**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO**

**GS-2026- 060045 -DEATA / GASIS – SEADI – 20.1**

Soledad, 14 de junio de 2026

Señor mayor
CESAR LEONARDO VELASQUEZ RIOS
Jefe Unidad Prestadora de Salud Atlántico (E)
Avenida Circunvalar 24-145 Barrio El Parque
Soledad – Atlántico

**ASUNTO:** informe de supervisión del Contrato No 104-8-20095-26

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO X O FINAL _____**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **14/05/2026** | **Hasta** | **13/06/2026** |

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 comunicación oficial No GS-2026-047147-DEATA de fecha de 14 de mayo de 2026, el señor mayor JOHON SANTANDER HERNANDEZ HERRERA, obrando en calidad de ordenador del gasto de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico, nombró como supervisor del contrato en asunto a la señora subintendente YULIETH ANDREA CORREA MARTNIEZ.

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

1. Informe de supervisión del periodo correspondido entre 14-05-2026 hasta 13-06-2026 presentado mediante comunicado oficial en tramite.

## Información del contrato

| | |
|---|---|
| **Contrato No.** | 104-8-20095-26 |
| **Objeto del Contrato** | SUMINISTRO DE HEMODERIVADOS Y CELULAS REACTIVAS PARA EL SERVICIO DE GESTION PRETRANSFUNSIONAL PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL COMPLEMENTARIO – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8. |
| **Contratista** | BANCO NACIONAL DE SANGRE SAS |
| **Representante legal** | LISBETH ROSA RICAURTE BARRERA |
| **Valor inicial del contrato** | $37.475.000,00 |
| **Valor adiciones del contrato** | N/A |
| **Valor total del contrato** | $37.475.000,00 |
| **Plazo de ejecución inicial** | SEIS (6) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato** | 14/05/2026 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)** | 30/11/2026 |
| **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

### 1.1 Acciones adelantadas:

Se adelanta la actividad de supervisión sin novedad en cuanto a su ejecución, cumpliendo con las condiciones establecidas, tales como oportunidad de suministro de Hemoderivados.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Cumplir con el objeto contractual; en forma oportuna en las condiciones consagradas en el presente en el contrato y en los estudios previos que forman parte integral del mismo. | SI | N/A |
| Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales. Evitando dilaciones y trabas. | SI | N/A |
| Responder en los plazos que la Regional de aseguramiento en Salud No.8 establezca en cada caso los | SI | N/A |
| El Contratista deberá legalizarlo dentro de los tres (3) días hábiles posteriores al retiro de la documentación de la oficina de contratos de la Regional de aseguramiento en Salud No.8 Si el adjudicatario no suscribe el contrato correspondiente dentro del término señalado la entidad estatal mediante acto administrativo debidamente motivado podrá contratar dentro de los quince (15) días siguientes al proponente calificado en segundo lugar siempre y cuando su propuesta sea igualmente favorable para la entidad. | SI | N/A |
| Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil. Penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. | SI | N/A |
| No acceder a peticiones o amenazas de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho. El CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de aseguramiento en Salud No.8 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | N/A |
| Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. | SI | N/A |
| Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993. Así mismo. Será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. | SI | N/A |
| Aceptar las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones, oficios, avisos y demás actos proferidos por la Regional de aseguramiento en Salud No.8 al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato, cámara de comercio. etc. | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| Acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta el supervisor del contrato. | SI | N/A |

## CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TECNICAS

| ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Facturar los servicios prestados acorde a las tarifas ofertadas. | SI | N/A |
| Informar a la Regional de aseguramiento en Salud No.8 y al supervisor del contrato aquellos aspectos que puedan afectar la normal ejecución del mismo, indicando a la vez el plan de contingencias para continuar prestando el servicio sin contratiempos. | SI | N/A |
| Presentar informe mensual los primeros 05 (cinco) días de cada mes a la oficina de laboratorio clínico (deata.upres-lab@policia.gov.co o lunibeth.rada@correo.policia.gov.co ) en donde se relacione: Valor facturado en el mes; valor total de ejecución del contrato; porcentaje ejecución del contrato y saldo. A su vez se debe informar cuando se haya ejecutado el 70% del presupuesto del contrato. | SI | N/A |
| Garantizar la calidad de los hemocomponentes de acuerdo a la normatividad establecida. | SI | N/A |
| Garantizar el transporte de hemoderivados durante las 24 horas hasta la Unidad Prestadora De Salud Atlantico sin ningún costo adicional a las tarifas pactadas con el contratista, garantizando el mantenimiento de cadena de frio de acuerdo a los protocolos descritos por norma para cada hemoderivado. El Suministro de los hemoderivados incluye transporte sin costo adicional | SI | N/A |
| Garantizar la entrega de hemoderivados con fechas de vencimiento 20 a 30 días dentro de las instalaciones de la upres atlántico. | SI | N/A |
| Garantizar la entrega de hemoderivados en un tiempo máximo a dos horas en casos de CÓDIGO ROJO y así prestar atención oportuna al servicio. | SI | N/A |
| Proveer un medio de comunicación como teléfono directo o celular que garantice una comunicación oportuna para la solicitud de hemoderivados no disponibles en Stock como para asesoría en casos especiales. | SI | N/A |
| Garantizar el recambio de hemoderivados GRE que por algún motivo sean solicitadas al banco de sangre, y que no sean transfundidos por baja rotación o por tener fecha próxima a vencerse. | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| Apoyar a la Unidad Prestadora de Salud para la consecución de hemoderivados con otro banco en caso que por alguna circunstancia el Banco de sangre contratado no disponga de éste. | SI | N/A |
| Prestar Asesoría técnica permanente que permita un manejo adecuado de los productos sanguíneos | SI | N/A |
| Brindar asesoría al laboratorio de la Unidad Prestadora De Salud en las discrepancias de hemoclasificacion (subgrupos y anticuerpos irregulares de compleja identificación) de las pruebas cruzadas de los hemocomponentes suministrados respecto de los pacientes receptores. | SI | N/A |
| Recibir la solicitud de hemoderivados mediante cualquier mecanismo disponible en el momento ya sea por telefónico fax o en su defecto correo electrónico que garanticen una atención oportuna. | SI | N/A |
| Suministrar los componentes sanguíneos sin ningún requisito de donantes. | SI | N/A |
| El contratista deberá expedir paz y salvo al momento de terminación de la ejecución del contrato en el cual conste la no existencia de la facturación pendiente por radicar en la Regional de aseguramiento en Salud No.8 y que encuentra apto para la liquidación del Contrato. | SI | N/A |
| Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993 y las relacionadas con las de carácter ambiental, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. | SI | N/A |
| La entidad contratada prestará los servicios acorde a las condiciones pactadas en el contrato a celebrar cumpliendo con la oportunidad de entrega de los hemoderivados y células de rastreo previa solicitud del Laboratorio clínico. | SI | N/A |
| La atención de los eventos adversos prevenibles o evitables generados durante la atención entendido como “el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del usuario” correrán por cuenta del prestador. | SI | N/A |
| Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| no cumplan con las anteriores condiciones. no serán pagados por el contratante. | | |
| Permitir al supervisor técnico de la Unidad Prestadora De Salud el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los suministros hemoderivados como; así mismo permitirle el acceso al banco de sangre cuando se requiera de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento de calidad y control para el cumplimiento del objeto contractual. | SI | N/A |

**2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA:**

Sin novedad

**3 AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:**

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (30) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (168) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

**4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

Los pagos se realizarán en mensualidades vencidas, dentro de los 60 días calendario siguientes a la radicación de la factura, (SEGÚN GUÍA F-DI-14 MANUAL DE USUARIO – MODULO RECECCION FACTURA ELECTRÓNICA-MINHACIENDA, Las publicaciones realizadas, con la constancia de recibo a satisfacción del servicio, suscrita por el supervisor del contrato, previa presentación de los documentos más adelante relacionados a la central de cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO, de acuerdo al turno y a la programación del Plan Anual de caja (PAC).

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

**NOMBRE BENEFICIARIO:** BANCO NACIONAL DE SANGRE SAS
**BANCO:** BANCOLOMBIA
**TIPO DE CUENTA:** CUENTA CORRIENTE
**NÚMERO DE CUENTA:** 54829879532

**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 | 37,475,000.00 | 100.00 |
| Valor total de las entregas | 4,292,400.00 | 11.45 |
| Valor total facturado | 4,292,400.00 | 11.45 |
| Valor facturado pendiente de pago | 4,292,400.00 | 11.45 |
| Valor pagado | - | 0.00 |
| Valor pendiente de | 33,182,600.00 | 88.55 |

entrega

| a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. De acta o constancia de recibido** | **Valor recibido** | **Fecha de recibido** | **Valor facturado** | **No. Factura** | **Valor pagado** | **Valor deducciones** | **No. Orden de pago** |
| No 01 | $4.292.400,00 | 14/05/2026 al 13/06/2026 | $4.292.400,00 | No 01 | Pendiente | Pendiente | Pendiente |

**4.2 Entrada de Bienes:**

- No Aplica

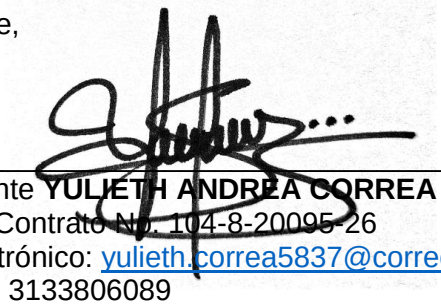
**5. RECOMENDACIONES:**

- No Aplica

**6. CONCLUSIONES**

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

Atentamente,



Firma_____

Subintendente **YULIETH ANDREA CORREA MARTINEZ**
Supervisor Contrato No. 104-8-20095-26
Correo electrónico: yulieth.correa5837@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3133806089