No. GS- 2021- -040220 **RASES – JEFAT- 29.10**

Neiva, Junio 8

Teniente Coronel
JENNY MARCELA CALVO BERNAL
Jefe Regional Aseguramiento en Salud N°2
Neiva

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **85-7-20056-2020**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X **O FINAL** ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	01/04/2021	Hasta	30/04/2021

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 S-2020-059916-DEUIL de fecha 2 de septiembre, la señora Teniente Coronel **JENNY MARCELA CALVO BERNAL**, obrando en calidad de Jefe Regional Aseguramiento en Salud N°2 nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora SM 116 LINA MARIA LONDOÑO CASTRO.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 8**

  1. Informe de supervisión del mes de septiembre, periodo comprendido entre el 2/09/2020 y el 30/09/2020, presentado mediante informe N° 1 de fecha 6 de octubre de 2020, corregido y publicado nuevamente en el SECOP el 12 de noviembre de 2020.

  2. Informe de supervisión del mes de octubre, periodo comprendido entre el 1/10/2020 y el 31/10/2020, presentado mediante informe N° 2 de fecha 10 de noviembre de 2020, publicado en el SECOP el 11 de noviembre de 2020.

3. Informe de supervisión del mes de noviembre, periodo comprendido entre el 1/11/2020 y el 30/11/2020, presentado mediante informe N° 3 de fecha 9 de diciembre de 2020 y publicado en el SECOP el 11 de diciembre de 2020.

4. Informe de supervisión del mes de diciembre, periodo comprendido entre el 1/12/2020 y el 31/12/2020, presentado mediante informe N° 4 de fecha 12 de enero de 2021 y publicado en el SECOP el 14 de enero de 2021.

5. Informe de supervisión del mes de enero, periodo comprendido entre el 1/01/2021 y el 30/01/2021, presentado mediante informe N° 5 de fecha 5 de febrero de 2021 y publicado en el SECOP el 9 de febrero de 2021.

6. Informe de supervisión del mes de febrero, periodo comprendido entre el 1/02/2021 y el 28/02/2021, presentado mediante informe N° 6 de fecha 8 de marzo de 2021 y publicado en el SECOP el 16 de marzo de 2021.

7. Se entrega informe de supervisión del mes de Marzo, periodo comprendido entre el 1/03/2021 y el 31/01/2021, presentado mediante el informe N° 7 con el radicado N° GS-2021 00729 de fecha 3 de junio de 202.

8. Se entrega informe de supervisión del mes de abril, periodo comprendido entre el 1/04/2021 y el 30/04/2021, mediante radicado N° GS-2021 - 0 4 0 2 2 1 fecha 08 JUN 2021

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	85-7-20056-2020
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN SERVICIO DE TRATAMIENTO INTEGRAL EN REHABILITACIÓN A PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y TRASTORNOS DEBIDO AL USO Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS A LOS BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2.
Contratista	CLINICA ESPECILIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGO FERRER S.A.S
Representante legal	YENNY JOHANA BARON LONDOÑO
Valor inicial del contrato u orden de compra	Cuarenta y cinco millones de pesos moneda legal ($45.000.000)
Valor adiciones del contrato u orden de compra	Veinte dos millones quinientos mil pesos moneda legal ($22.500.000)
Valor total del contrato u orden de compra	Sesenta y siete millones quinientos mil pesos moneda legal ($67.500.000)
Plazo de ejecución inicial	8 meses
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	02/09/2020
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/05/2021

Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	1/06/2021
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	30/09/2021
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:

Se informa que con la entidad no se ha tenido ningún inconveniente con la prestación de sus servicios contratados, no hay novedades con los usuarios y se cumple a cabalidad pactado en la atención de los pacientes que hacen tratamiento de internación en la clínica de adicciones, sin embargo por cambios desde el nivel central con relación a modificaciones en la presentación y emisión de la facturación para entidades que contratan con el sector público por parte del ministerio de hacienda este mes de abril se presentó novedades para la entrega de la facturación como está establecido puesto, recordando a la entidad que con las indicaciones emitidas al finalizar el mes de abril se espera que la facturación de mayo no presente estos inconvenientes.

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	
Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	Si	
Constituir en debida forma y aportar al grupo de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud N°2, la Garantía Única dentro de los DOS (02) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato	Si	
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	
No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretenda 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	

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	
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 ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago	Si	Se anexa Planilla de pagos fiscales N° 50325935 con pago de Pensión mes de abril y salud mes de mayo y certificado de cumplimiento a pagos firmado por el contador de la entidad.
Responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	Si	
El CONTRATISTA es el único responsable por las consecuencias que puedan derivarse del incumplimiento de las normas aquí especificadas y no puede reclamar compensación alguna en dinero, ni en ampliación del plazo contractual.	Si	
En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, se deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo; igual forma informar cuando el contrato se haya ejecutado hasta en un 70%.	Si	
El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	Si	
Es obligación por parte del CONTRATISTA publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas	Si	
Disponer de 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 e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen.	Si	
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	

Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como CONTRATISTA 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 N°2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del CONTRATISTA. En este sentido, El CONTRATISTA 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 N°2.	Si	
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	
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	
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 médico-legales 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	
El CONTRATISTA autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de CONTRATISTAS adscritos a la red de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud N°2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales.	SI	
Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia.	Si	
EL CONTRATISTA se obliga a presentar y suministrar información veraz.	SI	
Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el CONTRATISTA, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial	Si	

EL CONTRATISTA 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	
EL CONTRATISTA 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	
EL CONTRATISTA garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, es idóneo y cuenta con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones.	Si	
Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes	Si	
EL CONTRATISTA 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 CONTRATISTA se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el CONTRATISTA deberá responder ante la Regional de Aseguramiento en Salud N°2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error en la Regional de Aseguramiento en Salud N°2 a cualquier tercero.	Si	
No usar el nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud N°2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos.	Si	
Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993; así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	Si	

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Internación no hospitalaria a puerta cerrada, Hotelería con alojamiento, alimentación completa (desayuno, almuerzo, cena, dos refrigerios) y supervisión permanente.	SI	
Valoración inicial de ingreso, seguimiento mensual y valoración de egreso.	SI	

Valoración inicial de ingreso y 2 psicoterapias mensuales.	SI	
Valoración inicial de ingreso y 2 sesiones individuales por semana para un total de 8 al mes	SI	
Aplicación prueba de personalidad al paciente.	SI	
Valoración inicial de ingreso individual y familiar, 1 Sesión semanal para un total de 4 al mes.	SI	
Valoración inicial de ingreso, 1 seguimiento mensual y plan de trabajo ocupacional durante el tratamiento.	SI	
Valoración de ingreso, un seguimiento mensual, valoración de egreso, supervisión y apoyo de minutas alimenticias a la entidad.	SI	
80 terapias o talleres realizadas por miembros del equipo interdisciplinario.	SI	
8 Terapias Mensuales realizadas por el equipo Psicosocial (Psicólogo y Trabajador Social)	SI	
Atención individual y familiar por equipo interdisciplinario pos finalización del tratamiento.	SI	
OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS	**CUMPLIÓ**	**OBSERVACIONES**
El oferente certifica que las instalaciones ofrecidas cumplen con los requisitos mínimos de habilitación, situación que se debe verificar a través de la CERTIFICACIÓN VIGENTE DE HABILITACIÓN DE SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL donde se encuentre ubicado, según Resolución 3100 de 2019. (Anexar certificaciones de habilitación de servicios ofrecidos).	Si	
El oferente deberán **certificar** por escrito que no se encuentran relacionados en el Registro Único de Infractores Ambientales R.U.I.A	Si	
El oferente BRINDARÁ atención con calidad a los usuarios de manera permanente las 24 horas del día los 7 días de la semana conforme este en su tratamiento terapéutico.	Si	
El oferente entregará formalmente al contratante el Plan de Atención Integral PAI y/o su modelo de atención terapéutico para la rehabilitación a problemas de adicciones que ofrecerá al beneficiario durante su tratamiento en al iniciar el proceso contractual. (Anexar documento).	Si	
El oferente suministrará y dotará a todos sus funcionarios los elementos de bioseguridad, dotación, insumos y demás equipos que se requieran para la ejecución del presente proceso contractual, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas, sin costo adicional para la Regional de Aseguramiento en Salud N°2.	Si	

El tratamiento terapéutico de rehabilitación a los usuarios deberá ser prestado por personal idóneo en cada una de las áreas de intervención y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.	Si	
Durante la ejecución del contrato, la entidad estará dispuesta y será de puertas abiertas para la realización de visita de auditoria por pares al proceso de atención ofrecido a los usuarios.	N/A	Aplica para una única vez durante la ejecución del contrato.
Una vez finalice el proceso de atención de cada paciente, el Oferente deberá **entregar el informe de cierre**, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos propuestos y metas trazadas, en relación a su plan de tratamiento inicial desde cada una de las áreas de intervención, generando las recomendaciones necesarias a la familia para su adecuado reintegro al medio Socio-familiar y laboral.	N/A	Esta especificación solo aplica para cuando hay terminación de procesos terapéuticos.
El oferente deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación del servicio a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.	Si	
El oferente deberá responder por los eventos adversos que surjan en desarrollo de la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos, anexando certificados y análisis de la causa raíz cuando esto ocurra.	Si	
Para la autorización del servicio, el CONTRATISTA deberá solicitarla formalmente de manera mensual ante la oficina de referencia y contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°2, anexando la justificación del médico tratante, copia del carne y documentos de identificación	Si	
ANEXAR el plan de gestión integral de residuos generados en la atención de salud y otras actividades **(PGIRASA)**, según lo determinado por las Resoluciones 1164 de 2002 y la 0351 de 2014.	Si	
Certificar, que la empresa cuenta con una empresa debidamente autorizada por la Corporación Autónoma Regional competente para realizar la recolección de residuos peligrosos.	Si	
El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo*" y la Resolución No. 0312 de 2019 *"Por la cual se definen*	Si	

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Se informa que teniendo en cuenta las fallas presentadas por la con la plataforma Olimpia para la aceptación de las facturas y luego de la indicación que se emite desde la oficina de cuentas medicas con relación a la indicación que realiza el ministerio de hacienda para la facturación de las entidades a las que se les realiza auditoria clínica, las cuales por ahora pueden facturar electrónicamente sin enviar a la plataforma Olimpia y hacer allegara a factura a la entidad estatal, es así como las facturas del mes de abril fueron allegadas mediante correo certificado con los respectivos soportes a la Jefatura Regional de Aseguramiento en Salud, quedando con radicación de fecha el 24/05/2021, factures de las cuales anexo copia a este informe descritas a continuación.

Facturas correspondientes al mes abril PC13493 Paciente JENNIFER LIZET OTALORA ANDRADE, un mes competo de tratamiento por valor de $ 2.830.000 pesos y factura PC13494 paciente DALIA STEFANIA RUIZ un mes competo de tratamiento por valor de $ 2.830.000 pesos, para un total final de la cuenta de abril por valor de $ 5.660.00

Teniendo en cuenta que el contrato desde su inicio no ha tenido ninguna modificación y se requiero hacer ajuste presupuestal para la continuidad de la prestación del servicio a usuarios internos a la fecha, se realizaron todos los tramites administrativos correspondientes para hacer la modificación en tiempo y presupuesto quedando este trámite con fecha 27 abril en la que se modifica el tiempo haciendo su extensión por cuatro meses más a partir del 1 de junio hasta el 30 de septiembre de 2021 y se adicionan $22.500.000 veintidós millones quinientos mil pesos N/CTE al contrato inicial.

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta la facturación que la entidad emitió para el mes de abril por la prestación de sus servicios, el consumo a corte 30 de abril en la ejecución presupuestal del contrato esta en 53.9%.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido **(241)** días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando **(153)** días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

FACTURACIÓN: La Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Neiva (Huila) dentro de los cuarenta y cinco días (45) días hábiles siguientes a la presentación de la factura comercial y asignación del turno para el pago en Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, previa verificación de la auditoría de cuentas médicas de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).

FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO: La radicación de la factura, que cumpla con los requisitos establecidos en el Código de Comercio (arts. 621, 774 y demás concordantes) y Estatuto Tributario (arts. 616 – 1, 617 y conexos) impresa y en medio magnética de los servicios prestados, o el documento

equivalente (cuenta de cobro), se debe hacer dentro de los CINCO (05) primeros días calendario del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con:

- Recibido a satisfacción del supervisor del contrato.
- Certificado expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal si está obligado a tener del cumplimiento de pago de parafiscales y seguridad social.
- Soporte de la relación general de pacientes atendidos, detallando en la pre-factura (si ellos aplica) por cada uno de ellos las atenciones con firmada del usuario y/o acudiente.
- Soportes de Ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura cuando ella se presenta, deberá venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja, con lápiz; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Debe presentar los indicadores de calidad de acuerdo al Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.
- Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas o cuentas de cobro que no presenten objeciones

OBJECIONES Y GLOSAS: En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, éstas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el artículo 57 Ley 1438 de 2011.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

En este espacio se debe informar el valor total de los pagos efectuados, valor del mismo y porcentaje, así:

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	$67.500.000,00	-
Valor total de las entregas	$36.412.667,00	53.9%
Valor total facturado	0	0%
Valor facturado pendiente de pago	0	0%
Valor pagado	0	0%
Valor pendiente de entrega	$31.087.337,00	46.1%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)							
No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**

A la fecha de emisión de este informe se realizó por parte de la oficina de cuentas reportes de pagos realizados a corte 2 de junio, con reporte de pago para la entidad de su factura pendiente del mes de febrero, sin más pagos anotados, razón por la cual está quedando a la fecha pendiente por pagar a la Clínica Especializada de Adicciones la facturación emitida para el mes de marzo y abril del presente año.

5. RECOMENDACIONES

1. El supervisor verifico planillas de pagos frente a las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF) que debe asumir el contratista como parte elemental para los pagos para el mes de marzo y abril como soporte para la cuenta de cobro de los tratamientos ofrecidos a los pacientes en el mes de abril.

2. Se recuerda a la entidad que continua prestando los servicios de rehabilitación integral al consumo de sustancias psicoactivas con habilitación y disponibilidad de los profesionales requeridos para tan fin como lo estipula el contrato, sin que se presente al momento ninguna novedad en la ejecución del contrato.

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 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 Lina Maria Londoño Castro
Grado y Nombres SM116. LINA MARIA LONDOÑO CASTRO
Cargo Trabajadora Social Grupo servicios asistencias ESPCO Huila
Supervisor Contrato No. 85-7-20056-2020
Correo electrónico: lina.londono@orreo.policia.gov.co
No. Celular: 3123978124

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900671201-7	CLINICA ESPECIALIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGÓ FER	CR 30 12 D SUR 70	3123381837	psicoadiccioneslafe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CAQUETÁ	FLORENCIA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				8	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-04	E		50325935	$4.168.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	963.400	0		0		0	0	0	0	963.400	5
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	290.800	0	0	0	0	0	0		290.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	436.200	0	0	0	0	0	0		436.200	3
231001	Colfondos	800227940-6	290.800	0	0	0	0	0	0		290.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	651.500	0	0	0	0	0	0		651.500	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	254.500				254.500	0	0	254.500			2.545	254.500	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF13	Comfaca	891190047-2	417.600	0	0	417.600	8

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900671201-7	CLINICA ESPECIALIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGÓ FER	CR 30 12 D SUR 70	3123381837	psicoadiccioneslafe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CAQUETÁ	FLORENCIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-04	E		50325935	$4.168.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
209.000	0	0	209.000	8
ICBF				
313.400	0	0	313.400	8
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	1.304.200	1.304.200
Pensión	4	1.669.300	1.669.300
Riesgos Laborales	1	254.500	254.500
CCF	1	417.600	417.600
ESAP	0	0	0
ICBF	1	313.400	313.400
MEN	0	0	0
SENA	1	209.000	209.000
TOTALES	12	4.168.000	4.168.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900671201-7	CLINICA ESPECIALIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGÓ FER		CR 30 12 D SUR 70	3123381837	psicoadiccioneslafe@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CAQUETÁ	FLORENCIA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-04	E		50325935	$4.168.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Desplazado	IRP	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17648175	LONDOÑO PARRA JHON JAIRO	1	0			N																	25-14	908.526	145.400	0	0	0	0	MIN001	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200	CCF13	908.526	36.400	908.526	18.200	27.300	0	0
2	CC	26422288	BARÓN LONDOÑO YENNY JOHANNA	1	0			N																	230201	1.817.052	290.800	0	0	0	0	EPS005	1.817.052	227.200	14-11	1.817.052	3	44.300	CCF13	1.817.052	72.700	1.817.052	36.400	54.600	0	0
3	CC	28542766	NEIRA AROCA ALEJANDRA	1	0			N																	231001	1.817.052	290.800	0	0	0	0	EPS005	1.817.052	227.200	14-11	1.817.052	3	44.300	CCF13	1.817.052	72.700	1.817.052	36.400	54.600	0	0
4	CC	30505258	ALMARIO BERMEO LIDA CONSTANZA	1	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	ESSC62	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200	CCF13	908.526	36.400	908.526	18.200	27.300	0	0
5	CC	40077118	LEON VIRGUEZ YENNI	1	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS016	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200	CCF13	908.526	36.400	908.526	18.200	27.300	0	0
6	CC	40774281	LONDOÑO PARRA MARIA YENNY	1	0			N																	25-14	1.345.500	215.300	0	0	0	0	EPS005	1.345.500	168.200	14-11	1.345.500	3	32.800	CCF13	1.345.500	53.900	1.345.500	27.000	40.400	0	0
7	CC	55087085	SIERRA OLAYA KATIA MARGARITA	1	0			N																	25-14	1.817.052	290.800	0	0	0	0	EPS005	1.817.052	227.200	14-11	1.817.052	3	44.300	CCF13	1.817.052	72.700	1.817.052	36.400	54.600	0	0
8	CC	40610591	CUMBER TRUJILLO DELLANIRA	1	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS005	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200	CCF13	908.526	36.400	908.526	18.200	27.300	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

*IVA Régimen Común
*Actividad Económica DIAN 8610
*Actividad Económica ICA Florencia 303-08 Tarifa 6x1000
*Facturación Electrónica
*Favor practicar Retención en la Fuente 2%.
*Decreto 2499 de 2012.

CLINICA ESPECIALIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGO FERRER SAS
NIT 900671201-7

Dirección: Carrera 30 No. 12D Sur - 70 B° Bruselas
Correo: facturacionclinicalafe@gmail.com
TEL 3153783413 FLORENCIA - COLOMBIA

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 18764001543351 de 01/08/2020 hasta 01/08/2021
Rango Autorizado del PC12001 al PC16000

SEÑORES:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2

Tipo documento: NIT
No.: 900419719-1

Dirección: lina.londono@correo.policia.gov.co - CRA 22 SUR 26A 21 FLORENCIA - COLOMBIA

Factura electrónica de venta No.:	**PC13493**
Fecha de emisión:	19/05/2021
Fecha de vencimiento:	18/06/2021
Forma de pago:	Crédito
Medio de pago:	Trasferencia bancaria

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	VALOR UNITARIO	% DESC	VALOR IMPTO	VALOR TOTAL
1	S12710B	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL DE COMPLEJIDAD MEDIANA - DEL 1 AL 30 DE ABRIL 2021	94	1	2,830,000.00	0	0.00	2,830,000.00

1 Items

Observaciones: #$16-01-02-04;85-7-20056-2030;Lina.londono@correo.policia.gov.co#$ TI 1118532884 - JENNIFER LIZETH OTALORA ANDRADE

DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL PESOS COLOMBIANOS

SUBTOTAL	2,830,000.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 0%	0.00
COPAGO	0.00
TOTAL	2,830,000.00

Responsabilidad fiscal: R-99-PN
Razón social: BIT CONSULTING S.A.S
NIT: 830005677
Nombre software: DOCUMENTEME
Código proveedor tecnológico: 010

Firma electrónica:
3oBy4HaVHdMDgYtEh6qxPZqXaiduzQdKQSutJiePDaPqcgmGYL15tIs7cGwYpwcikSEAPkREfCVIm3pmk8/n3jgLU3
YHGyd8vNJD9aztCTnu9o46u3A9khxwFwhdyS0Gj7NxkIM5Q+NYhlKXFPv2ECpHGo
+LdiivniSthUUs5wMP/fei185YosCHffCc8H9aEhjKImKPoAI1uNAfxCbX7+OAq3lvw3/i3c8ctUrezXtrtEefckD/UUyG7
Tsc7If++x3+5+U+ffitWzn2a2CQJSDJ0e9GAJzGNh/G5eZI0JU7TXqwEcVB4PCgsUGF/iRHUX2SxyZOSxqJ
+pNFOIuQFg==

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ÁRTICULO 772 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y LEY 1231/08.

Fecha y hora de generación: 5/19/2021 4:42 PM Fecha y hora de expedición: 5/19/2021 4:42 PM

CUFE: 0e0b1e3f18e9681b9170bf93158e69868da872da22298621ffd40f43669af7983fd683797703a0062882b04e23aecf9a

Generado por: Documenteme by NOOVA

*IVA Régimen Común
*Actividad Económica DIAN 8610
*Actividad Económica ICA Florencia 303-08 Tarifa 6x1000
*Facturación Electrónica
*Favor practicar Retención en la Fuente 2%.
*Decreto 2499 de 2012.

CLINICA ESPECIALIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGO FERRER SAS
NIT 900671201-7

Dirección: Carrera 30 No. 12D Sur - 70 B° Bruselas
Correo: facturacionclinicalafe@gmail.com
TEL 3153783413 FLORENCIA - COLOMBIA

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 18764001543351 de 01/08/2020 hasta 01/08/2021
Rango Autorizado del PC12001 al PC16000

SEÑORES:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2

Tipo documento: NIT
No.: 900419719-1

Dirección: lina.londono@correo.policia.gov.co - CRA 22 SUR 26A 21 FLORENCIA - COLOMBIA

Factura electrónica de venta No.:	**PC13494**
Fecha de emisión:	19/05/2021
Fecha de vencimiento:	18/06/2021
Forma de pago:	Crédito
Medio de pago:	Trasferencia bancaria

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	VALOR UNITARIO	% DESC	VALOR IMPTO	VALOR TOTAL
1	S12710B	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL DE COMPLEJIDAD MEDIANA - DEL 1 AL 30 DE ABRIL 2021	94	1	2,830,000.00	0	0.00	2,830,000.00

1 Items

Observaciones: #$16-01-02-04;85-7-20056-2030;Lina.londono@correo.policia.gov.co#$ CC 1006514012 - DALIA STEFANIA RUIZ RUEDA

DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL PESOS COLOMBIANOS

SUBTOTAL	2,830,000.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 0%	0.00
COPAGO	0.00
TOTAL	2,830,000.00

Responsabilidad fiscal: R-99-PN
Razón social: BIT CONSULTING S.A.S
NIT: 830005677
Nombre software: DOCUMENTEME
Código proveedor tecnológico: 010

Firma electrónica: NDN8EB7X+qY6+ca6NEEnszawxEvYj6K4hCpOHNJtjeE/GnhuyvT7J1SmAjrwk
+Qe710e/TLLGBbGKWvJc+g+ZzGdXuOPzoObS8Pblp2GjL0Z/
+c9fk0pGs1TgkkxcDz69NQZw71PyyzIPpTMIwcQWpowxgfIxWKWPhtKe6j8xm8FkvWMFCcb7DtezOO7sEbUU9Bs
oap3pFiYzb4+1q7vVMny5m3jI8tRZrQR8DJ3ebuvy/ct1giJmnpA/4fnGoVMnh+X49Ihq6VGKmujtURBPwII4Lq
+RLXjSRy7MLqfvQZMU0ITZ/nDGsh9Hut!ZKDkDmav12H3gx/3w657D4oA6w==

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ÁRTICULO 772 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y LEY 1231/08.

Fecha y hora de generación: 5/19/2021 5:18 PM Fecha y hora de expedición: 5/19/2021 5:18 PM

CUFE: 7ce44e57e1d7c9858d27d88251024fd1df3291cf5577cf16b989ee7f6a239c77254a1e15442e18fc6a2a4e01c173200f

Generado por: Documenteme by NOOVA