No. GS-2026- 178531 - DETOL - ESPRI - BANOP – 20.1

San Luis 08 de gosto de 2026

Señor teniente coronel
EDWIN PUENTES GUZMAN
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2
Neiva Huila

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 85-5-20109-26

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **08/07/2026** | **Hasta** | **08/18/2026** |

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-2026-014002-REGI2 del 08/07/2026, el señor Teniente Coronel EDWIN PUENTES GUZMAN, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°2, nombró como supervisor del contrato del asunto al señor intendente jefe WILMAN JERARDO MONTAÑEZ jefe del ESPRI BANOP

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0**

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No.** | 85-5-20109-26 |
| **Objeto del Contrato** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.2 EN EL MUNICIPIO DE COELLO EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA |
| **Contratista** | NOMBRE: Hospital Nuestra Señora del Rosario de Chiquinquirá E.S.E<br>NIT: 809.002.097-8 |
| **Representante legal** | GERENTE: Juan Jose Murillo Calderon<br>DOC. IDENTIDAD: C.C. 1.105.688.235 del Espinal Tolima<br>CIUDAD NOTIFICACIÓN: Coello Tolima<br>DIRECCIÓN: calle 4 No 1-37 barrio la virgen<br>TELEFONO: 3045844825<br>CORREO: gerencia@esecsc-coello-tolima.gov.com |
| **Valor inicial del contrato** | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($4.281.977,00) |
| **Valor adiciones del contrato** | NO APLICA |
| **Valor total del contrato** | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($4.281.977,00) |
| **Plazo de ejecución inicial** | CINCO MESES (5) Y VEINTICINCO (25) DIAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato** | 08 DE JULIO DE 2026 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)** | 31 DE DICIEMBRE DE 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:

NO APLICA

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| | OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con el objeto contractual. | SI | NINGUNA |
| 2 | El **CONTRATISTA** debe cumplir con las especificaciones técnicas mínimas exigidas en el presente proceso de contratación | SI | NINGUNA |
| 3 | Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule | SI | NINGUNA |
| 4 | 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 |
| 5 | 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 | NINGUNA |
| 6 | 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 N°2 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias | SI | NINGUNA |
| 7 | 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 | NINGUNA |
| 8 | Para la facturación de los bienes o 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 debito y/o crédito 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 000042 del 05 de mayo de 2020 “Por la cual se desarrollen los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos” y el registro de la factura electrónica de venta | SI | NINGUNA |
| 9 | Dar cumplimiento a la Resolución 971 de 2021 “Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, tramite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer efectivo del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia” y el instructivo 011 DISAN-PLANE-70 del 12/12/2023, cuando se llegue a presentar casos que requieran este tipo de atención | SI | NINGUNA |
| 10 | Brindar atención preferencial a la primera infancia, infancia, adolescencia y gestantes; población desplazada, víctimas de violencia y conflicto armado, población adulto mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en situación de discapacidad en todos los servicios asistenciales y administrativos de conformidad con el Instructivo 002 DISAN-PLANE-70 del 30/04/23. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad | SI | NINGUNA |
| 11 | Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos hospitalarios de BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD | | |
| 12 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe | SI | NINGUNA |
| 13 | El oferente deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones. Las tarifas ofertadas se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | con lo decretado por el Gobierno Nacional y la tarifa que hayan pactado las partes | | |
| 14 | Una vez sean actualizados los precios de medicamentos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de las entidades, esta, deberá presentar informe detallado donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo, las nuevas tarifas se aplicarán una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima previa revisión de auditoria médica y se notifiquen a las entidades. | SI | NINGUNA |
| 15 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales | SI | NINGUNA |
| 16 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. En archivo Excel | SI | NINGUNA |
| 17 | Para la autorización del servicio, debe presentarse documento de identificación en original | SI | NINGUNA |
| 18 | según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, por lo tanto, si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima a los correos detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co. para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima a los correos detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co, por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 los correos detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co, para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio | SI | NINGUNA |
| 19 | Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente | SI | NINGUNA |
| 20 | El contratista se compromete a no continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, salvo en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo a las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud y conforme a los valores de los servicios contratados en la presente minuta previo cumplimiento a los requisitos exigidos en la Resolución 162 del 2024 “Por la cual se establecen en el Sistema de Salud de la Policía Nacional las directrices para el reconocimiento y pago de cuentas de servicios de salud, ocasionados por atenciones de urgencias y se dictan otras disposiciones” los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones no serán pagados por el CONTRATANTE | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21 | **El oferente debe dar a conocer a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima las Guías de manejo institucionales** | SI | NINGUNA |
| 22 | El oferente DEBE SUMINISTRAR A LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 -UPRES Tolima DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 – UPRES Tolima o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la** Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima **la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional)** | SI | NINGUNA |
| 23 | El oferente debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el trámite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, teniendo en cuenta que dicha autorización tiene vigencia (06) meses calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por e contratante | SI | NINGUNA |
| 24 | E oferente no atenderá pacientes que no cuenten con la debida autorización vigente por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.2-UPRES Tolima | SI | NINGUNA |
| 25 | Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar**.** | SI | NINGUNA |
| 26 | Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan | SI | NINGUNA |
| 27 | El PRESTADOR se compromete a recolectar y reportar mensualmente al Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co | SI | NINGUNA |
| 28 | Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y hospitalización, en caso de que estos hayan sido contratados por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud” | SI | NINGUNA |
| 29 | Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima | SI | NINGUNA |
| 30 | Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima para que esta genere la autorización | | |
| 31 | Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario; se deberá enviar reporte al correo detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co, los primeros 5 de cada mes | SI | NINGUNA |
| 32 | Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario; se deberá enviar reporte al correo detol.upres-alc@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co | SI | NINGUNA |
| 33 | Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo**.** El oferente debe dar cumplimiento a lo establecido en la **Resolución 2471 del 09 de diciembre de 2022** "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos para los programas de Prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en Salud IAAS y de Optimización del uso de Antimicrobianos -PROA y se dictan disposiciones para su implementación" y la **Resolución 609 del 07 de mayo de 2024** "Por medio de la cual se adopta el reglamento interno del Comité de Conciliación del Instituto Nacional de Salud -INS y se deroga la Resolución 0691 de 2023 | SI | NINGUNA |
| 34 | Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos | SI | NINGUNA |
| 35 | Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato | SI | NINGUNA |
| 36 | Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, este hecho | SI | NINGUNA |
| 37 | Solicitar autorización a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad | SI | NINGUNA |
| 38 | Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2-UPRES Tolima podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar | SI | NINGUNA |
| 39 | Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial | SI | NINGUNA |
| 40 | Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite la Regional de | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud | | |
| 41 | Informar oportunamente a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios | SI | NINGUNA |
| 42 | Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas | SI | NINGUNA |
| 43 | Informar cuando se presente a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente | SI | NINGUNA |
| 44 | Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011 | SI | NINGUNA |
| 45 | Permitir a La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa | SI | NINGUNA |
| 46 | El PRESTADOR permitirá que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos | SI | NINGUNA |
| 47 | Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen | SI | NINGUNA |
| 48 | Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones medicolegales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012 | SI | NINGUNA |
| 49 | El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de LA Regional de | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes | | |
| 50 | El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos | SI | NINGUNA |
| 51 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen | SI | NINGUNA |
| 52 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia | SI | NINGUNA |
| 53 | Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial | SI | NINGUNA |
| 54 | EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales | SI | NINGUNA |
| 55 | EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente | SI | NINGUNA |
| 56 | Garantizar la atención de recién nacidos | SI | NINGUNA |
| 57 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes y tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima o a cualquier tercero. Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada | | |
| 58 | No usar el nombre de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos | SI | NINGUNA |
| 59 | Toda excusa debe prescribirse según lo establecido en la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PERMANENTE No. 003/DIPON-DITAH 14.5 “Directrices para la expedición de registro de las excusas del servicio, incapacidad médica, licencia de maternidad, o aborto, para el control y seguimiento de personal excusado del servicio o con incapacidad medica” | SI | NINGUNA |
| 60 | Es obligación por parte del prestador publicar en la página de Contratación SECOP II ,(la información que le requiera la Regional de Aseguramiento en Salud No.2 | SI | NINGUNA |
| 61 | Acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad expedida por el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional | SI | NINGUNA |
| 62 | Se compromete a dar aplicabilidad y cumplimiento según le corresponda a la Resolución 441 del 28 de marzo del 2022 “Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”. Así mismo los lineamientos que dispone la DISAN y demás resoluciones que expidan el Ministerio de Salud y de la Protección Social que durante la ejecución del contrato sean de estricto cumplimiento | SI | NINGUNA |
| 63 | Garantizará la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el oferente se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y oferentes e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial | SI | NINGUNA |
| 64 | Prestar único y exclusivamente el servicio dispuesto mediante autorización escrita y firmada por el Medico de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. La solicitud de servicios ambulatorios se debe realizar al correo detol.upres-mun@policia.gov.co | SI | NINGUNA |
| 65 | El oferente se compromete que cuando el afiliado requiera por su patología, la atención en una Institución de complejidad y dicha patología esté cubierta por el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, el CONTRATISTA deber realizar el trámite de referencia y contrarreferencia según lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 con envío de la información al correo detol.upres-rem@policia.gov.co y teléfono 3505561170 | SI | NINGUNA |
| 66 | El oferente se compromete a suministrar en forma oportuna y por medio mas expedito a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las entidades de control y/o Autoridades Judiciales y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule UNIDAD PREESTADORA DE SALUD TOLIMA con ocasión de la ejecución del contrato, en un termino no superior a | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cinco (05) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial | | |
| 67 | El oferente se compromete que facturará los servicios de salud prestados de acuerdo a la clasificación utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), tarifas pactadas y en forma independientes los servicios prestados, presentar en medio magnético el soporte respectivo que permita el cargue de la información en los aplicativos de la Policía Nacional. Igualmente hacer entrega de RIPS según resolución 3374 del 2000, los cuales serán validados al momento de la radicación de la factura, en caso de presentar errores se debe realizar la corrección de los mismos en un máximo de 72 horas a partir del reporte. | SI | NINGUNA |
| 68 | El oferente se compromete que prestara servicios a los pacientes sospechosos y/o confirmación de COVID 19 según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, se incluyen atenciones para diagnóstico y tratamiento | SI | NINGUNA |
| 69 | El oferente se compromete que prestara el servicio de vacunación el cual incluye la vacunación contra el COVID 19 dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 109 de 2021 y demás normas que la adicionen o modifiquen en coordinación con la UPRES TOLIMA | SI | NINGUNA |
| 70 | El oferente se compromete a reportar al supervisor del contrato los indicadores de las Circulares Externas de la Supersalud 030 de 2006 y 056 -058 de 2009. Así como los indicadores de calidad en la prestación de servicios definidos en el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Así mismo lo indicara la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016 “por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad de salud “ | SI | NINGUNA |
| 71 | El oferente garantizara el suministro de método anticonceptivo post parto y post aborto en el ámbito hospitalario, dicha actividad debe quedar registrada en la historia clínica | SI | NINGUNA |
| 72 | El oferente reportará de forma mensual la base nominal de gestantes a los correos detol.upres@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co | SI | NINGUNA |
| 73 | El oferente realizara la atención para víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica, o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones medicolegales y los demás registros según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual según la resolución 459 de 2012 | SI | NINGUNA |
| 74 | El oferente diligenciara el formato de reporte de citologías y mamografías realizadas durante el mes y realizar el envío los primeros 5 días de cada mes a los correos detol.upres@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co en caso de reportes de citología y mamografías anormales se debe realizar reporte inmediato de los mismos | SI | NINGUNA |
| 75 | El oferente presentara un informe mensual al Arwa de promoción y mantenimiento a la salud a las casillas electrónicas detol.upres@policia.gov.co y detol.upres-gas @policia.govco que incluya lo siguiente: informe nominal mensual de usuarios vacunados en el periodo (VACUNA PAI Y VACUNA COVID-19)<br>**Informe mensual de estadísticas vitales:**<br>• Reporte de nacidos vivos mensual del municipio y cuantos controles prenatales le realizaron durante el embarazo<br>• REPORTE DE FALLECIDOS EN EL MIUNICIPIO<br>• Reporte de niños remitidos a exámenes de potenciales evocados auditivos de tallo a niños con factores de riesgo para hipoacusia<br>• Reporte de ecografías tomadas en las gestantes<br>• Reporte uroanálisis y urocultivo tomado a las gestantes | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • Reporte de toxoplasma IgG IgM tomados a la gestante (reportar de inmediato casos que requieren tes de habides o IgA toxoplasma o sean diagnosticados con toxoplasmosis en gestación<br>• Reporte de TSH alterados en nacidos vivos<br>• Reporte de incidencia sífilis congénita<br>• Reporte incidencia VIH vertical<br>• Números de citologías tomadas en el mes e informar resultados alterados de inmediato<br>• Número de pacientes con VIH, TBC, LEPRA, MALARIA, LEISHNANIASIS, en el mes (discrimine cada caso por separado)<br>• Numero de baciloscopia tomadas al mes y reporte X algún positivo<br>• Informe inmediato de eventos centinela<br>• Consultas de ruta cardio cerebrovascular (HTA, DM, ERC, FALLA CARDIACA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA) realizadas en el mes<br>• Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis)<br>• Tamizaje para cáncer de próstata<br>• Tamizaje para cáncer de colon<br>• Incidencia para hipertensión arterial<br>• Incidencia para diabetes<br>• Incidencia para dislipidemia<br>• Incidencia para obesidad<br>• Tamizaje de agudeza visual -por curso de vida (Carta Snellen)<br>• Numero de consultas primera infancia medicina y/o enfermería<br>• Número de consultas primera infancia odontología<br>• Número de consultas en primera infancia para la promoción y apoyo de la lactancia materna<br>• Casos formulados con micronutrientes en polvo durante el mes<br>• Casos formulados con suplementación con micronutrientes y hierro<br>• Casos formulados con a los que se les haya formulado desparasitación intestinal antihelmíntica<br>• Número de consultas infancia medicina y/o enfermería<br>• Número de consultas infancia odontología<br>• Tamizaje para anemia- Hemoglobina y hematocrito para niñas entre 10 y 13 años<br>• Educación en IRA-EDA en menor de 5 años<br>• Educación en autocuidado, pautas en crianza y puericultura en menores de edad de conformidad a AIEPI<br>• Número de consultas en adolescencia medicina y/o enfermería<br>• Número de consultas adolescencia odontología<br>• Numero de consulta juventud medicina y/o enfermería<br>• Número de consultas juventud odontología<br>• Numero de consulta adultes medicina y/o enfermería<br>• Número de consultas adultes odontología<br>• Numero de consulta vejez medicina y/o enfermería<br>• Número de consultas vejez odontología<br>• Reporte de pruebas rápidas treponémica por curso de vida<br>• Reporte de pruebas rápidas para VIH por curso de vida<br>• Numero de asesorías pre y post test VIH por curso de vida<br>• Número de consultas primera vez de anticoncepción por medicina y/o enfermería a mujeres<br>• Número de consultas primera vez de anticoncepción por medicina y/o enfermería hombres | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • Número de consultas control de anticoncepción por medicina y/o enfermería a mujeres<br>• Número de consultas control de anticoncepción por medicina y/o enfermería a hombres<br>• Numero de entrega anticonceptivos orales en mujeres<br>• Numero de entrega anticonceptivos de emergencia<br>• Mujeres con anticonceptivo hormonal implante subdérmico<br>• Mujeres con dispositivo intrauterino<br>• Numero de entrega preservativos<br>• Examen clínico de seno (anual) mujeres a partir de los 40 años<br>• Demanda inducida hacia el control prenatal<br>• Asistencia curso maternidad y paternidad<br>• Consulta primera vez en el embarazo<br>• Control prenatal por medicina general<br>• Control prenatal por enfermería<br>• Consultas de interrupción voluntaria del embarazo realizadas en el mes<br>• Consultas preconcepcionales realizadas en el mes (inicial y control)<br>• Consultas de puerperio realizadas en el mes<br>• Consultas de recién nacido realizadas en el mes | | |
| 76 | Informe mensual del área de odontología con lo que respecte a promoción y mantenimiento de is salud, de acuerdo al curso de vida<br><br>PRIMERA INFANCIA 1 MES A 5 AÑOS<br>Consulta de valoración<br>Control de placa bacteriana<br>Profilaxis<br>Aplicación de barniz de flúor<br>Sellantes<br><br>INFANCIA 6 A 11 AÑOS<br>Consulta de valoración<br>Control de placa bacteriana<br>Profilaxis<br>Aplicación de barniz de flúor<br>Sellantes<br><br>ADOLESCENCIA 12-17 AÑOS<br>Consulta de valoración<br>Control de placa bacteriana Profilaxis Aplicación de barniz de flúor<br>Sellantes<br>Detartraje<br><br>JUVENTUD 18-28 AÑOS<br>Consulta de valoración Control de placa bacteriana<br>Control de placa bacteriana<br>Profilaxis<br>Detartraje<br><br>ADULTEZ 29-50 AÑOS<br>Consulta de valoración<br>Control de placa bacteriana<br>Profilaxis<br>Detartraje<br><br>VEJEZ 60 AÑOS EN ADELANTE<br>Consulta de valoración | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Control de placa bacteriana<br>Profilaxis<br>Detartraje<br><br>MATERNAS PRIMER TRIMESTRE<br>Consulta de valoración<br>MATERNAS SEGUNDO TRIMESTRE<br>Consulta de valoración | | |
| 77 | El oferente garantizará la consulta de medicina general primera vez a 3 días de oportunidad | SI | NINGUNA |
| 78 | Es oferente dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N°2 | SI | NINGUNA |
| 79 | El oferente cuenta con el Sistema estructurado de referencia y contra referencia y atención al usuario, a fin de que una vez dado de alta (egreso hospitalario) o consulta (Inter consulta o remisión) por especialista se remitida le información de la atención brindada a los correos cetoluorescem@policia.gov.co, por lo tanto X el usuario no es portador de in autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central do autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud N°2 los correos detolupres-remi@policia.gov.co, para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio | SI | NINGUNA |
| 80 | Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, el proveedor deberá tramitar para estudio la aprobación ante el Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud (EIPS del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante de la IPS oferente diligenciará completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y remitiría a la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud N°2, para que ésta adelante el trámite ante el EIPS del nivel central No se admiten formatos institucionales del proveedor. Solo cuando al procedimiento o medicamento se requiera su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial a tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente a la central de autorizaciones. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida de los mismos | SI | NINGUNA |
| 81 | El oferente se compromete a que exista disponibilidad de camas en hospitalización general, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, a cargo del contrato celebrado con dicha entidad, o en su defecto a gestionar la remisión del enfermo dentro del término máximo de las dos (02) horas siguientes a la determinación de la necesidad de referencia por parte del personal médico | SI | NINGUNA |
| 82 | El oferente realizará la atención a las gestantes de acuerdo a lo establecido en la guía No. 11 y 15 de 2013 "Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio" y la Resolución 3280 de 2018, y demás que le modifiquen, adicionen o sustituyan. Las atenciones en el servicio de se realizarán de acuerdo a lo contemplado en la guía y los procedimientos anexos | SI | NINGUNA |
| 83 | El oferente mantendrá la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud (PAMEC), acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social *... Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..." con sus adiciones y modificaciones | SI | NINGUNA |
| 84 | Cumplir con lo establecido en el Decreto 351 de 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades", Resolución 1164 de 2002 "Por el cual se adopta el Manual de Procedimientos Para La Gestión Integral de Residuos Hospitalarios | SI | NINGUNA |

<table>
<tr><td></td><td>y Similares", Decreto No. 4741 del 2005 "Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos a desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral", y las normas que lo modifiquen y/o adicionen</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>85</td><td>El oferente que presentará a la Regional de Aseguramiento en Salud N°2 o Dirección Nacional de Sanidad los informes que a continuación se describen, ya sea mediante correo electrónico (detol.upres@policia.gov.co) y/o en medio magnético. dentro de los siguientes términos<br><br>a) Reportes de los Indicadores de Calidad, mediante el cual EL PRESTADOR informará.<br>• El cumplimiento del Decreto Ley 019 de 2012, la Resolución 1552 de 2013, Resolución 256 de 2016 y las normas que la modifiquen, aclaren o sustituyan con una periodicidad mensual, Indicadores de Alerta Temprana.<br>• RIPS de manera completa, correctamente diligenciados y con la calidad normativa requerida, en medio magnético anexo a la factura mensual y adicionalmente debe ser remitido al correo detol.upres@policia.gov.co, y con las especificaciones establecidas en la Resolución 1536 de 2022, Resolución 1531 de 2014, circular 0024 de 2015, garantizando consistencia y calidad de los registros; so pena de incurrir en las sanciones y descuentos estipuladas en el Artículo 116 de la Ley 1438 de 2011<br>• Datos relacionados con el reporte de la información para la operación de la cuenta de alto costo, en cumplimiento de la Resolución 2463 de 2014 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que la complementen, modifiquen, aclaren o sustituyan, según formatos suministrados por Regional de Aseguramiento en Salud N°2 para Programas Especiales, informe que deberá ser entregado en medio magnético, mensualmente, el cual deberá incluir lo siguiente: 1). Reporte de la información para la operación de la cuenta de alto costo, en cumplimiento de la Resolución 4725 de 2011 y Resolución 783 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que la complementen, modifiquen, aclaren o sustituyan donde se contempla el reporte de Personas con infección por el VIH/SIDA, personas con Tuberculosis (enfermedad activa o curada), Mujeres embarazadas, Hijos de mujeres con infección por VIH que tienen menos de dieciocho (18) meses de edad a la fecha de corte, según formatos suministrados por la Regional de Aseguramiento en Salud No.2<br>• Entrega de información de forma mensual, de la enfermedad Renal Crónica y sus percusores: Hipertensión Arterial y diabetes según Acuerdo 395 de 2008 y anexo Técnico Resolución 2463 de 2014 y cualquier norma que la modifique, aclare, adicione o sustituya. El PRESTADOR entregar a trimestralmente los indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos de estos pacientes</td><td>SI</td><td>NINGUNA</td></tr>
<tr><td>86</td><td>Reportar mensualmente la ejecución del contrato al supervisor del contrato diligenciando el siguiente formato:<br><br><table><tr><td>Contratista</td><td>Nombre o Razón Social</td></tr><tr><td>No del Contrato</td><td>Numero Asignado por Contratación</td></tr><tr><td>Valor del Contrato</td><td>Valor Asignado incluye adiciones</td></tr><tr><td>Fecha del reporte</td><td>Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa)</td></tr></table></td><td>SI</td><td>NINGUNA</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| Valor ejecutado | Valor de las actividades que ya se han realizado a la fecha del corte | |
| Valor facturado | Valor de las actividades presentado a central cuentas a la fecha del corte | |
| Valor Programado | Valor de remisiones que han recibido, pero no se han atendido a la fecha del corte | |
| Saldo | Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado) | |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ITEM | CONDICIONES TECNICAS MINIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Sistema Único de habilitación de los servicios de salud | El contratista se ajustó según lo contemplado por el Ministerio de Salud y Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social y sus adiciones y modificaciones.<br>Por lo anterior, se verifico en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la habilitación de los servicios ofertados. | SI | NINGUNA |
| Portafolio de servicios | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal, que cuenta con un portafolio de servicios que relaciona capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de Registro de Prestadores de Servicios de Salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario,<br><br>**DIRECCION:** calle 4 N. 1-37 Barrio la Virgen<br><br>**TELEFONO ASIGNACION DE CITAS:** 3208404588<br><br>**HORARIO DE ATENCION PARA USUARIOS:** martes a viernes de 7:30 am – 12:30 pm y 1:30 pm – 5:00 pm y sábados de 8:00 am – 1:00 pm<br><br>**MODALIDAD DE ASIGNACION DE CITAS:** presencial – telefónica- whasap<br><br>**INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD Y PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS:** Las instrucciones se brindan a cada usuario una vez sea asignada la respectiva cita para el procedimiento<br><br>**LINEA DE ATENCION AL USUARIO Y PROCESOS DE QUEJAS Y RECLAMOS:** 3208404588- Mediante el buzón de sugerencias- de forma personal- telefónica y por correo.<br><br>Presento junto con la propuesta, el modelo de atención en salud. | SI | NINGUNA |
| Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en prestación de los servicios de salud. | El contratista tiene implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social "…Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud…".<br>El oferente deberá certificar mediante documento escrito suscrito por el representante legal que cuenta con la implementación del PAMEC. | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Idoneidad del Talento Humano | Con el fin de garantizar la adecuada prestación de los servicios requeridos, el oferente acredito que cuenta con el Recurso humano *calificado y* con experiencia necesario para el desarrollo de los diferentes procedimientos relacionados en el presente proceso de contratación, certificando que cuentan con la debida idoneidad y la capacitación recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación y soportar que dichos estudios así como capacitaciones de los mismos. **(ANEXO CERTIFICACION)**<br>Adicionalmente, el oferente garantizo que el personal se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud RETHUS, anexando el mismo<br><br>**EXPERIENCIA DEL PERSONAL**<br>La experiencia mfnima del personal ofertado debe ser de un año (1) Ía cual fue certificada por parte del prestador<br><br>CAPACIDAD OPERATIVA<br>El contratista **CERTIFICO MEDIANTE** DOCUMENTO escrito firmado por el Gerente de la entidad, que cuenta con toda la infraestructura de instalaciones, capacidad técnica y tecnológica para prestar los servicios que oferta. Igualmente certificará que sus instalaciones y equipos cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta debiendo anexar suficiente material fotográfico donde se evidencie lo certificado, debiendo cumplir con las siguientes condiciones.<br>• Debe contar con una sala de espera que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación<br>• Debe contar con el Recurso Humano indispensable para la prestación de los servicios de salud ofertados; con equipos que cumplan con las normas legales vigentes expedidas por el Ministerio de Salud y Protección social.<br>• Debe contar con instalaciones y equipos que cumplan con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta (Procedimientos y tomas de exámenes).<br>• Los elementos, equipos y accesorios para la prestación del servicio deben ser suministrados por la IPS contratada.<br>• Cumplir con la Resolución 003100 de 2019 *"Por la cual se detinen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"*<br>• Cumplir con ATRIBUTOS DE CALIDAD enmarcados en el Decreto 780 del 2016 con sus adicciones y modificaciones, relacionados con oportunidad, pertinencia, Accesibilidad, Continuidad y Seguridad en la atención de los pacientes.<br>• Debe contar con la capacidad tecnica y tecnológica acordes para la prestación dei servicio que se oferta | SI | NINGUNA |
| Historia clínica y registros | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que realizará el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y cumplirá con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 00839 de 2017 y ley 2015 de 2020 en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clínica.<br><br>El prestador tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la Regional de Aseguramiento en Salud No.2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la Regional de Aseguramiento en Salud No.2 o a cualquier tercero.<br><br>La historia clínica utilizada en la modalidad extramural es custodiada por el prestador de servicios de salud que oferta y presta el servicio de salud en la modalidad extramural y cuenta con los siguientes registros:<br><br>• Modalidad extramural domiciliaria<br>• Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.<br>• Nombre de los pacientes atendidos<br>• Registros de referencia y contrarreferencia, cuando se requieran Cuidados por parte del personal de salud<br>• Cuidados encargados a la familia cuando aplique<br><br>Además, que cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. | | |
| Otras Condiciones Técnicas | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que el servicio de urgencias se prestará de forma ininterrumpida todos los días de la semana, las 24 horas, los 365 días del año, bajo los principios de eficacia, universalidad, y solidaridad.<br><br>Se debe salvaguardar igualdad de condiciones clínicas teniendo prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor.<br><br>En dado caso de solicitud de atención en el servicio de urgencias para una **URGENCIA VITAL**, tal y como lo consagra la Ley, la atención no requiere autorización previa para la aplicación de los cuidados correspondientes a su necesidad en **ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS**, pero precisa ser avisada dentro de las 24 horas hábiles siguientes a su prestación según Decreto 4747 de 2007. Debe tenerse en cuenta que las URGENCIAS VITALES de conformidad con su definición científica, no requieren autorización, Decreto 4747 del 2007, por lo que este horario no da lugar a interpretaciones tendientes a afectar de manera alguna el acceso, la calidad ni la oportunidad del servicio; sin embargo, dichas urgencias vitales deberán ser reportadas por el contratista, durante las 24 horas siguientes a su atención. Servicios de baja complejidad. La solicitud de autorización se debe realizar a la línea (1) 5804400 ext 7646, 7426, 7695, 7617 y Avantel 3504131671 y 3505546128, correo electrónico disan.griss-aut@policia.gov.co; disan.griss-crf@policia.gov.co; disan.refer-nal@policia.gov.co. | SI | NINGUNA |
| | Prestar único y exclusivamente el servicio dispuesto mediante autorización escrita y firmada por el Medico de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. La solicitud de | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | servicios ambulatorios se debe realizar al correo detol.upres-mun@policia.gov.co. | | |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que garantizará los servicios complementarios para la atención de urgencias a través de servicios propios o disponibles, a saber, hospitalización, sala de partos, radiología básica, laboratorio clínico y suministro de medicamentos para la atención de la urgencia, dichos servicios deben ser solicitados con base en la normatividad legal vigente y aplicarán los tiempos de autorización definidos en dicha Resolución. La solicitud de autorizaciones se debe realizar al correo detol.upres-pro@policia.gov.co; detol.upres-mun@policia.gov.co. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que formulará los medicamentos en nombre genérico y no comercial, verificando que esten incluidos en el Manual de Medicamentos de la Policía Nacional vigente Acuerdo 052 del 1 de abril de 2013 y los demás que lo adicionen sustituyan modifiquen, en el momento del inicio del contrato y durante la ejecución del mismo el cual será entregado antes de la fecha de inicio del contrato.<br><br>El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.<br><br>Realizar entrega completa de los medicamentos, en caso de pendientes se deber garantizar la entrega en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice según lo establecido en la Resolución 1604 de 2013.<br><br>Para la formulación de medicamentos no incluidos en el ACUERDO 080 del 27 de mayo 2022 del SSMP No se admiten formatos institucionales del contratista, solo cuando una orden judicial, tutela, o la condición clínica del paciente amerite la administración urgente, se debe dar cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida, único caso en el cual la justificación técnica del suministro será reportada a la Unidad Prestadora de Salud Tolima. Con posterioridad, en el formato de justificación diseñado para tal fin por el SSPN según formatos de aprobación conforme a lo dispuesto en la Resolución 00438 del 28 de noviembre de 2017 (por la cual se modifica parcialmente la resolución 057 del 07 de febrero de 2017 mediante la cual se reorganiza el comité técnico científico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. El no reporte ante el EIPS (Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud) será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable del EIPS. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que prestará los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), de acuerdo a las necesidades requeridas a todos los afiliados y beneficiarios de la Policía Nacional - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos presentando documento de identidad y carné de servicios de salud, previa autorización oficina de referencia y contra-referencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que cuando el afiliado requiera por su patología, la atención en una Institución de complejidad y dicha patología esté | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cubierta por el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, el CONTRATISTA deber realizar el trámite de referencia y contrarreferencia según lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 con envío de la información al correo detol.upres-rem@policia.gov.co y teléfono 3505561170. | | |
| | Brindar atención preferencial a la primera infancia, infancia, adolescencia y gestantes; población desplazada, víctimas de violencia y conflicto armado, población adulto mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en situación de discapacidad en todos los servicios asistenciales y administrativos de conformidad con el Instructivo 002 DISAN-PLANE-70 del 30/04/23. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que suministrará en forma oportuna y por el medio más expedito a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que informará al supervisor del contrato una vez se encuentre ejecutado en un Cincuenta (50%) y Ochenta (80%). respectivamente. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten, (notificar por escrito identificación del funcionario, correo electrónico y número telefónico). | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que prestará en forma continua y permanente los servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional- Unidad Prestadora de Salud Tolima, bajo los principios de eficacia, universalidad, calidad y solidaridad. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que presentará en medio magnético la relación de los servicios habilitados y contratados utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), con el respectivo valor según tarifa pactada, que permita el cargue de la información en el aplicativo dispuesto por la Policía Nacional para la respectiva actualización de los contratos. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que facturará los servicios de salud prestados de acuerdo a la clasificación utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), tarifas pactadas y en forma independientes los servicios prestados, presentar en medio magnético el soporte respectivo que permita el cargue de la información en los aplicativos de la Policía Nacional. Igualmente hacer entrega de RIPS según resolución 3374 del 2000, los cuales serán validados al momento de la radicación de la factura, en caso de presentar errores se debe realizar la corrección de los mismos en un máximo de 72 horas a partir del reporte. | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que prestará servicios a los pacientes con sospecha y/o confirmación de COVID 19 según los lineamientos del Ministerio de salud y Protección Social, se incluyen atenciones para diagnóstico y tratamiento. | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que prestará el servicio de vacunación el cual incluye la vacunación contra el COVID 19 dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 109 de 2021 y demás normas que la adiciones o modifiquen, en coordinación con la UPRES TOLIMA | SI | NINGUNA |
| | El contratista certifico que cumple con la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, de acuerdo con lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"*, Resolución No. 0312 de 2019 *"Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST"*, para lo cual deberá diligenciar el Anexo, Formulario de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Asimismo, deberá anexar el **certificado o constancia de la ARL y/o certificado de compromiso de encontrarse en trámite** | SI | NINGUNA |
| | **MEDIO AMBIENTE**<br>El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que cumple con el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (componente interno) de acuerdo al Decreto 351 de 2014 "*Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades*", Resolución 1164 de 2002 "*Por el cual se adopta el Manual de Procedimientos Para La Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares"*, Decreto No. 4741 del 2005 "*Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral*", y las normas que lo modifiquen y/o adicionen.<br><br>Que, además, cumple con la normatividad ambiental que le aplique relacionada con vertimientos, gestión de residuos, emisiones atmosféricas, saneamiento básico y manejo de sustancias.<br><br>No debe estar reportado ante el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA). Ley 1333 de Julio de 2009. | SI | NINGUNA |
| | **SGSST**<br><br>Presentar firmado el formulario de compromiso, cumplimiento al SGSST definido por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2. | SI | NINGUNA |
| | **PLAN DE CONTINGENCIA COVID-19**<br><br>El contratista presento junto con la oferta el Protocolo de bioseguridad frente a COVID-19, dando cumplimiento a la Resolución 01155 de 2020 "Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del | SI | NINGUNA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | coronavirus COVID-19 en la prestación de los servicios de salud, incluidas las actividades administrativas, de apoyo y alimentación. | | |
| | **GESTIÓN AMBIENTAL**<br><br>El contratista certifico mediante documento escrito suscrito por el representante legal que garantizará que los insumos y materiales que utiliza en sus procesos y procedimientos son biodegradables y amigables con el medio ambiente, que los suministros que utiliza en sus procesos y procedimientos no contienen ningún componente que posea las siguientes clasificaciones:<br>➢ Contacto con ácidos libres de gases tóxicos<br>➢ Posibles efectos cancerígenos<br>➢ Que puedan causar alteraciones genéticas hereditarias<br>➢ Que puedan causar cáncer por inhalación<br>➢ Que puedan causar efectos irreversibles<br>➢ Peligrosos para la capa de ozono<br>➢ Que puedan perjudicar la fertilidad<br>➢ Que generen riesgo durante el embarazo y efectos adversos para el feto<br>➢ Que puedan resultar nocivos para el lactante | SI | NINGUNA |
| | El contratista mediante certificación se compromete aplicar la circular externa 013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la cual se dan instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia las entidades de salud deben garantizar el diagnostico efectivo y oportuno en los casos de dengue con signos de alarma y dengue grave con la aplicación de pruebas diagnósticas o de anticuerpos Igm, así:<br><br>**Código Cups** / **Nombre**<br>**906207** — **Dengue ANTICUERPOS Ig G**<br>**906208** — **Dengue ANTICUERPOS Ig M**<br>**906209** — **Dengue Anticuerpos Totales**<br>**906341** — **Dengue ANTIGENO MANUAL**<br><br>En el evento que el contratista al momento de presentar la oferta no tenga habilitados los servicios, mediante certificación se compromete con la regional a realizar los trámites ante la autoridad competente con<br>el fin de aplicar la circular en mención. | SI | NINGUNA |

## 2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

NO APLICA

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (30) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (145) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago se realizará de acuerdo a las disposiciones contenidas en el Decreto 441 del 2022, el pago por la prestación de los servicios objeto del contrato se efectuará en pagos parciales en moneda legal colombiana, junto con los documentos requeridos para el pago, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC).

El pago se realizará en moneda legal Colombiana, La Regional de Aseguramiento en Salud N°2, pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, junto con las autorizaciones del servicio, demás soportes requeridos del resultado a la prestación del servicio de manera impresa o en medio magnético, acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de La Unidad Prestadora Salud Tolima donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 “Derecho a Turno” se le asignará un número de radicación. Todas las facturas deben venir acompañadas de los RIPS debidamente diligenciados, los cuales serán validados en el aplicativo SISAP WEB de la Policía Nacional.

En caso de que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día cinco (05) del mes, los pagos contra entrega se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

**NOTA - 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.

**NOMBRE BENEFICIARIO:** CENTRO DE SALUD DE COELLO E.S.E
**BANCO: agrario**
**TIPO DE CUENTA:** Corriente
**NUMERO DE CUENTA:** 066310001665

### 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 | $ 4.281.977,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ - | 0,00 |
| Valor total facturado | $ - | 0,00 |
| Valor facturado pendiente de pago | $ - | 0,00 |
| Valor pagado | $ - | 0,00 |
| Valor pendiente de entrega | $ 4.281.977,00 | 100,00 |

| b. 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** |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**NOTA:** Esta supervisión no cuenta con anexo ya que la facturación radicada por la entidad se encuentra en proceso de auditoria.

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

NO APLICA

## *5* RECOMENDACIONES

***Se le recomienda al gerente de la entidad y al encargado de facturación el cargue de las cuentas de cobro en la plataforma SECOP II***

## 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 soporte (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**: _____

**Grado y Nombres:** IJ. WILMAN JERARDO MONTAÑEZ TOVAR
**Cargo:** Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario ESPRI BANOP
**Supervisor Contrato:** No. 85-5-20109-26
**Correo electrónico:** wilman.montanez@correo.policia.gov.co
**No. Celular:** 3214926516