2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/07/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

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

1.1 Acciones adelantadas:

No aplica

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el	**N/A**	El contratista Presento certificado con fecha 04/05/2026, la suscrita Gerente de la E.S.E SAN

cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.		BERNARDO y la contadora ELIANA MABEL BOLAÑOS TP. 163013.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIÓ Sí__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Prestar en forma continua y permanente (24 horas día) la atención en el servicio de urgencias a todos los Usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional, La Unidad Prestadora De Salud Nariño bajo los principios de eficacia, universalidad, solidaridad y seguridad que así lo amerite **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL OFERENTE PODRÁ ABSTENERSE DE RECIBIR AL USUARIO, ARGUMENTANDO NO TENER DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO REQUERIDO.**	SI	N/A
2	Deberá contar con un sistema de Referencia y Contra referencia y una oficina de atención al usuario, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y ágil con la Unidad Prestadora de Salud Nariño para el manejo de la prestación del servicio.	SI	N/A
3	**EL OFERENTE DEBERA INFORMAR AL JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 y supervisor de CONTRATO DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO TIPO B, MENSUALMENTE SOBRE LA EJECUCION DEL CONTRATO Y CUANDO EL MISMO SE ENCUENTRE EN UN CINCUENTA 50%, UN SETENTA (70%), UN NOVENTA (90%) Y UN CIEN (100%) POR CIENTO. Una vez recibida la información la oficina de Contratos comunicarán al jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4.** si se llegare a sobrepasar este será asumido por el contratista por sobre ejecución contractual; así mismo se realizarán controles y cruces de cartera en la medida que se requiera (diario, semanal, quincenal, mensual).	SI	N/A
4	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Diez (10) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 RASES Cali y a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta Facturación debe aparecer el Número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias. • Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado. • Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico. • RIPS de atenciones prestadas	SI	N/A

	• Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas). • Orden de prestación de los servicios expedida por el Área de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de referencia y contra referencia y el sello del área de referencia y contra referencia, debidamente firmada por el usuario o acudiente (se exceptúa el caso de atención por Urgencias), anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa SOAT según el caso.		
6	El Contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato a través del SUPERVISOR DEL CONTRATO.	SI	N/A
7	En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada en la reunión conciliatoria deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	SI	N/A

2.1. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

El Centro de Salud San Bernardo radica la cuenta N° 26058 por el valor de $ 106.600 pesos, la cual no presento glosa correspondientes a las atenciones del 16 al 30 de abril del 2026.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (47) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 pagará el valor del contrato al Oferente en la ciudad de Cali, mensualmente, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendarios siguientes a la presentación de la factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única de la oficina central de cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, dentro de los primeros cinco (05) días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. El RECIBO A SATISFACCIÓN (RAS) expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes.

Una vez radicada la factura por parte del Oferente, el Coordinador de la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, deberá remitir la cuenta al Supervisor del Contrato, quien dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico y devolverla junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite correspondiente.

Si los documentos en referencia son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud Nariño, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del OFERENTE, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

AUDITORIA DE CUENTAS: Los responsables de la Ventanilla Única de la Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, tramitará a la auditora de cuentas del Proceso Financiero la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

TRÁMITE DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. En su artículo 57 *"Trámite de Glosas"*, cuyo texto es el siguiente:

"ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.".

La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con:

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

- Las fechas de recepción de la facturación son los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes en el horario de 8:00 am a 12:00 pm y de 2:00 pm a 6:00 pm.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- Adjuntar preradicado de SISAPWEB (si aún no tiene usuario y contraseña deberán solicitarlo a deval.rases-rip@policia.gov.co). El Preradicado corresponde al número emitido por el correcto cargue de los RIPS en la malla validadora de SISAPWEB, es de aclarar que el preradicado debe corresponder tanto en valor como en cantidad de facturas a cada envío, relación o cuenta de cobro presentado por la entidad, es decir que no se admiten cargues masivos por la totalidad de las facturas presentadas (un preradicado por cada uno de los paquetes el cual puede ser desde 1 hasta máximo 50 facturas).
- Factura electrónica en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional — Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 - NIT 805-022-186-6.
- Parafiscales vigentes y/o certificación revisoría fiscal (deben corresponder a la fecha de facturación).

- Constancia de Recibido a Satisfacción/RAS firmada por el supervisor del contrato *(aplica solo para las entidades con las que hay contrato)*. El RAS debe tener especificadas una a una las facturas es decir que el RAS debe corresponder tanto en valor como en cantidad de facturas a cada envío, relación o cuenta de cobro, presentado por la entidad y a su vez coincidir con el pre radicado adjunto.
- Presentar original de la autorización del servicio expedida y autorizada por el Grupo de Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.
- Planilla asignación de turno (aplica solo para las entidades con las que hay contrato).
- Soportes (Historia clínica y demás anexos), de ser posible sin hojas a media carta.
- Cada envío, relación o cuenta de cobro debe contener máximo 50 facturas.
- La facturación debe ser entregada en cajas para archivo cartón No. 12 referencia x-200 y en carpetas tipo 4 aletas en cartulina blanca tipo propalcote, cada carpeta debe contener máximo 200 folios.
- Cada envío, relación o cuenta de cobro debe dar aplicación a ley de archivo general LEY 594 DE 2000 (Julio 14).
- Instructivo 013 completamente diligenciado grabado en CD o enviado al correo electrónico deval.rases-rip@policia.gov.co.

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	No. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	NOMBRE DIAGNOSTICO INGRESO	FECHA DE EGRESO DEL PACIENTE	NOMBRE DIAGNOSTICO EGRESO	VR. FACTURADO

- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada al lado izquierdo con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja con lapicero negro para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. En caso de presentarse más de una factura dentro del mismo paquete, la entidad deberá señalar cada factura mediante un stiker o separador.
- Separar la facturación por vigencia y mes de atención y servicio.
- Cada servicio prestado a través del rubro de tutela debe ser radicado de manera individual ya que este servicio cuenta con una asignación presupuestal para dicho servicio en particular.
- Cualquier duda e inquietud se podrán comunicar con el Teléfono Ventanilla Única Tel. 6605795 o a los correos deval.rases-cue@policia.gov.co y deval.rases-rip@policia.gov.co.

NOTA: Se recuerda que la facturación que no cumpla con los anteriores requisitos no será recepcionada, igualmente la factura que se reciba en fecha extemporánea será radicada con la fecha del primer día hábil del siguiente mes.

CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación, por parte de la central de autorización de la USP salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente. Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del equipo interdisciplinario de profesionales en salud DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central (el cual puede ser en el formato que el Oferente maneje ajustado a lo normado).

Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del equipo interdisciplinario

de profesionales en salud DISAN – Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el equipo interdisciplinario de profesionales en salud DISAN, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

Para la facturación de los servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "*Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado*" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "*Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos*" y el registro de la factura electrónica de venta

PLATAFORMA SECOP II

El Oferente a quien se le adjudique el presente Proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del Contrato y poder realizar el respectivo Pago.

La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios. EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

Si el Contratista una vez iniciada la ejecución del presente contrato, requiere cambiar la información de la cuenta, éste debe presentar al Ordenador del Gasto solicitud por escrito acompañada de la nueva certificación bancaria y el formulario "datos básicos beneficiario cuenta". En cumplimiento a lo anterior, solo el Ordenador del Gasto autoriza el cambio de la cuenta bancaria.

En el caso que el contratista haya cambiado de representante legal, además de la documentación anterior, se debe anexar certificado de representación legal expedido por la autoridad correspondiente, donde esté estipulada la nueva representación, así como la fotocopia de la cédula de ciudadanía de éste.

El CONTRATISTA: informa mediante formato de información de terceros y certificación bancaria, que es titular de la Cuenta Nro: **106169997660** del Banco **DAVIVIEND**A en la cual se procederá a realizar las consignaciones correspondientes al pago del presente contrato.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 106169997660

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	$ 5.000.000	100%
Valor total de las entregas	$ 106.600	2%

Valor total facturado	$ 106.600	2%
Valor facturado pendiente de pago	$ 106.600	2%
Valor pagado	$ 0	0%
Valor pendiente de entrega	$ 4.893.400	98%

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 de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
01 28/05/2026	$106.600	11/05/2026	$106.600	26058	$106.600	$000	Consultar SECOP II o Tesorería

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

5. RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo durante el desarrollo de la ejecución no se han presentado situaciones de relevancia que afecten el cumplimiento del objeto contratado. Es de precisar que el contratista junto con su personal ha sido resolutivos en los requerimientos que se han hecho al contratista frente a la atención en servicios médicos.

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** __x_	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ Del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma YENIFER ERAZO

Subintendente **YENIFER LILIANA ERAZO ROSALES**
Auxiliar de Cuentas Upres Nariño
Supervisor Contrato No. 66-5-20034-26
Correo electrónico: yenifer.erazo@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3206545627

Copia

Pagina 1 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta _____

Cargo del funcionario _____

TURNO No. 3046 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 7006

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 11-05-2026

VALOR PAGO: 106.600.-

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : _____

CONTRATISTA: Besan Bonnado

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

NIT DEL CONTRATISTA: 900134576

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI _____ NO X

2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI _____ NO X

3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI _____ NO X

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICARIO DEL PAGO) N/A

CUENTA BANCARIA: _____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 400576

5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ✓

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: _____ ✓

8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A

8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): N/A

9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP N/A

10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP N/A

11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. N/A

12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP N/A

13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. N/A

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ✓

OBSERVACIONES : _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO ___

FIRMA _____

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA) _____

CARGO Y UNIDAD _____

Pagina 2 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____

FIRMA _____

SI_____ **NO**_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____

Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 28 de mayo 2026
Unidad:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NUMERO 4**
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo: X
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	**No. 66-5-20034-26**
Constancia de recibido No.	**01**
Contratista:	**E.S.E CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO**
NIT del contratista:	**900134576**
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE LABORATORIO) ASI COMO TODOS LOS SERVICIOS HABILITADOS POR LAS ENTIDADES, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 EN EL MUNICIPIO DE SAN BERNARDO, DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO 093 DEL 08 DE OCTUBRE DE 2025 (POR EL CUAL SE ESTABLECE PLAN DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILIATRES Y DE LA POLICA NACIONAL) Y QUE SEA APROBADO POR EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE DISAN-BOGOTA DC. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL.**
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	**NO APLICA**
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**($5.000.000) CINCO MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS**
Plazo de ejecución:	Feche de inicio:**16/04/2026** Fecha de término: **31/07/2026**
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**
Lugar de ejecución y/o	Los servicios serán prestados en E.S.E CENTRO DE SALUD SAN

entrega	BERNARDO municipio de San Bernardo Nariño.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **YENIFER LILIANA ERAZO ROSALES** Supervisor de contrato
Fecha de entrega certificada:	Abril 2026

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (2026)

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES -4	16	SERVICIOS DE SALUD	**$106.600**	**$106.600**	$000	**$106.600**

No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
FE1V644595	28/04/2026	32800	0	32800
FE1V644607	28/04/2026	8200	0	8200
FE1V644608	28/04/2026	16400	0	16400
FE1V644612	28/04/2026	16400	0	16400
FE1V644686	29/04/2026	8200	0	8200
FE1V644695	29/04/2026	8200	0	8200
FE1V644707	29/04/2026	8200	0	8200
FE1V644708	29/04/2026	8200	0	8200
VALOR TOTAL DE VIENES Y/O SERVICIOS		**106.600**	**0**	**106.600**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL. Se evidenció compromiso durante el desarrollo de las funciones designadas y estas se cumplieron dentro del plazo establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

Con la presente constancia de recibo a satisfacción, certifico que el E.S.E CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO identificado con NIT No. 805.022.186-6, cumplió a satisfacción con las obligaciones consignadas en las cláusulas y de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato № **66-5-20034-26.** Pertenece al compromiso Quipu número 206, SIIF 40626.

Subintendente **YENIFER LILIANA ERAZO ROSALES**
Supervisor de contrato No № **66-5-20034-26**

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL

805022186

RADICACION DE CUENTAS

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

13/05/2026 17:42:01

Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
3096	RADICADA	13/05/2026	900134576	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	644595	28/04/2026	32,800.00
DENAR	644607	28/04/2026	8,200.00
DENAR	644608	28/04/2026	16,400.00
DENAR	644612	28/04/2026	16,400.00
DENAR	644686	29/04/2026	8,200.00
DENAR	644695	29/04/2026	8,200.00
DENAR	644707	29/04/2026	8,200.00
DENAR	644708	29/04/2026	8,200.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	206	2026	106,600.00

Codigo: 1LF-FR-0131 Fecha: 15/08/2024 Version: 1	ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	

RELACION DE FACTURAS CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO NIT 900134576 PARA PAGO POR CONTRATO No. 066-5-200102-25

No. RADICACION 3096 DEL 13 DE MAYO DE 2026. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS.CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO 066-5-200102-25 Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	FE1V644595	28/04/2026	MIA GOMEZ GUTIERREZ	1086551740	Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	32800	N/A	0	N/A	32800	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FE1V644607	28/04/2026	OMAR VIVEROS ESTRELLA	12975328	**VACUNACION CONTRA INFLUENZA	8200	N/A	0	N/A	8200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FE1V644608	28/04/2026	ANDERSON GOMEZ ARCOS	1086548555	**VACUNACION CONTRA INFLUENZA	16400	N/A	0	N/A	16400	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FE1V644612	28/04/2026	JOHANA BAZANTE SILVA	59589123	**VACUNACION CONTRA INFLUENZA	16400	N/A	0	N/A	16400	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FE1V644686	29/04/2026	TIRSO BAZANTE CERON	1808167	**VACUNACION CONTRA INFLUENZA	8200	N/A	0	N/A	8200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FE1V644695	29/04/2026	JULIETA VILLABON PALACIOS	1086550575	**VACUNACION CONTRA INFLUENZA	8200	N/A	0	N/A	8200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FE1V644707	29/04/2026	ANCIRA ARCOS DE GOMEZ	27103172	**VACUNACION CONTRA INFLUENZA	8200	N/A	0	N/A	8200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FE1V644708	29/04/2026	HONORIO GOMEZ MESIAS	5211407	**VACUNACION CONTRA INFLUENZA	8200	N/A	0	N/A	8200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
						106.600		**0**		**106.600**		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DE NARIÑO
MUNICIPIO DE SAN BERNARDO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO
NIT. 900.134.576-0

CUENTA DE COBRO No. 26058

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
NIT: 805.022.186-6

DEBE A:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO
NIT. 900.134.576-0

LA SUMA DE: ciento seis mil seiscientos pesos m/l ($ 106.600)

POR CONCEPTO DE: aplicación de vacunas a miembros activos y beneficiarios de la Policía Nacional, correspondiente al periodo del 16 al 31 de abril de 2026.

San Bernardo, mayo 8 de 2026.

CARMEN YOLY DELGADO RIVERA
Gerente E.S.E. Centro de Salud San Bernardo

fq 206
Sisf 40626
Cont 717

NOTA: El valor favor consignarlo a la cuenta corriente No. 106169997660, Empresa Social del Estado Centro de Salud San Bernardo, Banco DAVIVIENDA.

ORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

umero de Pre -Radicado	753811	Fecha Pre-Radicado	5/7/2026 7:49:12 AM
ombre de la Entidad	ESE CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO	Vlr Ini de Cargue	$106,600
antidad de Facturas Registradas	8	Vlr Fin de Cargue	$106,600.00
ASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD RASES4		

cepto que los valores y datos registrados en los RIPS, son los mismos que se encuentran en las facturas, conforme a la normatividad vigente

REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DE NARIÑO
MUNICIPIO DE SAN BERNARDO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO
NIT. 900.134.576-0

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
NIT: 805.022.186-6

RELACION DE FACTURAS No. 26058

16 A 31 DE ABRIL DE 2026

N° FACTURA	IDENTIFICACION	NOMBRE	VALOR
FE1V644595	1086551740	GOMEZ GUTIERREZ MIA VICTORIA	32,800
FE1V644607	12975328	VIVEROS ESTRELLA OMAR ALEJANDRO	8,200
FE1V644608	1086548555	GOMEZ ARCOS ANDERSON	16,400
FE1V644612	59589123	BAZANTE SILVA JOHANA ELIZABETH	16,400
FE1V644686	1808167	BAZANTE CERON TIRSO ARMANDO	8,200
FE1V644695	1086550575	VILLABON PALACIOS JULIETA MARTINA	8,200
FE1V644707	27103172	ARCOS DE GOMEZ ANCIRA	8,200
FE1V644708	5211407	GOMEZ MESIAS HONORIO FERNANDO	8,200
TOTAL			**106,600**

Centro de Salud San Bernardo E.S.E.	REPUBLICA DE COLOMBIA – DEPARTAMENTO DE NARIÑO MUNICIPIO DE SAN BERNARDO – NARIÑO **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO** **NIT. 900.134.576-0**	

LA SUSCRITA GERENTE DEL CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO E.S.E. DE SAN BERNARDO

C E R T I F I C A:

Que, El Centro de Salud San Bernardo Empresa Social del Estado E.S.E., del Municipio de San Bernardo, con NIT 900134576-0, se encuentra al día en el pago de aportes a Seguridad Social y Aportes Parafiscales del personal de nómina del Centro de salud en el mes de abril de Dos Mil Veintiséis (2026).

Para constancia se firma en el Municipio de San Bernardo, a los cuatro (04) días del mes de mayo de Dos Mil Veintiséis (2026).

CARMEN YOLY DELGADO RIVERA
Gerente E.S.E.

ELIANA MABEL BOLAÑOS
Contadora