N. 01 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No 1

GS-2026 530431 **- MEBOG**

Bogotá, 28 de agosto de 2026

Señora teniente coronel
IVONNE JOHANNA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 1
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20188-26

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X___O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**10/08/2026**	**Hasta**	**09/09/2026**

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 oficio de fecha 15 de julio de 2026 sin número de comunicación oficial, el señor mayor ISAAC AMADO CODINA GALLARDO notifica obrando en calidad de jefe grupo de contratos, notifica al Responsable Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones como supervisor del contrato No 81-7-20188-26.

- Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: mensual
- No. de informe de supervisión presentado y publicado en SECOP II: 00

Información del contrato

Contrato No.	**81-7-20188-26**
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA, EN LA GESTIÓN DE PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1.**
Contratista	**DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA**
Valor inicial del contrato	**$ 12.232.173.00**
Valor adiciones del contrato	NO APLICA
Valor total del contrato	**$ 12.232.173.00**
Plazo de ejecución inicial	**CUATRO (4) MESES VEINTIUN (21) DIAS**

Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	**10/08/2026**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	**31/12/2026**
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	0
Modificatorios	NO APLICA
Prorrogas	NO APLICA
Otros	NO APLICA

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

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. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	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. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	NINGUNA
6. 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
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
8. 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
9. Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.	SI	NINGUNA
10. CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el	SI	NINGUNA

cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.		
11. El contratista deberá contribuir con el cumplimiento de la política ambiental, objetivos y programas ambientales establecidos por la Dirección General de la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad, dando cumplimiento a la Resolución 00090 del 15 de enero del 2018, numeral 3, criterios ambientales en los contratos de prestación de servicios	SI	NINGUNA
12. 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 DIRECCION DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados, 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 realizará mediante inventario, el cual tendrá fecha de suscripción la misma en que se inicie el contrato.	SI	NINGUNA
13.Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado, cuando así se requiera.	SI	NINGUNA
14.Ejercer su profesión con moral y ética	SI	NINGUNA
15. Rendir los informes que la DIRECCION DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 requiera en los plazos determinados.	SI	NINGUNA
16. Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requieran.	SI	NINGUNA
17. Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial, duración. El acuerdo regirá durante el tiempo que dure el contrato, derechos de propiedad, toda información intercambiada es de propiedad exclusiva de la parte de donde proceda. En consecuencia, ninguna de las partes utilizará información de la otra para su propio uso, modificación o terminación. El acuerdo solo podrá ser modificado o darse por terminado con el consentimiento expreso por escrito de ambas partes.	SI	NINGUNA
18. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar 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,	SI	NINGUNA

ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar.		
19. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la DIRECCION DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 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
20. Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato al supervisor del mismo, un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las tareas del objeto contractual	SI	NINGUNA
21. El contratista deberá realizar todas las actividades propis para las que fue contratado dando cumplimento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el sistema de gestión integral.	SI	NINGUNA
22. El contratista en cumplimiento de las obligaciones pactadas, deberá tener estricta observancia a las guías de manejo diseñadas por la Dirección de Sanidad para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, objeto de la presente contratación.	SI	NINGUNA
23.El contratista deberá informar al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generen.	SI	NINGUNA
24.El contratista deberá diligenciar la hoja de vida mediante aplicativo Sigep II y bienes y renta de conformidad con la Ley 2013 de 2019.	SI	NINGUNA
25. El contratista deberá realizar el curso de integridad, transparencia o lucha contra la corrupción implementada en la DAFP para los servidores públicos.	SI	NINGUNA
26. El contratista deberá dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 441 del 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo cuatro del título tres de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pagos, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	NINGUNA
27. Participar en reuniones, comtes y mesa de trabajo en temas relacionados con los procesos a cargo de la dependencia para la cual presta los servicios	SI	NINGUNA
28. El contratista se obliga a realizar el proceso de archivo que se encuentre a su cargo dando aplicabilidad a la Resolución Número 00208 del 25 de enero de 2016 *"Por la cual se actualiza el Manual Único de Gestión Documental para la Policía Nacional"*, tanto como físico como digital entregando acta de lo llevado durante la ejecución de su contrato.	SI	NINGUNA
29. Durante la prestación de servicio y conforme a la política de calidad y a los principios de humanización adoptados por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el contratista deberá brindar trato adecuado al usuario del subsistema de salud de la Policía Nacional, conforme a los principios de humanización: respeto, dignidad, empatía, comunicación clara y amable, oportunidad en la atención, conformidad y vocación de servicio. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	SI	NINGUNA
1. Atención de usuarios en la ventanilla validando información y trámite de los requerimientos, brindando trato adecuado, conforme a los principios de humanización: respeto, dignidad, empatía, comunicación clara y amable, oportunidad en la atención, conformidad y vocación de servicio, priorizando la atención preferencial (Adulto mayor, mujeres en estado de gestación, niños, usuarios con algún tipo de discapacidad).	SI	NINGUNA

2. Realizar la aclaración de dudas, direccionar las solicitudes, Contrarreferencia y/o entrega de órdenes a los usuarios y/o familiares que requieran los servicios.	SI	NINGUNA
3. Recepcionar y verificar la documentación con los soportes correspondientes de las solicitudes elevadas por los usuarios para ser tramitadas, ejecutando las etapas previas (verificación de derechos y el reporte de novedades en el SISAP WEB).	SI	NINGUNA
4. Verificar y registrar las solicitudes realizadas de manera presencial por usuarios en la oficina de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
5. Realizar el agendamiento de usuarios para los médicos, esto con el fin de transcribir medicamentos, excusas médicas, ordenes médicas.	SI	NINGUNA
6. Entregar la documentación completa y correspondiente a los médicos transcriptores y autorizadores.	SI	NINGUNA
7. Entregar la documentación completa a los usuarios de acuerdo al trámite solicitado.	SI	NINGUNA
8. Divulgar el Portal de Servicios de Salud, con el fin de implementar la radicación de solicitudes de forma virtual.	SI	NINGUNA
9. Organizar el archivo físico de las órdenes médicas para su posterior trámite correspondiente.	SI	NINGUNA
10. Mantener vigente la clave, usuario y malla de pertinencia como Medico de Autorizaciones.	SI	NINGUNA
11. Apoyar el proceso de atención a usuarios en ventanilla, Remisión y Contra remisión según la necesidad.	SI	NINGUNA
12. Recibir diariamente las solicitudes de servicios de salud de las áreas de sanidad de su jurisdicción.	SI	NINGUNA
13. Verificar niveles de complejidad, si es pertinente para la red disponible, la prioridad de la solicitud y si es o no competencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, conforme a los protocolos establecidos.	SI	NINGUNA
14. Dar respuesta a la unidad solicitante de aquellos casos con soportes incompletos y/o que por su complejidad son competencia de cada Área o Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
15. Realizar la aclaración de dudas, direccionar las solicitudes, Contrarreferencia y/o entrega de órdenes a los usuarios y/o familiares que requieran los servicios.	SI	NINGUNA
16. Verificación del estado de afiliación de los usuarios adscriptos al subsistema de salud de la Policía Nacional y unidad en la que labora.	SI	NINGUNA
17. Direccionar la orden de Contrarreferencia al médico de Contrarreferencia, indicar para cada nivel cuales fueron asignadas, cuales quedaron pendientes y cuales fueron anuladas o devueltas.	SI	NINGUNA
18. Atender de manera personal y telefónica al cliente interno y externo que se comunique con la dependencia, utilizando los canales de comunicación asignados para tal fin.	SI	NINGUNA

19. Tramitar los requerimientos institucionales y particulares recibidos a través del correo electrónico, office comunicador, GEPOL y demás medios de comunicación	SI	NINGUNA
20. Realizar periódicamente copia magnética de la información que se maneje en la dependencia, como soporte ante cualquier pérdida o daño de los equipos de cómputo.	SI	NINGUNA
21. Verificar la respectiva pertinencia de las órdenes a autorizar de acuerdo a la solicitud allegada a la Regional de Aseguramiento en Salud No1.	SI	NINGUNA
22. Recepcionar y verificar la documentación con los soportes correspondientes de las solicitudes elevadas en el Portal de Servicios de Salud (verificación de derechos y el reporte de novedades en el SISAP WEB).	SI	NINGUNA
23. Dar trámites a las PQRS - Derechos de Petición - TUTELAS y reclamaciones de usuarios relacionados con autorización de servicios de salud de los usuarios de la Regional De Aseguramiento en Salud No1.	SI	NINGUNA
24. Elaborar informes solicitados por el área de jurídica referente a los tramites de atención que se han brindado y gestionado a los usuarios y/o beneficiarios de acuerdo a la solicitud.	SI	NINGUNA
25. Verificar conforme a los protocolos establecidos, la pertinencia de traslado de los usuarios, identificando la prioridad, complejidad y competencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1.	SI	NINGUNA
26. Realiza validación de todos los correos que ingresan a la bandeja de disan.upb-rc@policia.gov.co verificando solicitud exacta y que cuente con soportes completos: anexo, historia clínica y en el cuerpo del mensaje del servicio solicitado.	SI	NINGUNA
27. Registrar en la bitácora la trazabilidad de trámite de remisión desde que inicia hasta traslado del usuario o cancelación de la remisión.		
28. Iniciar trámites de remisión y contrarremision de acuerdo a las solicitudes allegadas.	SI	NINGUNA
29. Recibir correos electrónicos de diferentes instituciones y/o entidades ya sea de Bogotá como de resto de las unidades, de usuarios que ingresan a servicios de urgencias u hospitalización y que pertenecen al subsistema régimen de excepción.	SI	NINGUNA
30. Verificación de derechos del paciente el cual debe de estar activo en la red (SISAP máquina virtual).	SI	NINGUNA
31. Verificar en SISAP Web para validar si cuenta con urgencia autorizada por referencia nacional, en caso de no contar con urgencia se indica al prestador solicitar la urgencia a referencia nacional al número 350-554-61-28 (con excepción del hospital central de la policía, dicha IPS por ser red propia, no requiere autorización del servicio).	SI	NINGUNA
32. Verificar historia clínica específicamente datos como: fecha de ingreso, datos del paciente, motivo de consulta, diagnóstico médico, servicios solicitados, se comprueba con la historia clínica si el paciente requiere tramite remisión integral, negaciones prepagadas, superación tope de SOAT, no convenio con la IPS, no manejo de la complejidad o nivel.	SI	NINGUNA
33. Iniciar de trámite de remisión por superación TOPE SOAT.	SI	NINGUNA

34. Inicio de trámite de remisión por negación de servicios por medicinas prepagadas, pólizas de salud - Recibir solicitud de remisión y debe venir acompañada de la negación formal por parte del primer autorizador del servicio y justificando el motivo de la terminación de cobertura.	SI	NINGUNA
35. Inicio de trámite de remisión por no convenio con la IPS - Recibir la remisión y se debe validar la red contratada, verificando no convenio con la IPS y así dar inicio. Teniendo en cuenta el criterio médico y estado de salud del paciente que permita su remisión; en caso que el paciente sea "no remisible", se debe escalar el caso a referencia nacional para dar cobertura de atención en la IPS no convenio, sin respaldo presupuestal con justificación clínica.	SI	NINGUNA
36. Inicio de trámite de remisión por no complejidad o nivel de atención - Recibir tramite de remisión por no manejo de complejidad o nivel de atención, relacionado con el diagnóstico y las necesidades para manejo diagnóstico, tratamiento y rehabilitación o especialidad médica requerida del paciente.	SI	NINGUNA
37. Registro de remisión para todos los casos - Presentación formal al paciente a la primera red de policía (HOCEN), se da apertura a la bitácora del paciente ingresando todas las novedades manifiestas durante el tiempo que dura la remisión.	SI	NINGUNA
38. Continuidad de la remisión, cuando es negado en red propia Hospital Central de la policía - Validar la red de prestación de servicios contratada y se comenta el paciente posterior a la negación de servicios por parte del HOCEN, en caso de no tener aceptación en la red, se procede a abrir a red contratada. Y en caso de no aceptación, se comenta a la no contratada posterior a escalar caso con jefe de referencia y dar respuesta así, a las necesidades del paciente.	SI	NINGUNA
39. Aceptación del trámite de remisión - Enviar correspondiente aceptación a la entidad solicitando datos como: aceptación de familiar, tipo de ambulancia y soportes para realizar la coordinación de traslado.	SI	NINGUNA
40. Coordinación del traslado - Generar autorización de traslado si es con proveedor global o entidad cuando apoya el traslado.	SI	NINGUNA
41. Si el paciente es aceptado se envía correspondiente aceptación a la entidad solicitando datos como: aceptación de familiar, tipo de ambulancia y soportes para realizar la coordinación de traslado.	SI	NINGUNA
42. Realizar Seguimiento del trámite de remisión.	SI	NINGUNA
43. Generar autorizaciones de acuerdo a las solicitudes allegadas teniendo presente el número del contrato y los servicios a autorizar, coordinar con el supervisor del contrato y la contratista la manera como se enviarán las autorizaciones para posteriormente cobro de servicios prestados.	SI	NINGUNA
44. Informar por correo al supervisor del contrato las novedades que se presenten de la ejecución del contrato durante la vigencia del mismo.	SI	NINGUNA
45. Verificar remisiones activas que se reciban en el turno el cual se solicitan evoluciones para hacer seguimiento correspondiente.	SI	NINGUNA
46. El contratista deberá diligenciar y entregar los documentos exigidos por central de cuentas de la RASES No1 para la realización de (RAS) constancia de recibido de bienes o servicios prestados los diez primeros (10) días del siguiente mes Entregable: Realizar y entregas la Cuenta de cobro con sus respectivos adjuntos al supervisor en las fechas establecidas.	SI	NINGUNA

47. El contratista en cumplimiento de las obligaciones pactadas, deberá tener estricta observancia a las guías de manejo diseñadas por la Dirección de Sanidad para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, objeto de la presente contratación.	SI	NINGUNA
48. El contratista deberá garantizar dentro del desarrollo de sus obligaciones y actividades, el prevenir los impactos ambientales como desarrollo de las mismas.	SI	NINGUNA
49. Conocer y aplicar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.	SI	NINGUNA

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin novedad

30. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (21) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (120) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

31. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 se obliga a pagar el valor del presente contrato al contratista, en contados que se pagaran por mensualidades vencidas a razón de **DOS MILLONES SEISCIENTOS DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CENTAVOS ($ 2.602.590.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** o su equivalente por fracciones de mes según el caso. PARAGRAFO PRIMERO. Los anteriores honorarios corresponden a servicios prestados a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 por un tiempo no inferior a CIENTO NOVENTA (190) HORAS MENSUALES, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1. Pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista dentro de los primeros 15 días de cada mes, 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, de acuerdo al derecho a turno y la programación de Plan Anual de Caja (PAC). Si los documentos en referencia no son entregados dentro del plazo establecido o son devueltos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 por inconsistencias como falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 se obliga a cancelar la cuenta el mes siguiente a la fecha programada en el PAC aprobado por Ministerio de Hacienda. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

1.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. **Balance general de pagos y entregas**

		Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$	12.232.173,00	100%
Valor total de las entregas	$	1.821.813,00	15%
Valor total facturado	$	-	0%
Valor facturado pendiente de pago	$	1.821.813,00	15%
Valor pagado	$	-	0%
Valor pendiente de entrega	$	10.410.360,00	85%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deduccione s**	**No. orden de pago**
No 01 del 01/09/2026	**$1.821.813.00**	10/08/2026 al 30/08/2026	**$1.821.813.00**	Cuenta de cobro 01	**$1.821.813.00**	PENDIENTE	**PENDIENTE**

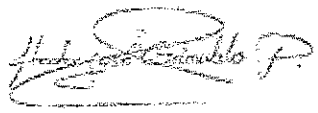
32. RECOMENDACIONES

No se tiene recomendaciones en este periodo de supervisión

33. CONCLUSIONES

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

Atentamente,



Firma
Subteniente **HECTOR JOSÉ GRIMLADO PRETEL**
Jefe (E) Grupo Integral de Servicios de Salud GRURI
Supervisor Contrato No. 81-7-20188-26
Correo electrónico: hector.grimaldo@correo.policia.gov.co

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 01 de septiembre del 2026
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: **X** Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	**81-7-20188-26**
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
NIT del contratista:	1.026.550.215 de Bogotá
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**$ 12.232.173.00**
Plazo de ejecución:	**10/08/2026 AL 31/12/2026**
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Edificio BG. Edgar Yesid Duarte Valero, Cra. 68b Bis #44-58 Torre B, Engativá, Bogotá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO _X_	NO
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	ST HECTOR JOSE GRIMALDO PRETEL Jefe (E) Grupo subred Integral Servicios de Salud de la RASES No1
Fecha de entrega certificada:	Del 10 al 30 de agosto de 2026

DIRECCIÓN DE SANIDAD RASES 1 GRUPO FINANCIERO 01 SEP 2026 SUJETO A VERIFICACIÓN RECIBIDO

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (2026)

Vigencia	Unidad	Recurso	Descripción de bienes o servicios recibidos	Valor Recibido	Valor Facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
2026	REGI1 BOGOTÁ	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO AUXILIAR DE ENFERMERIA	$1.821.813.00	$1.821.813.00	$0	$1.821.813.00

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
01	01 de septiembre de 2026	$1.821.813.00		$1.821.813.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$1.821.813.00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, Cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro No 01 de fecha septiembre 01 de 2026

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al ítem 12 *"OBLIGACIONES CONTRATISTA"* del contrato, se dio cumplimiento con las 49 funciones y actividades específicas exigidas durante las horas pactadas del mes laborado.	SI	NINGUNA

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.
Observación:

FIRMA DE SUPERVISOR

ST HECTOR JOSE GRIMALDO PRETEL
Jefe (E) Grupo subred Integral Servicios de Salud de la RASES No1

CUENTA DE COBRO N° 1 DIAN No_____

Bogotá D.C 01 de septiembre 2026

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1

NIT. 900.336.524-5

DEBE A:

DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.026.550.215 de Bogotá, la suma de $ 1.821.813,00 por concepto de las actividades desempeñadas del 10 al 30 de agosto del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **81-7-20188-26** suscrito con la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 para prestar mis servicios como Auxiliar de Enfermería

Favor consignar en la cuenta de ahorros No 21348253791 del Banco Bancolombia de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Diana Alejandra Arias

DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
CC 1.026.550.215 de Bogotá
TELEFONO 3106946896

Bogotá D.C 01 de septiembre 2026

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo **DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.026.550.215 de Bogotá, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1,** además mi condición es de **No Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Diana Arias Mantilla

DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
CC 1.026.550.215 de Bogotá
TELEFONO 3106946896

Bogotá D. C. 1 de septiembre 2026

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

Yo, DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 1.026.550.215 de Bogota, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 1,044% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 81-7-20188-26 con la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 .

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No.
HONORARIOS MENSUALES	2,605,590	2,605,590
BASE COTIZACION 40%	1,750,905	1,750,905
APORTE SALUD 12,5%	219,600	$ -
APORTE PENSION 16%	281,100	$ -
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%		
ADMINISTRATIVOS 1,044%	$ 18,400	$ -

Observacion:

Cordialmente,

Diana Alejandra Arias

DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
CÉDULA: 1.026,550,215 de Bogota
TELÉFONO: 3106946896

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Diana Alejandra Arias Mantilla, identificado(a) con CC número 1026550215, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026550215
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Alejandra Arias Mantilla
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	14/01/2004
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	26/04/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	24/11/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1026550215 Trabajador Independiente Desde 11/08/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1026550215 DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA Desde 01/07/2024 Hasta 30/06/2026

Generado por interfaces

13/08/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGION DE POLICIA No. UNO
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

No. GS-2026 - _____ / REGI1 - 11.6

Bogotá D.C.,

Señor(a):
DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
TÉCNICO ADMINISTRATIVO
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
alejandramantilla2127@gmail.com
Bogotá DC

ASUNTO: Inicio de Ejecución Contrato Prestación Servicios Profesionales y Técnicos – Personas Naturales PN RASES N° **81-7-20188-26**

Respetuosamente me permito informar, que los requisitos de perfeccionamiento de ejecución ya se han surtido en su totalidad y en consecuencia puede iniciar el cumplimiento del objeto del contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA, EN LA GESTIÓN DE PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 PN RASES No.1 CD No. 155-26 Contrato No. **81-7-20188-26** con fecha inicio 10 de agosto de 2026 y finalización 31 de diciembre de 2026. Cualquier inconveniente o inquietud que se presente en el desarrollo del presente contrato, puede comunicarse con la oficina de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.

Atentamente,

Teniente Coronel IVONNE JOHANNA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1

Elaboro: **CPS LIZETH RINCÓN RÁTIVA**
Analista Contratos Regional de Aseguramiento en Salud No. 1

Mayor ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Jefe Grupo Contratos Regional de Aseguramiento en Salud No. 1

Fecha de elaboración: 10/08/2026
Ubicación: D:\ INFORMACION\CONTRATOS REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 2026

Carrera 68B Bis 44-58
Teléfono(s): (601) 5604400 Ext.1639
disan.rases1-ct@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA