| Página 1 de 2 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Tunja, 01 de septiembre del 2021 |
| Unidad: | Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| 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. | **95-7-20098-2021** |
| Constancia de recibido No. | 05/09 |
| Contratista: | **LINA MARIANA PINZON HERRERA** |
| NIT del contratista: | 1.116.865.777 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERÍA |
| 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: | **$ 13.691.845** |
| Plazo de ejecución: | **12/04/2021 al 31/12/2021** |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No Aplica |
| Lugar de ejecución y/o entrega | ESPCO Clínica Tunja - Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_**X**_ | No Aplica |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Teniente. MARLY MEJIA CASTELLANOS<br>Jefe ESPCO Clínica Tunja |
| Fecha de entrega certificada: | 01/08/2021 al 31/08/2021 |

| | |
|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| UPRES BOYACA | 2021 | Auxiliar de Enfermería | $ 7.348.133 | $ 1.585.928 | $0 | $ 1.585.928 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | No Aplica |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 05/09 | 01/09/2021 | $ 1.585.928.00 | $0,00 | $ 1.585.928.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $ 1.585.928.00 | $0,00 | $ 1.585.928.00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería de 44 horas semanales y 190 horas mensuales en la ESPCO Clínica Tunja - UPRES BOYACÁ, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado. Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No.05/09 correspondiente al periodo del 01 de agosto al 31 de agosto del año 2021.

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 | Pago aportes parafiscales vigentes | Si | No.8614596333 del 2021/08/19 |
| 2 | Aporte apoyo ordenanza No. 030 | Si | Estampillas $ 16.000.00 |

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

Apertura de historia clínica, toma de signos vitales, toma ekg, monitorias, administración de medicamentos, toma de laboratorio, ven punción, traslado de pacientes, realizar inventarios, desinfección de unidades, arreglo de unidad, socializar protocolos y guía de manejo, elaboración de material

Teniente. **MARLY MEJIA CASTELLANOS**
Jefe ESPCO Clínica Tunja

CUENTA DE COBRO No. 05/09

Tunja 01 de septiembre del 2021

**POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA**
**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ**

**DEBE A:**

LINA MARIANA PINZON HERRERA Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.116.865.777 Expedida en Tame la suma de $1.585.928 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 01 de agosto al 31 de agosto del año 2021 de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 95-7-20098-2021 Suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 882000003-26 de BANCOLOMBIA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente

LINA MARIANA PINZON HERRERA
CC 1.116.865.777 DE TAME
CEL 3222930829
Mapiherrera1111@gmail.com

Anexo: Constancia de Recibido a Satisfacción
Certificación Decreto Reglamentario 2271 de 2009
Certificación Juramentada Ley 1607 de 2012
Estampillas UPTC correspondientes al 1% del Valor de la Cuenta de Cobro
Reporte en Estado Pagado de la Planilla de Aportes EPS, AFP Y ARP

## RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1116865777 | 0 | LINA PINZON | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 15-1 | CALLE 10 N 5A 83 | | 3222930829 | | MAPIHERRERA1111@GMAIL.COM | | | N |

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2021-07 | 2021-07 | 86145963333 | I | 2021-08-19 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 281.200 | 0 | Banco Occidente |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 8606534865 | 2021-08-19 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | DIAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | IRP | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | INC | LMA | VAC | AVP | VCT | IGE | EPS1 | AFP1 | DIAS | ING | RET | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | INC | LMA | VAC | AVP | NOMBRE | IBC | Cot | FINGR | FRETI | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | | | | |
| 1 | CC 1116865777 | PINZON HERRERA LINA MARIANA | 908.526 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | 30 | 30 | 0 | 30 | | | | | | | | | | PORVENIR-230301 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 908.526 | 113.600 | SIN CCT-SINCCF | 0 | 0 | 908.526 | 22.200 | 0.012434 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 281.200 | N |


## RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1116865777 | 0 | LINA PINZON | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 15-1 | CALLE 10 N 5A 83 | | 3222930829 | | MAPIHERRERA1111@GMAIL.COM | | | N |

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2021-07 | 2021-07 | 86145963333 | I | 2021-08-19 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 281.200 | 0 | Banco Occidente |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 8606534865 | 2021-08-19 | Pagada | | | | | | | |


### TOTALES IBC

| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
|---|---|---|---|---|
| 908.526 | 908.526 | 908.526 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 145.400 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 145.400 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 113.600 | 0 | 0 | 0 | 113.600 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830003584 | 7 | 1 | 113.600 | 0 | 0 | 0 | 113.600 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 22.200 | 0 | 0 | 0 | 22.200 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 22.200 | 0 | 0 | 0 | 22.200 |
| Gran Total | | | | | 281.200 | 0 | 0 | 0 | 281.200 |

**Este formato debe ser utilizado para la presentación de informes de supervisión a contratos de bienes y servicios, interadministrativos y ordenes de compras, diferentes a los de interventoría y de obra.**

**No. GS-2021 - _____ - DEBOY /ESPCO – GUSAP – 3.1**

Tunja, 01 de septiembre de 2021

Coronel
**HENRY YESID BELLO CUBIDES**
Comandante Policía Metropolitana de Tunja
Carrera 11 19 - 85 Centro Histórico
Ciudad

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 95-7-20098-2021

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO _X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| Desde | 01/08/2021 | Hasta | 31/08/2021 |
|---|---|---|---|

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 No. GS-2021 - _____ - DEBOY / UPRES – JEFAD – 3.1, el señor Coronel HENRY YESID BELLO CUBIDES, obrando en calidad de Comandante Policía Metropolitana de Tunja y ordenador del gasto de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora Teniente MARLY MEJIA CASTELLANOS, Jefe Establecimiento de Sanidad Complementario Clínica Tunja

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** CERO ( )

**Información del contrato.**

| | |
|---|---|
| Contrato No. / Orden de compra No. | 95-7-20098-2021 |
| Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERÍA |
| Contratista | LINA MARIANA PINZON HERRERA |
| Representante legal | LINA MARIANA PINZON HERRERA |
| Valor inicial del contrato u orden de compra | $ 13.691.845 |
| Valor adiciones del contrato u orden de compra | $ 0,00 |
| Valor total del contrato u orden de compra | $ 13.691.845 |
| Plazo de ejecución inicial | 8 MESES Y 19 DIAS |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra | 12/04/2021 |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente) | 31/12/2021 |
| 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) | N/A |
| Adiciones | N/A |
| Modificatorios | N/A |
| Prorrogas | N/A |
| Otros | N/A |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

La supervisión deberá realizar un resumen cronológico de las actuaciones adelantadas en ejercicio de las funciones, debiendo plasmar datos de relevancia, como por ejemplo fechas, números de oficios, números de actas, mensajes de correo electrónico, documentos que den cuenta de las actuaciones adelantadas entre otras.

- En atención al objeto contractual, se realizó seguimiento al cumplimiento por parte del contratista mediante verificación al cumplimiento de la macro agenda programada para periodo del presente informe dentro de la cual no se evidencias novedades.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

### 2.1 CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplir cabalmente con las obligaciones enmarcadas en la cláusula DECIMA del contrato en asunto. | SI | |
| Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social. | SI | planilla integrada autoliquidación aportes No 8614596333 del 2021/08/19correspondiente al mes de julio de 2021. |

## 2.2 CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| DE CARÁCTER TÉCNICO: | | |
| 1.ejecutar los protocolos ,procesos y guías de manejo del departamento de enfermería dando cumplimiento a los estándares establecidos | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 2. asistir a la revista de enfermería dando cumplimiento a las actividades de cuidado delegadas para la atención de los usuarios | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 3Orientar vigilar, acompañar en caso necesario al paciente durante su estancia en el servicio o traslado a los diferentes departamentos de diagnóstico y tto con expediente o solicitud de estudio. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 4. participar en la programación de actividades e entrenamiento ,socialización, evaluación y seguimiento del personal de enfermería con el fin de mantenerse informado y actualizado . | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 5. Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 6. informar eventos adversos e incidentes para dar atención de forma oportuna al paciente | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 7. Asegurar la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 8. realizar el aseo y desinfección de los elementos propios del desempeño de su función según los cronogramas de desinfección y los protocolos establecidos por el comité de infecciones y enfermería | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 9. proporcionar cuidados generales al paciente como son cambio de ropa de cama, baño del paciente ,asistencia de alimentación ,educación al paciente y familia en el autocuidado . | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 10. ejecutar tratamientos de enfermería responsables interactuando de forma permanente con el paciente y familia | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 11. Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 12. desarrollar actividades correspondientes al programa de vacunación | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 13.garantizar los insumos en el servicio para la prestación adecuada a los pacientes | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |

| | | |
|---|---|---|
| 14. Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 15. Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 16. Aplicar las guías de manejo, protocolos, manuales de procesos y procedimientos en todas las actividades de atención del paciente conforme a los lineamientos de la Dirección de Sanidad. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 17. Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 18. cumplir con el cuidado específico para cada usuario para brindar una atención con calidad a los usuarios | SI | . Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 19. Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. | SI | . Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 20. agendamiento de citas médicas y especialista | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 21. Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. | SI | Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |
| 22. Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas | SI | . Seguimiento a Indicadores del servicio de consulta urgencias y hospitalización |

**2.3 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

Sin Novedades

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido Veinticinco (139) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando Doscientos diez (71) días calendario para que finalice el plazo de ejecución

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

El pago del presente contrato se efectuará en MENSUALIDADES VENCIDAS por un valor de $1.585.928 moneda legal colombiana, con abono a la siguiente cuenta:

Nombre del Beneficiario: LINA MARIANA PINZON HERRERA
Banco: BANCOLOMBIA
Tipo de Cuenta: Ahorros
Número de Cuenta: 882000003-26

**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 | $ 13.691.845.00 | |
| Valor total de las entregas | $ 5.762.205.00 | 30,50% |
| Valor total facturado | $ 7.348.133..00 | 42,08% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 1.585.928.00 | 11,58% |
| Valor pagado | $ 5.762.205.00 | 30,50% |
| Valor pendiente de entrega | $ 6.343.712.00 | 57,92% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | $ 1.004.421 | del 12/04/2021 al 30/04/2021 | $ 1.004.421 | Cuenta Cobro 01/09 | $ 1.004.421 | | |
| 02 | $ 1.585.928 | Del 01/05/2021 al 31/05/2021 | $ 1.585.928 | Cuenta Cobro 02/09 | $ 1.585.928 | | |
| 03 | $ 1.585.928 | Del 01/06/2021 al 30/06/2021 | $ 1.585.928 | Cuenta Cobro 03/09 | $ 1.585.928 | | |
| 04 | $ 1.585.928 | Del 01/07/2021 al 31/07/2021 | $ 1.585.928 | Cuenta Cobro 04/09 | $ 1.585.928 | | |
| 05 | $ 1.585.928 | Del 01/08/2021 al 31/08/2021 | $ 1.585.928 | Cuenta Cobro 05/09 | $ 1.585.928 | | |

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

**No Aplica**

**5. RECOMENDACIONES**

**Ninguna**

**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.

| | | |
|---|---|---|
| | **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 |

| | | |
|---|---|---|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | | 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_____

Teniente **Marly Mejía Castellanos**
Cargo: Jefe Establecimiento de Sanidad Complementario Clínica Tunja
Supervisor Contrato No. **95-7-20098-2021**
Correo electrónico: deboy.espco@policia.gov.co; marly.mejia1095@correo.policia.gov.co
No. Celular: 310-2114071