| | | |
|---|---|---|
| CODIGO: 2BS-FR-0019 | PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS | POLICIA NACIONAL |
| FECHA: 19-08-2015 | INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL | |
| VERSION: 4 | | |

(APLICA PARA CONTRATOS DE COMPRAVENTA, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTRO E INTERADMINISTRATIVOS)

Ciudad y fecha : 05 de Abril de 2021

No. REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1

Señor
**MAURICIO ALEXANDER PIÑEROS CORTES**
**Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N.1**
Bogotá

Asunto: Informe de supervision contrato N° 81-7-20162-20 Mes reportado MARZO

| 1. PRÓRROGA No. | | 2. ACLARATORIO No. | 3. MODIFICATORIO No. | 4. OTROS |
|---|---|---|---|---|
| INCIO | TERMINO | FECHA | FECHA | FECHA |
| | | | | |

| 5. OBJETO | 6. CONTRATISTA | 7. PLAZO DE EJECUCION | BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS | | | RECIBIDO | | PENDIENTE POR RECEPCION | | 15. OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 8. DESCRIPCION | 9. CANTIDAD | 10. VALOR | 11. CANTIDAD | 12. VALOR | 13. CANTIDAD | 14. VALOR | |
| "PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA, PARA EL USUARIO HAROL ANDRES CHAVEZ SANCHEZ CON CEDULA NÚMERO 1007554778 BENEFICIARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTE A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, EN CUMPLIMIENTO A FALLO DE TUTELA No. 11001-33-35-012-2020 - 00243-01" | FUNDACION APRENDER A VIVIR | Vigencia | Objeto del Contrato | Hasta Agotar Presupuesto | $28 500 000 | 1 usuario atendido en Diciembre de 2020 | $ 1 000 000 | | $ 27 500 000 | porcentaje ejecutado 64% |
| | | incio. 21/12/2020 | | | $ 27 500 000 | 1 usuario atendido en Enero de 2021 | $ 3 000 000 | | $ 24 500 000 | |
| | | termino: 30/12/2021 | | | $ 24 500 000 | 1 usuario atendido en Febrero de 2021 | $ 3 000 000 | | $ 21 500 000 | |
| | | | | | $ 21 500 000 | 1 usuario atendido en Marzo de 2021 | $ 3 000 000 | | $ 18 500 000 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | Adición: | | | | | | | | |
| | | termino: | | | | | | | | |
| | | valor: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | VALOR TOTAL | | | 28.500.000,00 | | | | | |

| | |
|---|---|
| SI ____ | 17 Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplio con lo establecido en las clausulas y especificaciones tecnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23 del presente formato. |

Escaneado con CamScanner

| 16. El contratista cumplió con lo establecido con las clausulas contractuales? | | |
|---|---|---|
| | NO. ____ | 18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No_____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato. |

**19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS**

| 20. ÍTEM Y/O NUMERAL | 21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.**

| 24. ÍTEM Y/O NUMERAL | 25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| | | Factura FFE480 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES**

**Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido**
**SI ___ NO ___**

Grado y Nombre del Supervisor ____CPS04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA_____
Cargo_____ Lider Salud Mental _____
Teléfonos: ____ 3104742095
Anexos: ( Relacionar )

Firma _____

Escaneado con CamScanner

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Bogotá, D.C. 7 ABRIL 2021 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1 |
| Tipo de contrato | <table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table> |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 81-7-20162-20 |
| Constancia de recibido No. | 04 |
| Contratista: | FUNDACION APRENDER A VIVIR |
| NIT del contratista: | 830507712-4 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACION Y REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA PARA EL USUARIO HAROL ANDRES CHAVEZ SANCHEZ CON CEDULA NÚMERO 1007554778 BENEFICIARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, PERTENECIENTE A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, EN CUMPLIMIENTO A FALLO DE TUTELA N. 11001-33-35-012-2020-00243-01 |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | NO APLICA |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 28.500.000 |

Escaneado con CamScanner

| | |
|---|---|
| Plazo de ejecución: | 21/12/2021 AL 30/12/2021 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Cra 68 B bis No 44-58 Edificio BG EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre A, ubicado en la ciudad de Bogotá |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | CPS04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA<br><br>Líder Salud Mental UPRES BOGOTA |
| Fecha de entrega certificada: | Del: 01/03/2021 Al: 30/03/2021 |

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2021

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RASES N.1 | 16 | PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, PARA EL USUARIO HAROL ANDRES CHAVEZ SANCHEZ CON | $ 3.000.000 | $ 3.000.000 | 0 | 0 |

Escaneado con CamScanner

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CEDULA NÚMERO 1007554778 BENEFICIARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTE A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, EN CUMPLIMIENTO A FALLO DE TUTELA No. 11001-33-35-012-2020 - 00243-01 | | | | |
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA | | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| FVE-480 | 07/04/2021 | $ 3.000.000.00 | | $ 3.000.000.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $ 3.000.000.00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE CERTIFICA QUE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ANEXO N.2 Y CONDICIONES ESTIPULADAS DEL CONTRATO
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: SE AVALA EL PAGO DE LA FACTURA ANUNCIADA EN LA SIGUIENTE PLANILLA PARA EL PERIODO DE 01 AL 30 DE MARZO DE 2021

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Atención encaminada al tratamiento de la dependencia y el consumo (no se contempla el tratamiento de desintoxicación y del síndrome de | sI__ No___ | |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | abstinencia), el cual incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y/o ludopatía además de la intervención orientada a la reinserción social la cual hace referencia al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas alcoholismo y/o ludopatía; ésta área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes:<br><br>• Familiar<br>• Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo.<br>• Asesoramiento educativo.<br>• Alojamiento o Vivienda.<br><br>Habiendo posibilidad de diversos enfoques en el tratamiento se contará con un enfoque aceptado y validado internacionalmente.<br><br>El proceso terapéutico en general estará comprendido por las intervenciones farmacológicas determinadas por el médico psiquiatra y las intervenciones psicosociales que corresponderán a la acción terapéutica del equipo interdisciplinario.<br><br>La intervención incluirá las modalidades de tratamiento ambulatorio, atención de mediana intensidad y la modalidad de Internamiento, estableciendo un tiempo mínimo de cuatro (4) meses y quince días (15), de tal manera que se prestará la intervención en dos modalidades: | | |
| 2 | Tratamiento con Internación, el cual es proyectado para una duración de 6 mesei y 15 días y 6 meses de soporte ambulatorio. | **si__ No___** | |

**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 DE SUPERVISOR**
CPS 04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA
Líder de Salud Mental UPRES BOGOTA

Escaneado con CamScanner

**FUNDACION APRENDER A VIVIR**
NIT 830.507.712-4
CL 53 67 15 25
Tel: 4660000
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

# FACTURA ELECTRONICA
**No. FFE-480**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Señores** | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA- | | | **Fecha y hora Factura** | |
| **NIT** | 900.336.524-5 | **Teléfono** | 3505560928 | **Generación** | 07/04/2021, 12:19 |
| **Dirección** | CR 68B BIS 44 58 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia | **Expedición** | 07/04/2021, 12:20 |
| | | | | **Vencimiento** | 07/05/2021 |

| Item | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Mensualidad internado Marzo Harol Andres Chavez Sanchez. Autorizacion No FAV-060421-002 | 1.00 | 3,000,000.00 |

**Total items: 1**

**Valor en Letras:**
Tres millones de pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2021-05-07 por $ 3,000,000.00

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 3,000,000.00 |
| **Total a Pagar** | **3,000,000.00** |

**Observaciones:**

Elaborado por software Edgy Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Bigo. Bigo S.A.S Nit. 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18763003049488 aprobado en 20191231 prefijo FFE desde el número 1 al 1500 Vigencia: 24** No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL

CUFE: 18419137d1b692da9cafc66a5497ac2da97b6a69cfe35c7c10faa76b429d789fc50333110931c787758b9baeea8214a4

Escaneado con CamScanner