**No. GS-2026-111356-DENOR-UPRES**

San José de Cúcuta 20 de Mayo 2026

Señora Teniente Coronel
ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHÓRQUEZ
Jefe Regional Aseguramiento Nro. 5.
Transversal 154 # 24-145 Local 10
Conjunto Residencial Vista Azul Campestre Barrio El Bosque
Floridablanca-Santander

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato **Nro. 068-5-200021-26**

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO X O FINAL**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **20/04/2026** | **Hasta** | **20/05/2026** |

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:**

- Mediante comunicado oficial No. GS-2025-060734-DESAN, la Señora Teniente Coronel ANDREA CAROLINA CONTRERAS BOHÓRQUEZ obrando como Jefe de regional de aseguramiento en salud No. 5 nombró como supervisor del contrato al señor Subintendente NEIFER DE JESUS MORENO MARTINEZ.

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

  **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 01**

  - Informe de supervisión No. 1 periodo comprendido entre el 20/03/2026 al 20/04/2026, presentado mediante comunicado oficial GS-2026-081438-DENOR

**Información del contrato**

| | |
|---|---|
| **Contrato No.** | 068-5-200021-26 |
| **Objeto del Contrato** | "LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS NIVEL I Y II DE COMPLEJIDAD INCLUYE ATENCION MEDICA Y ODONTOLOGICA, AMBULATORIA, DOMICILIARIA, URGENCIAS, HOSPITALARIA, CONSULTA MEDICA EXTERNA GENERAL, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA (PEDIATRIA, GINECOLOGIA Y MEDICINA INTERNA), APOYO DIAGNOSTICO, COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, SERVICIO DE REHABILITACION, SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS DE IMAGENOLOGIA, Y TRANSPORTE DE PACIENTES EN VEHÍCULO TIPO AMBULANCIA TAB DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL I,II ) SEGÚN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICIA RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE CHINACOTA, DURANIA, BOCHALEMA, TOLEDO, LABATECA, RAGONVALIA Y LOS CORREGIMIENTOS DE LOS MISMOS EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER", |
| **Contratista** | E.S.E HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL |
| **Representante legal** | KATHERINE CALABRO GALVIS |
| **Valor inicial del contrato** | $ 21.250.000 |
| **Valor adiciones del contrato** | No aplica |
| **Valor total del contrato** | $ 21.250.000 |
| **Plazo de ejecución inicial** | 04 Meses |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato** | 20/03/2026 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)** | 15/07/2026 |
| **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** | No aplica |
| **Reducciones** | No aplica |
| **Sustitución** | No aplica |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

### 1.1 Acciones adelantadas:

- ✓ Se realizó seguimiento al cumplimiento del objeto contractual de acuerdo a lo establecido en minuta
- ✓ Cumplimiento en agendamiento de acuerdo a la oportunidad ofertada.
- ✓ Verificación pago de aportes parafiscales para la radicación de cuenta.

**2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplió cabalmente con las obligaciones frente al sistema de seguridad social (Salud, pensiones y ARL) | SI | Se realiza verificación de la planilla de pago de salud, pensión y ARL |

**CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra) | | |
| • La entidad debe ofrecer oportunidad y capacidad instalada para la atención de usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía, así mismo diferentes, mecanismos para la asignación de citas y procedimientos. Prestación de servicios con el personal profesional capacitado<br>• Se realizaron consulta y procedimientos conforme a las contempladas en el contrato.<br>• Certificado de Auditoria de Cuentas medicas | SI | El contratista, cumplió con todo el proceso requerido dentro del objeto del contrato. |

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

No presento novedades cumplió con todas las obligaciones y responsabilidades asignadas

**3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 114**

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido sesenta y dos (62) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando cincuenta y seis (56) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

**4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

Todos los pagos a que se compromete La Regional de Aseguramiento Nro.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.

PARAGRAFO PRIMERO: Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS ASI:

Enviar la facturación los diez (10) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Norte de Santander, ubicada en la calle 22N Nro. 2-03 Barrio Tasajero de la ciudad de Cúcuta, con los siguientes soportes:

**1.1. 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 | $ 21.250.000,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 5.063.100,00 | 24% |
| Valor total facturado | $ 5.063.100,00 | 24% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 5.063.100,00 | 24% |
| Valor pagado | $ - | 0% |
| Valor pendiente de entrega | $ 21.250.000,00 | 100% |

| **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** |
| 01 | $ 5.063.100 | 15/05/2026 | $ 5.063.100 | 02 | En tramite | 0,00 | - |

## 5. RECOMENDACIONES

- ✓ El contrato se ha ejecutado sin ninguna novedad.

## 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,



_____

Subintendente **NEIFER DE JESUS MORENO MARTINEZ**
Responsable de Archivo Clínico y Gestión Documental UPRES DENOR
Supervisor Contrato No. 068-7-200021-26
Correo electrónico: neifer.moreno5665@correo.policia.gov.co
Celular: 3124234800