**No. GS-2023- 169594 DESAN**

Bucaramanga, 05 de noviembre de 2023

Señora teniente coronel
RICARDO PICO FIGUEREDO
Jefe Regional del Aseguramiento No 5
Bucaramanga

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No._68-7-200001-23_ **SEPTIEMBRE**
**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X__ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/09/2023** | **Hasta** | **30/09/2023** |

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-2023-002232-REGI5 del 16/01/2023, el señor MY VIVIANA PATRICIA MENDIVELSO DUARTE, obrando en calidad de Jefe Regional del Aseguramiento No 5 (E), nombró como supervisor del contrato a la señora PT YURLEIDY KATERINE ANDRADE DURAN.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual_
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** _7_

1. Informe de supervisión del mes FEBRER o del periodo comprendido entre el 16/02/2023 al 28/02/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-083462-DESAN del 07 junio del 2023.
2. Informe de supervisión del mes MARZO o del periodo comprendido entre el 01/03/2023 al 31/03/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-083485-DESAN del 07 junio del 2023.
3. Informe de supervisión del mes ABRIL o del periodo comprendido entre el 01/04/2023 al 30/04/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-083511-DESAN del 07 junio del 2023
4. Informe de supervisión del mes MAYO o del periodo comprendido entre el 01/05/2023 al 31/05/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-083536-DESAN del 07 junio del 2023
5. Informe de supervisión del mes JUNIO o del periodo comprendido entre el 01/06/2023 al 30/06/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-102724-DESAN del 12 julio del 2023
6. Informe de supervisión del mes JULIO o del periodo comprendido entre el 01/07/2023 al 31/07/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-118829 -DESAN del 08 de agosto del 2023
7. Informe de supervisión del mes agosto o del periodo comprendido entre el 01/08/2023 al 31/08/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-133485 -DESAN del 06 de septiembre del 2023

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **68-7-200001-23** |

| | |
|---|---|
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | **"PRESTACION DE SERVICIOS EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO CLINICO DE III Y IV NIVEL CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 DE CSSMP, IGUALMENTE, LOS SERVICIOS ORDENADOS POR JUECES DE LA REPUBLICA MEDIANTE ACCIÓN DE TUTELA Y LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, PARA LOS USUARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N° 5", GRUPO 1: UPRES SANTANDER** |
| **Contratista** | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS INTEGRALES " GESTIONARBIENESTAR " |
| **Representante legal** | FABIO RENE RINCON NAVARRO |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | **$84.000.000,00** |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | **$115.000.000,00** |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | **$84.000.000,00** |
| **Plazo de ejecución inicial** | **05 MESES** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | **16/02/2023** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | **31/07/2023** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | **N/A** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | **30/09/2023** |
| **Adiciones** | N/A |
| **Modificatorios** | MODIFICACIÓN 001-2023 AMPLIACIÓN PLAZO A 30/09/2023 ADICION PRESUPUESTO $31.000.000 |
| **Prorrogas** | N/A |
| **Otros** | N/A |

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

**1.1 Acciones adelantadas:**

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplir con el objeto contractual. | SI | Informe de Recibido de Satisfacción , el cual reposa en el archivo en la dependencia de Tesorería de la Unidad Prestadora de Salud Establecimiento de Sanidad Santander, |
| Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar. Sena e ICBF) según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012 por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. | SI | Informe de Recibido de Satisfacción, el cual reposa en el archivo en la dependencia de Tesorería de la Unidad Prestadora de Salud Establecimiento de Sanidad Santander, con la facturación entregada del gasto realizado. |

| | | |
|---|---|---|
| Prestar el servicio siempre y cuando las muestras se entreguen con la orden de servicio externo, debidamente diligenciada por el médico tratante con la firma y sello, sello e impresión diagnóstica, firma del Médico de Autorizaciones, Referencia y Contrarreferencia, y firma del paciente, y anexar el carné policial y documento de identidad o autorización legal, y que la fecha de autorización no pase de 60 días calendarios. En caso de que se presente usuarios con contraseña de cédula y/o denuncia de documentos perdidos | SI | Informe de Recibido de Satisfacción, el cual reposa en el archivo en la dependencia de Tesorería de la Unidad Prestadora de Salud Establecimiento de Sanidad Santander, con la facturación entregada del gasto realizado. |

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) | | |
| Cumplir con el objeto contractual. | SI | EL CONTRATO SE EJECUTO CON NORMALIDAD |
| 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 | EL CONTRATO SE EJECUTO CON NORMALIDAD |
| Facturar los servicios prestados acorde a las tarifas ofertadas. | SI | EL CONTRATO SE EJECUTO CON NORMALIDAD |
| La entidad contratada debe presentar los siguientes soportes para el cobro de los servicios prestados:<br>a. Factura que relacione las atenciones prestadas a los usuarios de la POLICIA NACIONAL.<br>b. Orden médica de los exámenes solicitados dada por el médico tratante ya sea de la red propia o la red externa.<br>c.Boleta de autorización expedida por el Coordinador de Servicios Ambulatorios, generada en referencia o por los servicios de urgencia, hospitalización o laboratorio en la noche.<br>d. Copia del Carnet o constancia vigente expedida por Talento humano del comando.<br>e. Copia del documento de identidad del usuario atendido.<br>f. Copia de los soportes médicos que permitan auditar los servicios prestados como reporte de resultados.<br>g. Copia de la hoja del Contrato donde se encuentra el Registro Presupuestal del mismo.<br>h. Certificación Pago Aportes Parafiscales.<br>i. Suministrar mensualmente los RIPS a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 DE SANTANDER | SI | EL CONTRATO SE EJECUTO CON NORMALIDAD |

**2. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

No se presenta ninguna novedad.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (222) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (0) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

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

La Regional de Aseguramiento No 5 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento No 5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5** serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS PRESTADOS ASI:
:
Enviar la facturación los 5 (cinco) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento No 5 ubicada en la Avenida 61 No. 10-200 Ciudadela Real de Minas de la Ciudad de Bucaramanga con los siguientes soportes:

a. Factura que relacione las atenciones prestadas a los usuarios de la POLICIA NACIONAL.
b. Orden médica de los exámenes solicitados dada por el médico tratante ya sea de la red propia o la red externa.
c. Boleta de autorización expedida por el Coordinador de Servicios Ambulatorios, generada en referencia o por los servicios de urgencia, hospitalización o laboratorio en la noche.
d. Copia del Carnet o constancia vigente expedida por Talento humano del comando.
e. Copia del documento de identidad del usuario atendido.
f. Copia de los soportes médicos que permitan auditar los servicios prestados como reporte de resultados.
g. Copia de la hoja del Contrato donde se encuentra el Registro Presupuestal del mismo.
h. Certificación Pago Aportes Parafiscales.
i. Suministrar mensualmente los RIPS a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 DE SANTANDER.

**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 | $ 115.000.000,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 82.702.630,00 | 72% |
| Valor total facturado | $ 82.702.630,00 | 72% |
| Valor facturado pendiente de pago | **$ 2.875.615,00** | 3% |
| Valor pagado | $ 79.827.015,00 | 69% |
| Valor pendiente de entrega | $ 32.297.370,00 | 28% |

**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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 del 28/02/2023 | N/A | 16/02/2023 AL 28/02/2023 | N/A | N/A | N/A | 00 | N/A |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 002 del 31/03/2023 | N/A | 01/03/2023 AL 31/03/2023 | N/A | N/A | N/A | 00 | N/A |
| 003 del 30/04/2023 | $9.331.275 | 01/04/2023 AL 30/04/2023 | $9.331.275 | FEC7223 | $9.331.275 | 00 | 186258623 |
| | $ 844.872 | | $844.872 | FEC7240 | $844.872 | | 186253023 |
| 004 del 31/05/2023 | $18.097.963 | 01/05/2023 AL 31/05/2023 | $18.097.963 | FEC7744 A FEC8003 | $18.097.963 | 01 | 249011123 |
| 005 del 30/06/2023 | $18.224.894 | 01/06/2023 al 30/06/2023 | $18.224.894 | FEC 7243 a la FEC 7563 | $18.224.894 | 02 | **249011123** |
| 06 del 31/07/2023 | **$19.250.277** | 01/07/2023 al 31/07/2023 | **$19.250.277** | FEC8179 AL FEC8311 | **$19.250.277,00** | 03 | PENDIENTE |
| 07 del 31/08/2023 | **$6.079.111** | 01/08/2023 al 31/08/2023 | **$6.079.111** | FEC8475 al FEC8550 | **$6.079.111,00** | 04 | PENDIENT |
| 08 del 31/08/2023 | **$7.448.723,00** | 01/08/2023 al 31/08/2023 | **$7.448.723,00** | FEC8556 al FEC8897 | **$ 7.448.723,00** | 05 | PENDIENT |
| 09 30/09/2023 | **$549.900,00** | 01/09/2023 AL 30/09/2023 | **$549.900,00** | FEC9088 | **$549.900,00** | 06 | Pendiente |
| 30/09/2023 | **$2.875.615,00** | 01/09/2023 AL 30/09/2023 | **$2.875.615,00** | FEC9077 al FEC9289 | **$2.875.615,00** | 07 | Pendiente |

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

SE EJECUTO CON NORMALIDAD

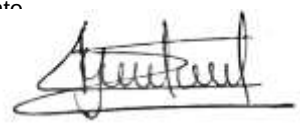
**RECOMENDACIONES**

***El contrato se ejecutó con normalidad y se da concepto de favorabilidad para nueva contratación.***

**4 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_____


Subintendente **YURLEIDY KATERINE ANDRADE DURAN**
Responsable Servicio de Laboratorio clínico
Supervisor Contrato No. **68-7-200001-23 (SFI 001)**
Correo electrónico yurleidy.andrade3763@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3105563273