GS-2026-234100-DEANT/ UPRES – GUSAP– 20.1

Envigado, 16 de julio de 2026

Señora mayor
YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°6 (E)
Envigado

ASUNTO: informe de supervisión del contrato 65-5-20061-26 – junio

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X___ O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**15/06/2026**	**Hasta**	**14/07/2026**

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-2026-011900-REGI6 de fecha 15 de mayo del 2026, la señora Jefe Regional de Aseguramiento en Salud 6, nombró como supervisor del contrato u orden de compra al señor responsable de Servicio de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia o quien haga sus veces como supervisor del contrato 65-5-20061-26.
- Mediante comunicación oficial No. 65-5-016454-26-DEANT de fecha 30 de junio del 2026, el señor IJ. JESÚS MARÍA FLÓREZ SÁNCHEZ solicita a la señora Jefe Regional de Aseguramiento en Salud 6, nombrar como supervisora del contrato u orden de compra a la señora PT. KAREN MILDREY CUARTAS MARTINEZ RESPONSABLE RECEPCION Y TRAMITE DE INFORMACION EN SALUD o quien haga sus veces como supervisor del contrato 65-5-20098-26

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

  - **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 1**

  - Informe de supervisión N°GS-2025- 201256 -DEANT mes de mayo.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

Contrato No. / Orden de compra No.	**65-5-20189-25**

Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, URGENCIAS, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE BAJA COMPLEJIDAD, COMO TAMBIÉN EL SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS - ANTIOQUIA.**
Contratista	**E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL - SAN PEDRO DE LOS MILAGROS**
Representante legal	**E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL - SAN PEDRO DE LOS MILAGROS**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**$4.080.000,00**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**$0.00**
Valor total del contrato u orden de compra	**$4.080.000,00**
Plazo de ejecución inicial	**138 DIAS**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**15/05/2025**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**30/09/2026**
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
Otros	NO APLICA

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

1.1 Acciones adelantadas:

La supervisión deberá realizar un resumen cronológico de las actuaciones adelantadas en ejercicio de las funciones, debiendo plasmar datos de relevancia, como por ejemplo fechas, números de oficios, números de actas, mensajes de correo electrónico, documentos que den cuenta de las actuaciones adelantadas entre otras.

- Se deja constancia de la revisión de las obligaciones del contratista y la supervisión del contrato, en la cual se recordó por parte de la supervisión al contratista las fechas de entrega de las facturas, toda vez que es necesaria esta actividad, ya que se requiere ejecutar el valor del contrato, se le recuerda las fechas para la entrega de las misma.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Mantener activa la cuenta corriente o de ahorro reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
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 esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	NINGUNA
Se tendrá como tarifa referencia las estipuladas en el manual tarifario SOAT VIGENTE, al momento de la prestación del servicio, sin ser estas excluyentes para la selección del mismo, acogiéndose y cumpliendo con la oferta presentada dentro del proceso de contratación.	SI	NINGUNA
El Contratista deberá sostener los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato.	SI	NINGUNA
El Contratista debe garantizar que el servicio prestado sea acorde con lo contratado con la Regional de Aseguramiento en Salud N°6.	SI	NINGUNA
Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este		

documento debe estar a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud N.6, con el respectivo NIT 811032059 y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.	SI	NINGUNA
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.	SI	NINGUNA
El Certificado de Parafiscal debe de estar dirigido a Regional de Aseguramiento en Salud N.6, con fecha al día, informando que la entidad se encuentra a paz y salvo, firmado por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal.	SI	NINGUNA
El contratista deberá cumplir con la circular externa 016 del 9 de marzo de 2021 sistema integrado de información financiera SIIF nación, del ministerio de hacienda, referente al proceso de recepción de facturas electrónicas de venta, notas débito y notas crédito.	SI	NINGUNA
Atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo (no practicantes) para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	SI	NINGUNA
La facturación se debe presentar por cada una de las atenciones, no se permiten facturas globales de multiusuario, se debe presentar una a una con número de factura aprobado por la DIAN ya que cada atención constituye un título valor independiente.	SI	NINGUNA
Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente, en la Oficina de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 6 ubicada en el cuarto piso de la Regional de Aseguramiento en Salud N. 6, Cra. 43 Nro. 48 C sur – 45 B/ Primavera del Municipio de Envigado.	SI	NINGUNA
Los medicamentos que se contratarán con la entidad serán los establecidos en el Acuerdo 080 CSSMP del 27 de mayo de 2022; para la entrega de los medicamentos de Nivel ALTO, se realizara con previa autorización del Jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO, anexando formula expedida por el especialista.	SI	NINGUNA
Los medicamentos que se suministren y dispensen a los usuarios afiliados al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, deben de ser de buena calidad, certificados por el INVIMA, y normas de buenas prácticas de manufactura, con una oportunidad máxima de TREINTA (30) minutos, luego de la solicitud por parte del usuario.	SI	NINGUNA
La entidad a contratar, deberá garantizar la atención para el suministro y dispensación de medicamentos en el municipio, los días hábiles con un horario mínimo de atención de 8 horas.	SI	NINGUNA
El contratista garantizará que los medicamentos mantendrán sus características de calidad, teniendo en cuenta las condiciones de almacenamiento indicadas por el fabricante, durante el periodo de vida útil.	SI	NINGUNA
Brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	SI	NINGUNA
Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera.	SI	NINGUNA
Ejercer su profesión con moral y ética.	SI	NINGUNA
Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requieran.	SI	NINGUNA
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 patrimonialmente 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	NINGUNA
Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y en trabamientos que puedan presentarse.	SI	NINGUNA
Es obligación del contratista cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral.	SI	NINGUNA
Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	SI	NINGUNA
El contratista se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).	SI	NINGUNA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes.	SI	NINGUNA
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (Acuerdo 002 de 2001CSSMP y subsiguientes), observando las normas propias de su profesión actividad u oficio.	SI	NINGUNA
Participar en la definición, estandarización y actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, promoción, prevención y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios.	SI	NINGUNA

Participar en el diseño, implantación, ejecución y evaluación de los programas en salud ocupacional, salud operacional, medicina del trabajo, atención, promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación según sus competencias y área de desempeño.	SI	NINGUNA
Cuando del ejercicio de su profesión conozca casos de Abuso Sexual, El contratista deberá garantizar, la atención y seguimiento a pacientes (niños, adolescentes y adultos) víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por la Secretaría Seccional de Salud.	SI	NINGUNA
PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DEBERÁ: Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo o la Administradora de Riesgos Laborales. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.	SI	NINGUNA

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)		
Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la DIRECCIÓN DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 6, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual tendrá fecha de suscripción la misma en que se inicie el contrato.	SI	NINGUNA
Rendir los informes que la Dirección de Sanidad-Regional de Aseguramiento en salud 6, requiera dentro de los plazos determinados.	SI	NINGUNA
Llevar los registros de atención diaria, procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	SI	NINGUNA

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	$4.080.000,00	100%
Valor total de las entregas		
Valor total facturado	$0,00	0,00%
Valor facturado pendiente de pago		
Valor pagado		
Valor pendiente de entrega	$0,00	0,00%

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 deducciones	No. orden de pago

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

2. 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 (78) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

3. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago se realizará dentro de los 30 días calendario una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por la Dirección de Sanidad – Unidad Prestadora de Salud Antioquia, de acuerdo al derecho a turno y programación del plan anual de caja (PAC).

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

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

4. **RECOMENDACIONES**

Enviar a radicar facturación de las atenciones realizadas mes a mes y realizar un buen seguimiento a la ejecución presupuestal con el fin de evitar se sobre ejecute el presupuesto asignado para cada vigencia.

Antes de cada atención ambulatoria confirmar que tenga la autorización realizada por el área encargada de la Regional de Aseguramiento N°6.

5. 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_____
Patrullero KAREN MILDREY CUARTAS MARTINEZ
Supervisor
Contrato Karen.cuartas@correo.policia.gov.co