**N° GS-2026** 102082 **- DENOR**

San José de Cúcuta, 5 de enero de 2026

Señor Teniente Coronel
**ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 5
Calle 60 No 27-82 Barrio Conucos
Bucaramanga.

Asunto: informe de supervisión del contrato No. 68-7-200182-25

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO ___ O FINAL X___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **09/09/2025** | **Hasta** | **15/12/2025** |

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. Comunicación Oficial No. GS-2025-016232-REGI5 del 10/09/2025, la señora Teniente Coronel ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHORQUEZ, obrando en calidad de Jefe de Regional de Aseguramiento No. 5, notifica como supervisor del contrato No. 68-7-200182-25 a la señora Patrullera CLAUDIA JOHANNA BAUTISTA PARADA Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL

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

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

  - Informe de supervisión del mes de septiembre, periodo comprendido entre 09/09/2025 al 30/09/2025, presentado mediante comunicación oficial N° GS-2025-212630-DENOR.
  - Informe de supervisión del mes de octubre, periodo comprendido entre 01/10/2025 al 30/10/2025, presentado mediante comunicación oficial N° GS-2025-212634-DENOR.
  - Informe de supervisión del mes de noviembre, periodo comprendido entre 01/11/2025 al 30/11/2025, presentado mediante comunicación oficial N° GS-2025-051708-DENOR.

- Informe de supervisión del mes de diciembre, periodo comprendido entre 01/12/2025 al 15/12/2025, presentado mediante comunicación oficial N° GS-2025-051713-DENOR.

| | |
|---|---|
| **Contrato No.** | 68-7-200182-25 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | "COMPRA, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, ESPRI UNIDAD MEDICA CUCUTA-GRUPO 4. ESPECIFICAMENTE EL EQUIPO DE RAYOS X PORTATIL." |
| **Contratista** | PROMEDCO S.A |
| **Representante legal** | DANIEL ALEJANDRO NATALE MACHADO |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $533.000.000 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | no aplica |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $533.000.000 |
| **Plazo de ejecución inicial** | TRES (03) MESES Y (7) SIETE DIAS 10/09/2025 al 15/12/2025 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 09/09/2025 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 15/12/2025 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No aplica |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No aplica |
| **Adiciones** | No aplica |
| **Modificatorios** | No aplica |
| **Prorrogas** | 1 Adición 17 días hasta 31/10/2025<br>1 Adición 45 días hasta 15/12/2025 |
| **Otros** | No aplica |

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

- Durante este periodo de tiempo no se presentó ninguna novedad cumplimento a satisfacción con el objeto contractual.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplió con las actividades acordadas en la agenda de actividades, para la prestación de los servicios | SI | Cumple a Satisfacción |

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIO | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | |

| | | |
|---|---|---|
| Cumplió con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes | SI | Cumple a Satisfacción |
| Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICIA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres | SI | Cumple a Satisfacción |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. | X | | Cumple a satisfacción |
| 2 | En el caso de presentarse suplantaciones o novedades con los usuarios, el Contratista deberá informar de manera inmediata a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DE SALUD N°5 El contratista deberá rendir informe estadístico cada vez que presente cuentas, consolidado en un archivo plano totalmente diligenciado, el cual debe estar en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: número consecutivo, nombres y apellidos, número de identificación, fecha de la presentación del servicio, código, diagnostico (CIE-10), procedimiento, código ISS del procedimiento, fecha, número y valor de la factura entre otros. Así mismo debe anexar con cada factura archivo RIPS en medio magnético del número de procedimientos realizados y de su costo. | X | | Cumple a satisfacción |
| 3 | Cumplió con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes. | X | | Cumple a satisfacción |

## 2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

-No se facturó en el mes de SEPTIEMBRE toda vez que la entidad solicitó una prórroga de 17 días hasta el 31/10/2025 y a su vez se envió mediante comunicación oficial GS-2025-179403-DENOR.

- No se facturó en el mes de OCTUBRE toda vez que la entidad solicitó una prórroga de 45 días hasta el 15/12/2025 y a su vez se envió mediante comunicación oficial GS-2025-193345-DENOR.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (97) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (0) días para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento No. 5 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento No. 5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de los cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato. Todos los pagos a que se compromete la Regional de Aseguramiento No. 5 serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

### 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 | $ 533.000.000 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 533.000.000 | 100% |
| Valor total facturado | $ 533.000.000 | 100% |
| Valor facturado pendiente de pago | $0 | %0 |
| Valor pagado | $ 533.000.000 | 100% |
| Valor pendiente de entrega | $0 | %0 |

**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 do | Valor pagado | Valor deducciones | No. orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | $533.000.000 | 09/09/2025 al 15/12/2025 | $533.000.000 | N/A | $533.000.000 | 0 | 539629025 |

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

### 5. RECOMENDACIONES

Continuar cumpliendo con el objeto del contrato en lo relacionado con las funciones de la profesional.

### 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,


Patrullera CLAUDIA JOHANNA BAUTISTA PARADA
Supervisora Contrato No. 68-7-200182-25
claudia.bautista4412@correo.policia.gov.co
Celular: 3103011411