Ciudad y fecha:	Barbosa 13 de Septiembre 2022
Unidad:	Regional de Aseguramiento en Salud No 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></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>X</td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-5-20021-22
Constancia de recibido No.	3
Contratista:	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE FLORIAN
NIT del contratista:	804008698-3
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACION DE SERVICIO DE CONSULTA MEDICA POR MEDICINA GENERAL ,HOSPITALIZACION,ATENCION DE URGENCIAS PRODEDIMIENTOS SALUD ORAL VACUNACION,LABORATORIO CLINICO AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS DE I NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD ,INCLUIDO MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD,RUTA MATERNO PERINATAL ,RUTA DE ORONICON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD,RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA GRUPOS DE RIESGO EN SALUD,RUTA INTEGRAL DE SALUD PARA EVENTOS ESPECIFICOS E INTEVENCIONES Y ACCIONES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICAIRIOS DEL SUBSITEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PARA EL MUNICIPIO DE FLORIAN SANTANDER Y SU ZONA DE INFLUENCIA,MUNICIPIO PERTENECIENTE POR REGIONAIZACION A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 CSSMP.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($2.200.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA : PARA LA VIGENCIA 2022
Plazo de ejecución:	01/05/2022 al 31/12/2022
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	MUNICIPIO DE FLORIAN, DEPARTAMENTO DE SANTANDER, TERCER DISTRITO DE POLICIA,BARBOSA
Incumplimiento del plazo de ejecución SI x_NO__	A la fecha se presentan retrasos en la facturación y las obligaciones suscritas por la entidad sin cumplir con los tiempos establecidos
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente ABELARDO DIAZ TORRES Jefe del Establecimiento de Sanidad Primario Barbosa.
Fecha de entrega certificada:	Del: 18/08/2022 Al:31/08/2022

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2022	Unidad	Recurso	Descrip-ción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor factur ado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	RASES1	16	Prestació n de servicios	$121.820,00	$121.8 20,00	0	0
Acta de recepción de bienes	N/A						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FE738032	31/08/2022	$121.820,00	$00	$121.820,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$121.820,00**	**$00**	**$121.820,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicio de consulta médica por medicina general ,hospitalización, atención de urgencias procedimientos salud oral vacunacion,laboratorio clínico ayudas diagnósticas y todos los servicios relacionados de I nivel de complejidad que tenga habilitada la entidad ,incluido modelo de atención integral en salud, ruta materno perinatal ,ruta de crónicos y mantenimiento de la salud, ruta integral de atención para grupos de riesgo en salud, ruta integral de salud para eventos específicos e intervenciones y acciones de detección temprana y protección específica para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional para el municipio de la Belleza Santander y su zona de influencia, municipio perteneciente por regionalización a la unidad prestadora de salud Boyacá regional de aseguramiento en salud 1 según lo establecido en el acuerdo 002 del 2001 CSSMP.

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 las facturas relacionadas correspondiente al periodo del 01/07/2022 Al: 12/07/2022

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor, dejo constancia que la facturación se está presentando por fuera de lo pactado en los términos iniciales del proceso de contratación, a la fecha tienen un tiempo de retraso en la entrega de 59 días. 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	El contratista cumple con el 100% de las especificaciones de las condiciones técnicas y garantías exigidas en la invitación y oferta presentada de acuerdo al contrato	si_x_ No___	Justificada en la documentation y atencion de usuarios y beneficiarios
2	Obrar en lealtad y Buena fe en las distintas etapas contractuales ,evitando dilaciones y trabas	si_x_ No___	Cumple de acuerdo a lo pactado en el objeto del presente contrato
3	Responde en los plazos que la regional de aseguramiento en salud No 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información formulados	si__ No_x__	Para la presente vigencia certificada del mes de Junio 2022 no radican la facturacion dentro de los terminos establecidos para assignation de RAS
4	Guarda la confidencialidad en la información que por *cualquier medio conoce o manipula*	si_x_ No___	Cumple de acuerdo a lo normado para el tema de confidencialidad
5	Mantiene active la cuenta Corrientes o de ahorros reportada para pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato	si_x_ No___	Cumple con mantener activa su cuenta bancaria
6	Designa un funcionario para la ejecución del contrato indicando nombre y apellido, numero telefónico y correo electrónico	si_x_ No___	Funcionario designado karol Toloza tel 3142898916-correo facturacioneselabelleza @gmail.com

7	**El contratista se compromete a mantener vigente la póliza de responsabilidad civil durante la ejecucion del contrato en cumplimiento a lo establecido en el dcto 1082 del 2015**	**si_x_ No___**	**Cumple, seta se encuentra vigente a la fecha**
8	**El contratista asigna las citas para especialidades y procedimientos diagosticos dentro de los plazos establecidos**	**si_x_ No___**	**Se asigna de acuerdo a la disponibilidad de la oferta con oportunidad de 03 dias**
9	***El contratista presta en forma continua y permanente* el servicio de uregencias con internacion las 24 horas del dia durante los siete dias de la semana bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad**	**si_x_ No___**	***Los servicios de urgencias se prestan* de manera cointinua por parte de la E.S.E san martin de la Belleza**
10	**El contratista garantiza la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecucion del contrato, incluyendo adiciones y modificaciones**	**si_x_ No___**	**Se garantiza la tarifa ofertada soportada en la atencion a la recepcion de cuentas por parte del supervisor**
11	**el contratista informa al supervisor de contrato u al jefe de la regional de aseguramiento en salud No 1 respecto de los inconvenientes presentados en el desarrollo o ejecución del contrato**	**si_x_ No___**	**Informa a la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista**
12	**El contratista ha informado al supervisor del contrrato ejecución superior al 50% del contrato y en un 70% del valor del contrato**	**si_x_ No___**	**a la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista**
13	**El contratista ha reporta eventos adversos dentro de los términos estipulados durante la ejecución del contrato**	**si_x_ No___**	**A la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista**
14	**El contratista presenta la facturación electronica,previamente validada por la DIAN como requisito para el pago de los bienes y servicios contratados conforme a las disposiciones del dcto 358 del 05/03/2020 concordante con lo dispuesto en la res 00042 del 05/05/2020**	**si_x_ No___**	**Verificada la informacion radicada el contratista cumple con la facturacion electronica radicada para el mes de enero**
15	**Asume la confidencialidad e integridad de la información institucional dada la naturaleza a realizar en el desarrollo del objeto contractual**	**si_x_ No___**	**Assume la confidencialidad de la informacion de acuerdo a la normatividad vigente**
16	**Cumple con las obligaciones ,frente al Sistema de seguridad social, parafiscales.(cajas de compensación familiar ,SENA ICBF**	**si_x_ No___**	**No 23877840 del 26/07/2022**

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.

Intendente ABELARDO DIAZ TORRES
Jefe Establecimiento de Sanidad Primario Barbosa