| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 8<br>Código: 2BS-FR-0019 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 5 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |

**No. GS-2026-** 092034 **- DECES**

Valledupar cesar, 29 de septiembre de 2026

Señor coronel
RAUL PEREZ ARAMENDIZ
Comandante Departamento de Policía Cesar
Carrera 7ª No. 23-96 Barrio 12 de octubre
Valledupar

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 23-7-20063-2026

**TIPO DE INFORME:**

**PERIÓDICO (X) O FINAL**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **27/08/2026** | **Hasta** | **26/09/2026** |

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 agosto 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 acto administrativo GS-2026-069759-DECES, del 27/07/2026, el Señor Coronel RAUL PEREZ ARAMENDIZ, Comandante Departamento de Policía Cesar, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señorita Patrullera MARGELIS CHINCHILLA MOLINA, Gestora de estudio de conveniencia y oportunidad.

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

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

1. Informe de supervisión del mes de **julio – agosto de 2026** del periodo comprendido entre el 27/07/2026 al 26/08/2026, mediante comunicación oficial No. GS-2026-
2. Informe de supervisión del mes de **agosto – septiembre de 2026** del periodo comprendido entre el 27/08/2026 al 26/09/2026, mediante comunicación oficial No. En tramite

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **23-7-20063-2026** |

| | |
|---|---|
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ENFERMERO, PARA LIDERAR EL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Y APOYO ADMINISTRATIVO DEL GRUPO PRESTADOR DE SALUD DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR |
| **Contratista** | NOHEMY YULIETH PINZON GUERRA |
| **Representante legal** | CR. RAUL PEREZ ARAMENDIZ |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $ 11.507.760,00 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | No aplica |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $ 11.507.760,00 |
| **Plazo de ejecución inicial** | TRES (3) MESES |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 27/07/2026 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 27/10/2026 |
| **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** | N/A |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

- ✓ Mediante radicado 405 del 24/08/2026 se presentó cuentas de cobro del mes de **Julio - agosto** a la oficina de Central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Cesar.
- ✓ Mediante radicado 468 del 23/09/2026 se presentó cuentas de cobro del mes de **agosto – septiembre** a la oficina de Central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Cesar.

### VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Cumplir con el objeto contractual | SI | X |
| El contratista deberá suscribir las pólizas, según los establecido en la cláusula "MECANISMOS DE COBERTURA, a cargo del Contratista" | SI | X |
| Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | X |
| Responder en los plazos que el Unidad Prestadora de Salud Cesar establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. | SI | X |
| Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral, en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007, Decreto 1273 de 2018, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora, mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. | SI | X |
| 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 Dirección del Hospital Central para que se adopten las medidas necesarias. | SI | X |
| Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución. | SI | Banco: Bancolombia<br>Tipo de cuenta: ahorros<br>Número de cuenta: 951-858941-86 |
| Restituir a la UPRES DECES los elementos que haya puesto a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se haya suministrado | SI | X |
| Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera. | SI | X |
| Ejercer su profesión con moral y ética | SI | X |
| Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la DIRECCIÓN DE SANIDAD - UPRES CESAR para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales | SI | X |
| Rendir los informes que la DIRECCIÓN DE SANIDAD - UPRES CESAR requiera dentro de los plazos determinados. | SI | X |
| Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar y emitir los conceptos que se requieran. | SI | X |
| 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, responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida, que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. | SI | X |
| Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres. | SI | X |

| | | |
|---|---|---|
| El contratista se compromete a pasar al supervisor la cuenta de cobro mensual anexando, la planilla de pago de aportes de salud, pensión, ARL, el recibo de satisfacción con la firma del supervisor de contrato, formato cuenta de cobro y formato de parafiscales, en las fechas establecidas por el Grupo financiero de la Unidad Prestadora de Salud Cesar. | SI | Se verifica planilla de pago No 9510168623 |
| De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2482 de 2010 en su artículo 8, una vez puesto en marcha el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, el CONTRATISTA deberá incluir la información requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública | SI | X |
| El contratista se compromete a tener usuario registrado ante la plataforma SECOP II (Colombia Compra Eficiente) y mantenerlo activo, con el fin de aceptar digitalmente los contratos, adiciones y/o modificaciones que le sean enviados por la entidad estatal unidad Prestadora de salud Cesar, así mismo deberá subir las pólizas para ser aprobadas por la Entidad estatal en el momento en que se le requiera. | SI | X |
| El CONTRATISTA adherirse a los protocolos médicos, guías de manejo y demás instrucciones para el servicio. | SI | X |
| El CONTRATISTA deberá ingresar, en la plataforma destinada para tal fin y diligenciar en forma oportuna y en los plazos establecidos encuestas y demás actuaciones indicadas por la DIRECCIÓN DE SANIDAD y POLICÍA NACIONAL. | SI | X |
| Responder PQRS y diseño del protocolo revisión de historias clínicas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | SI | X |
| Cumplir con todos aquellos cumplimientos, tareas, reportes y seguimientos del programa de gestión de enfermedades de ALTO COSTO contemplado en el INSTRUCTIVO NO. 009 DISAN-AGESA. 70 "Donde se establecen las directrices para su operación dirigida al grupo de asistencial de la unidad prestadora de salud cesar." y de igual forma en los contemplado del INSTRUCTIVO 011 DE 03 JUNIO 2024DE 2020 "directrices para la gestión del riesgo en salud de las enfermedades de alto costo en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional". | SI | X |
| Diligenciar las bases de datos de la Cuenta de Alto Costo de cada patología, de manera permanente. Estas bases deben ser enviadas por el profesional en enfermería responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de Alto Costo al médico líder de Gestión Integral del Riesgo en Salud de su regional con el objetivo de que este pueda consolidar, corregir, validar y notificar la información al nivel central en las fechas estipuladas para cada patología. | SI | X |
| Remitir la información solicitada por el líder de Gestión Integral de Riesgo en Salud de la Regional y la información solicitada por la Dirección de Sanidad. | SI | X |
| Gestionar la consecución de los soportes de red propia y red externa correspondientes a cada usuario (historia clínica, laboratorios, medicamentos, facturas, etc.) de manera oportuna, con el fin de ser remitidos al médico correspondiente a la regional y que este a su vez cargue la información en la carpeta del aplicativo FTP dispuesto para tal fin. | SI | X |
| Llevar los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizado los informes estadísticos definidos para la normatividad vigente, y todos aquellos registros necesarios para los procesos de costos y facturación. | SI | X |
| Participar en la definición, estandarización y actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, prevención y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios. | SI | X |

| | | |
|---|---|---|
| Adherencia a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, entre otros). | SI | X |
| Realizar el proceso de archivo teniendo en cuenta y dando aplicación a la ley general de archivo de toda la documentación que le sea asignada. | SI | X |
| Responder PQRS y diseño del protocolo revisión de historias clínicas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | SI | X |
| Participación en el comité de historias clínicas, Participación en el proceso de selección de los profesionales de enfermería, apoyo oficina Talento Humano. | SI | X |
| Realizar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna (panel de enfermería – Kardex de enfermería) | SI | X |
| Mantener actualizados las bases de datos de los pacientes de riesgo cardiovascular y altocosto. | SI | X |
| Realizar vigilancia y control a los pacientes del Programa de Gestión de Enfermedades de Alto Costo y remitirlos a la especialidad requerida. | SI | X |
| Apoyar el diligenciamiento de las bases de datos de los Servicios del Grupo Prestador de Servicios de Salud remitidas desde la Regional de Aseguramiento en Salud N8 y Dirección de Sanidad. | SI | X |
| Asistir en las actividades de inducción, reinducción y fortalecimiento de conocimiento de escuelas de eficiencia y atender los instructivos, protocolos, guías de manejo que sean tratados en las mismas, presentando las diferentes evaluaciones que se consideren pertinentes para evaluar su adherencia, a efectos de mejorar la prestación del servicio a los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional., según lo dispuesto por la Dirección de Sanidad mediante comunicado oficial GS-2023-000518-DISAN. | SI | X |
| Asistir y participar en forma activa a las reuniones de círculos de calidad que se realizan de manera mensual en las instalaciones del Establecimiento de Sanidad Policía - Unidad Prestadora de Salud Cesar en el cual se socializan diferentes temas orientados al fortalecimiento de las buenas practica profesionales. | SI | X |
| Las demás que le sean asignadas de acuerdo con la ley, los reglamentos o la naturaleza de su cargo. | SI | X |

## OBLIGACIONES DEL UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR

| OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Poner a disposición del CONTRATISTA los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado. | SI | X |
| Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien la POLICÍA NACIONAL mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA. | SI | X |
| Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. | SI | X |
| Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el CONTRATISTA, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y | SI | X |

| | | |
|---|---|---|
| en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico. | | |
| Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. | SI | X |
| Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. | SI | Ninguna |
| Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato. | SI | Ninguna |
| Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del contractual. | SI | Ninguna |
| Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales. | SI | Ninguna |
| Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. | SI | X |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:**(transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra) | | |
| **1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA** | | |
| Título: ENFERMERO (A) PROFESIONAL<br>Experiencia Laboral: cero (0) de conformidad con la Resolución 300 del 24 de JUNIO del 2022 "*por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios de la dirección de sanidad*". | SI | "Enfermería 2012-04-10" |
| 1. **HORAS PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS** | | |
| ENFERMERO (A) PROFESIONAL El Servicio del Profesional, se prestará por ocho (08) horas diarias, cuarenta y cuatro (44) horas semanales y ciento noventa (190) horas al Mes, en las jornadas establecidas por la coordinación de Talento Humano según la necesidad del servicio. | SI | Para el mes informado se agendas al contratista **190** horas, equivalentes a las horas contratadas mes. |

## 2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el periodo comprendido entre el 27/08/2026 y 26/09/2026 no se presentaron novedades con la prestación del servicio del contratista.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (30) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 3. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Unidad Prestadora de Salud Cesar, se obliga a pagar el valor del presente contrato, en mensualidades vencidas a razón **TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS** ($ 3.835.920,00). mcte. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

Nombre beneficiario: NOHEMY YULIETH PINZON GUERRA

Banco: Bancolombia
Tipo de cuenta: ahorros
Número de cuenta: 951-858941-86

Unidad Prestadora de Salud Cesar, pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Valledupar en pagos mensuales, dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de los siguientes documentos:

a. Constancia recibo a satisfacción (2BS-FR-0045) versión 3, se deben incluir las actividades desarrolladas del mes a cobrar
b. Cuenta de cobro
c. Certificación de Declarante o no del Impuesto sobre la Renta.
d. Copia Planilla de pago de aportes al Sistema se seguridad Social en Salud, pensión y ARL.
e. Copia del RIT (Registro de información Tributaria), la cual deberá ser allegada únicamente para el primer pago.
f. Certificación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente.

El pago se realizará dentro de los quince (30) días calendario una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por la Unidad Prestadora de Salud Cesar, de acuerdo con el derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).

Si los documentos en referencia no son entregados dentro del plazo establecido, o son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud Cesar por inconsistencias como falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Cesar se obliga a cancelar la cuenta el mes siguiente a la fecha programada en el PAC, aprobado por Ministerio de Hacienda.

### 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 | $ 11.507.760,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 7.671.840,00 | 66,67 |
| Valor total facturado | $ 7.671.840,00 | 66,67 |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 3.835.920,00 | 33,33 |
| Valor pagado | $ 3.835.920,00 | 33,33 |
| Valor pendiente de entrega | $ 3.835.920,00 | 33,33 |

**a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado** (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

| **No. de acta o constancia de recibido** | **Valor recibido** | **Fecha de recibido** | **Valor facturado** | **No. Factura** | **Valor pagado** | **Valor deducciones** | **No. orden de pago** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No 468 | $ 3.835.920,00 | del 27/08/2026 al 26/09/2026 | $ 3.835.920,00 | N° 09-2026 | $ 3.835.920,00 | En tramite | En tramite |

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

## 5. RECOMENDACIONES

La contratista cumple a satisfacción con las actividades contratadas.

## 6. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

Patrullero. **MARGELIS CHINCHILLA MOLINA**
Auxiliar de Enfermería
Correo electrónico: mm.chinchilla@correo.policia.gov.co

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Valledupar, 28 de septiembre 2026 |
| Unidad: | UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoría:<br>Contrato de prestación de servicios: X<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro:<br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | Contrato N° 23-7-20063-26 |
| Constancia de recibido No. | 09 2026 |
| Contratista: | NOHEMY YULIETH PINZON GUERRA |
| NIT del contratista: | 1.065.594.360 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION, COMO ENFERMERO PROFESIONAL, PARA LIDERAR EL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Y APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL GRUPO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR. |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | No aplica<br>UPR<br>23 SEP 2026<br>Map Rad 468 |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 11.507.760 |
| Plazo de ejecución: | 03 MESES Fecha inicio: 27/07/2026 finalización: 27/10/2026 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No aplica |
| Lugar de ejecución y/o entrega | UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO__X_ | Durante el desarrollo de las actividades no se presentaron novedades con la prestación del servicio con el contratista. |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Patrullero MARGELIS CHINCHILLA MOLINA<br>Auxiliar de Enfermería |
| Fecha de entrega certificada: | Del: 27/08/2026 Al: 26/09/2026 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026. | Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
| | UPRES CESAR | 16 | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION, COMO ENFERMERO PROFESIONAL, PARA LIDERAR EL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Y APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL GRUPO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR. | $3.835.920 | $3.835.920 | $ 0 | $3.835.920 |
| Acta de recepción de bienes | No aplica | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 09/ 2026 | 28 septiembre de 2026 | $3.835.920 | - | $3.835.920 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $3.835.920 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: 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 si__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Anexa informe de actividades en el periodo comprendido entre el 27/08/2026 al 26/09/2026 | SI | Se verifican las actividades reportadas por el contratista en el informe de actividades del mes de Agosto y septiembre, en cuanto a tiempo de respuesta y oportunidad en la atención. |
| 2 | Cumplir con todos aquellos cumplimientos, tareas, reportes y seguimientos del programa de gestión de enfermedades de ALTO COSTO contemplado en el INSTRUCTIVO NO. 009 DISAN-AGESA. 70" Donde se establecen las directrices para su operación dirigida al grupo de asistencial de la unidad prestadora de salud cesar." y de igual forma en los contemplado del INSTRUCTIVO 011 DE 03 ABRIL DE 2020 "directrices para la gestión del riesgo en salud de las enfermedades de alto costo en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional". | SI | Se realiza remisión de los cumplimientos de manera mensual de acuerdo a lo contemplado en el instructivo 002 del 03-01-2024- "CRITERIOS DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL " |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Diligenciar las bases de datos de la Cuenta de Alto Costo de cada patología, de manera permanente. Estas bases deben ser enviadas por el profesional en enfermería responsable del Programa de Gestión de Enfermedades de Alto Costo al médico líder de Gestión Integral del Riesgo en Salud de su regional con el objetivo de que este pueda consolidar, corregir, validar y notificar la información al nivel central en las fechas estipuladas para cada patología | NO | En el periodo informado no se llevó a cabo dicha actividad |
| 4 | Remitir la información solicitada por el líder de Gestión Integral de Riesgo en Salud de la Regional y la información solicitada por la Dirección de Sanidad | SI | Se remitió base actualizada de información sobre casos de Cáncer a la enfermera de Gestión del Riesgo en salud de la Rases 8 el día 17/09/2026 |
| 5 | Gestionar la consecución de los soportes de red propia y red externa correspondientes a cada usuario (historia clínica, laboratorios, medicamentos, facturas, etc.) de manera oportuna, con el fin de ser remitidos al médico correspondiente a la regional y que este a su vez cargue la información en la carpeta del aplicativo FTP dispuesto para tal fin | NO | En el periodo informado no se llevó a cabo dicha actividad |
| 6 | Llevar los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizado los informes estadísticos definidos para la normatividad vigente, y todos aquellos registros necesarios para los procesos de costos y facturación | SI | Se realizo seguimiento a los usuarios de acuerdo a los contratos centralizados |
| 7 | Participar en la definición, estandarización y actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, prevención y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios. | NO | En el periodo informado no se llevó a cabo dicha actividad |
| 8 | Adherirse a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, entre otros). | SI | Utilización de elementos de bioseguridad de acuerdo a los protocolos institucionales socializados por seguridad y salud en el trabajo |
| 9 | Realizar el proceso de archivo teniendo en cuenta y dando aplicación a la ley general de archivo de toda la documentación que le sea asignada. | NO | En el periodo informado no se llevó a cabo dicha actividad |
| 10 | Responder PQRS y diseño del protocolo revisión de historias clínicas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | NO | En el periodo informado no se llevó a cabo dicha actividad |
| 11 | Realizar vigilancia y control a los pacientes del programa de gestión del riesgo de Enfermedades de Alto Costo y remitirlos a la especialidad requerida | SI | Se realiza actividad de vigilancia y control remitiendo a los usuarios a la especialidad requerida |
| 12 | Participación en el comité de Historias Clínicas | SI | Asisitencia a las videoconferência de comitês de seguimento de los contratos centralizados de alto costo<br>Comité DAVITA: 25/08/2026<br>Comité IPS De La Costa. 28/08/2026<br>Comité Medicarte: 28/08/2026<br>Comité RTS: 31/08/2026 |
| | Participar en el proceso de selección del personal de enfermería, apoyo a la oficina de talento | NO | En el periodo informado no se llevó a cabo dicha actividad |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | humano | | |
| 13 | Realizar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna (panel de enfermería – Kardex de enfermería) cuando se requiera | NO | En el periodo informado no se llevó a cabo dicha actividad |
| 14 | Mantener actualizados las bases de datos de los pacientes de riesgo cardiovascular y alto costo | SI | • Se actualiza base de datos de los usuarios de la patología de Cáncer de acuerdo a requerimiento de la Regional |
| 15 | Apoyar el diligenciamiento de las bases de datos de los servicios del grupo prestador de servicios de salud remitidas desde la regional de aseguramiento en salud N8 y Dirección de Sanidad | NO | En el periodo informado no se llevó a cabo dicha actividad |

**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.

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
Patrullero MARGELIS CHINCHILLA MOLINA
Auxiliar de Enfermeria

**CUENTA DE COBRO 2026**
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR**
**POLICIA NACIONAL**
**NIT: 800.140.623-0**

**DEBE A:**

**NOHEMY PINZON GUERRA** identificada com cédula de ciudadanía No. **1.065.594.360** expedida en Valledupar (Cesar), la suma de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MILNOVECIENTOS VEINTE PESOS ($ 3.835.920)** por concepto de las actividades desempeñadas del 27 DE AGOSTO al 26 de SEPTIEMBRE de 2026, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios profesionales Mo. **23-7-20063-26** suscrito con el Departamento de Policía Cesar Unidad Prestadora de Salud Cesar para prestar mis servicios como Enfermera Jefe.

Favor consignar en la **CUENTA DE AHORROS** N° **951-858941-86** del Banco **Bancolombia** de acuerdo al contrato estipulado

Atentamente,

**NOHEMY PINZON GUERRA**

**C.C. No 1.065,594.360 de Valledupar (Cesar)**

**Anexo: Informe de actividades mensuales**
**Copia Planilla asistida**
**Formato Certificación Juramentada**

Valledupar, 28 DE SEPTIEMBRE 2026

Señores:
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR**

Yo, **NOHEMY YULIETH PINZON GUERRA,** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía a N° **1.065.594.360** expedida en Valledupar, 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 asistencial del 1,044% sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 23-7-20063-26 con Departamento de Policía Cesar

| **VALOR A COTIZAR** | | **PLANILLA** |
|---|---|---|
| | | **9510168623** |
| HONORARIOS MENSUALES | $3.835.760 | |
| BASE COTIZACION 40% | $ 1.750.905 | |
| APORTE SALUD 12,5% | $ 218.900 | |
| APORTE PENSION 16% | $ 280.200 | |
| ASISTENCIALES ARL RIESGO II (1,044%) | $ 18.300 | |

Cordialmente:

**NOHEMY PINZON GUERRA**

**C.C. No 1.065,594.360 de Valledupar (Cesar)**

**INFORME DE ACTIVIDADES**
**AGOSTO/SEPTIEMBRE 2026**

Valledupar, 28 DE SEPTIEMBRE 2026
Señores:
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR**
**Ciudad**

Durante el período del 27 DE AGOSTO al 26 de SEPTIEMBRE de 2026, se realizaron las atividades que mas adelante se relacionan, como cumplimiento a las obligaciones contractuales del contrato 23-7-20063-26, cuyo objeto es ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION, COMO ENFERMERO PROFESIONAL, PARA LIDERAR EL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Y APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL GRUPO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR",*** así:

1. Cumplir con los requerimentos, cumplimientos, tareas, reportes y seguimientos del programa de gestión de enfermedades de ALTO COSTO contemplado en instructivo 002 del 30 de enero de 2024 "CRITERIOS DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL "y el plan de trabajo emitido por la Regional de aseguramiento en salud N°8 mediantes comunicado oficial GS-2026-000244-REGI8".

2. Se remitio la información solicitada por el líder de Gestión Integral de Riesgo en Salud de la Regional, en el mês de Agosto de 2026 via correo electronico de acuerdo a lo contemplado em el plan de trabajo estabelecido para tal fin asi:

    - Seguimiento mensual cancer infantil
    - Formato de incidencia y prevalencia
    - Formato plan B de hemohilia
    - Cargue de los indicadores en la plataforma GEINF
    - Seguimiento mensual a tamizaciones de cancer priorizados:
    - Reporte instrumento circular externa 022, incidencias upres cesar

3. Adherencia a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, entre otros).

4. Realizar vigilancia y control a los pacientes del Programa de Gestión de Enfermedades de Alto Costo y remitirlos a la especialidad requerida.

    Asisitencia a las videoconferência de comitês de seguimento de los contratos centralizados de alto costo
    Comité DAVITA: 25/08/2026
    Comité IPS De La Costa. 28/08/2026
    Comité Medicarte: 28/08/2026
    Comité RTS: 31/08/2026

5. Realizar seguimento a la emision de autorizaciones de los paquetes de atencion para los usuários de contratos centralizados.

6. Remision a Rases N8 seguimiento a novidades de contratos centralizados

7. Actualziacion de la base de datos de las patologías de Cancer, información requerida por la Rases N8 8

8. Las demás que sean asignadas de acuerdo con la ley, los reglamentos o la naturaleza del cargo

Atentamente,

**NOHEMY PINZON GUERRA- ENFERMERA JEFE**
C.C. 1.065.594.360 de Valledupar (Cesar)

Valledupar, 28 DE SEPTIEMBRE 2026

Señores:
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR**
**Ciudad**

Respetados señores;

Yo, **NOHEMY PINZON GUERRA**, en calidad de contratista e identificado con cedula de ciudadanía a N° **1.065.594.360** de **Valledupar** 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 Unidad prestadora de Salud Cesar, además mi condición es de NO Declarante del Impuesto sobre la Renta

**NOHEMY PINZON GUERRA—ENFERMERA**
C.C. **1.065.594.360** de **Valledupar**
Teléfono Cel. 3163189109

aportes en línea

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1065594360 | | PINZON GUERRA NOHEMY YULIETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 26 5A55 BARRIO SANTA ROSA | VALLEDUPAR-CESAR | 5726821 | SI |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Cave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-08 | 2026-08 | 93000941 | 95101688623 | I | 2026/09/14 | 2026/09/11 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $517,400 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac vsp vct irl VP | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $18,300 | | $0 | $0 | | $517,400 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $18,300 | | $0 | $0 | | $517,400 |
| Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados) | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $18,300 | | $0 | $0 | | $517,400 |
| 1 | CC | 1065594360 | PINZON NOHEMY | 23030 1 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS002 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,750,905 | 1.044% | $18,300 | 0 | $0 | $0 | No | $517,400 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $18,300 | | $0 | $0 | | $517,400 |