**No. GS-2022-** 020734 **GIBOG/UIAMA 29.25**

Leticia, 05 agosto del 2022

Coronel
WILLIAM JAVIER LARA AVENDAÑO
Comandante Departamento de Policía Amazonas
Carrera 11 12-32. Barrio Victoria Regía
Ciudad

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 13-7-20005-22

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO** _X_ **O FINAL** ___

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **05/07/2022** | **Hasta** | **05/08/2022** |

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 del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato, así:

**INFORMACIÓN GENERAL:**

- Mediante Resolución Número 090 del 01 mayo de 2022, el señor Coronel WILLIAM JAVIER LARA AVENDAÑO, obrando en calidad de Comandante del Departamento de Policía Amazonas, nombró como supervisor del contrato del asunto al señor Subintendente YEFFERSON ESCOBAR BENITO Responsable de la Unidad Básica de Incorporación Amazonas.
- 
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _Mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 1

1. Informe de supervisión comprendido entre el 15/06/2022 y el 05/07/2022, presentado mediante comunicación oficial No. 020716 GIBOG/UIAMA del 05/06/2022.

**Información del contrato**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 13-7-20005-22 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | SERVICIO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES CLÍNICOS, PARACLÍNICOS Y ESPECIALIZADOS A LOS ASPIRANTES A INGRESAR A LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD BÁSICA DE INCORPORACIÓN AMAZONAS |
| **Contratista** | IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U |
| **Representante legal** | Cindy Inés Pardo Toro |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $ 60.000.000 COP |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | No aplica |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $ 60.000.000 COP |
| **Plazo de ejecución inicial** | 31 de diciembre del 2022 y/o hasta agotar presupuesto |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 15-06-2022 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31-12-2022 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No aplica |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No aplica |
| **Adiciones** | No aplica |
| **Modificatorios** | No aplica |
| **Prorrogas** | No aplica |
| **Otros** | No aplica |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

### 1.1 Acciones adelantadas:

- Se realiza acompañamiento a los aspirantes durante la realización de los exámenes programados con los diferentes especialistas.
- Se verifica constantemente las instalaciones y los elementos utilizados durante la realización de los exámenes, verificando que cumplan con lo acordado.

- Se verifica el cumplimiento de los horarios asignados a cada uno de los aspirantes para evitar asi traumatismos durante la realización de los exámenes.
-

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Las establecidas en el contrato de compraventa No. 13-7-20005-22. | No aplica | En ejecución contrato |

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) | | |
| • HEMOGRAMA IV [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma] método automático. | SI | SIN NOVEDAD |
| BUN: Nitrógeno ureico en sangre por sus siglas en inglés (BUN) es un desecho que se produce cuando el hígado descompone las proteínas. La sangre lo transporta, los riñones lo filtran y se elimina del cuerpo en la orina. Si el hígado no está sano, es posible que no descomponga las proteínas como debería. Si los riñones no están sanos, quizás no filtren la urea correctamente. Cualquiera de estos problemas puede producir cambios en la cantidad de nitrógeno ureico que hay en la sangre. | SI | SIN NOVEDAD |
| • UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA: Es una prueba que se le hace a la orina. Se utiliza para detectar y controlar una amplia variedad de trastornos urinarios, como infecciones de las vías urinarias, enfermedad renal y diabetes. Un análisis de orina implica examinar el aspecto, la concentración y el contenido de la orina | SI | SIN NOVEDAD |
| • HEMOCLASIFICACIÓN: Para determinar el grupo sanguíneo ABO y el tipo Rh<br>• Suero hemoclasificador anti A: Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno A en la superficie de los glóbulos rojos (Grupo sanguíneo).<br>• Suero hemoclasificador anti B: Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno B en la superficie de los glóbulos rojos (Grupo sanguíneo). | SI | SIN NOVEDAD |

| | | |
|---|---|---|
| • Suero hemoclasificador anti D: Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno D en la superficie de los glóbulos rojos (Factor Rh). | | |
| • VDRL, Reactivo de serología RPR: Reactivo para detección rápida de Reaginas circulantes en suero o plasma humano, usando el método de R. P. R. (Carbón Activado); mediante cualitativa o semicuantitativa. La prueba debe incluir controles y calibradores. | SI | SIN NOVEDAD |
| • FTA-ABS CONFIRMATORIA SI ES POSITIVA: Se usa para detectar anticuerpos contra la bacteria Treponema pallidum, que causa la sífilis. Este examen se utiliza de manera rutinaria para confirmar si una prueba de detección positiva para sífilis (ya sea el VDRL o RPR) significa que tiene una infección de sífilis activa. | SI | SIN NOVEDAD |
| • GLICEMIA PRE Y POST PRANDIAL: Es un examen que se realiza para determinar los niveles de glicemia en sangre antes de la carga de 75 gramos de glucosa y posterior a la ingesta de la misma (2 horas) según los valores arrojados por el laboratorio se determina si cumple criterios para diagnóstico de diabetes mellitus. | SI | SIN NOVEDAD |
| • CREATININA: Es una forma de medir el funcionamiento de los riñones al momento de filtrar los desechos de la sangre. La creatinina es un compuesto químico que resulta de los procesos de producción de energía de los músculos, una alteración de la misma podría orientar sobre posibles alteraciones a nivel renal como falla renal aguda o crónica según criterio médico. | SI | SIN NOVEDAD |
| • ANTÍGENO DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS B, Reactivo para detección cualitativa del Antígeno de Superficie de la Hepatitis B, en suero o plasma humano, mediante Inmunoensayo de III Generación, la prueba debe incluir controles y calibradores. | SI | SIN NOVEDAD |
| • VIH, Con consentimiento debidamente firmado por el paciente, Reactivo para detección cualitativa de anticuerpos contra el virus del VIH (I/II/g.o) en suero o plasma humano, mediante Inmunoensayo de III generación. La prueba debe incluir controles y calibradores.<br>• La responsabilidad de trámite y/o notificación de los pacientes infectados con VIH o | SI | SIN NOVEDAD |

| | | |
|---|---|---|
| enfermedades de trasmisión sexual, será exclusiva del contratista | | |
| • PRUEBA DE EMBARAZO: La gonadotropina coriónica cualitativa nos sirve para confirmar o descartar embarazo. | SI | SIN NOVEDAD |
| • CITOLOGÍA: Es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anormalidades morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja | SI | SIN NOVEDAD |
| • FROTIS DE FLUJO VAGINAL: Se realiza para el diagnóstico de vaginitis una inflamación de la vagina o vaginosis que sería una alteración del equilibrio de la flora vaginal sin inflamación. La muestra debe tomarse usando un espéculo vaginal y obtener el exudado vaginal con un escobillón. En estudios comparando la sensibilidad de diferentes localizaciones, la toma del exudado vaginal del fornix posterior es más sensible y exacta para realizar el diagnóstico. | SI | SIN NOVEDAD |
| • OFTALMOLOGÍA: Quedará plasmado en el registro de examen oftalmológico el grado de funcionalidad del ojo y sus anexos, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas., que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor.<br>•<br>• Al aspirante se le debe interrogar y registrar los antecedentes médicos y quirúrgicas oculares tales como: Cirugía de retina, catarata, glaucoma, refractiva, extracción de cuerpos extraños intraoculares por antecedentes de heridas penetrantes y/o perforantes al globo ocular, no debe presentar proptosis, ptosis palpebral, o alteraciones del sistema lagrimal (ojo seco o epiforas), posibles neoplasias y cualquier otra que a juicio y competencia científica deba identificar dentro de su valoración especializada. Describir y registrar en los antecedentes oftalmológicos (Antecedentes congénitos, médico y quirúrgicos). Dentro del examen oftalmológico debe detallarse el examen respecto a cada uno de los componentes y discriminado por cada ojo de segmento anterior (Vías lagrimales, conjuntiva, cornea, limbo, esclerótica, iris cristalino, ángulo, presión intraocular por ojo.), especificar que test de colores se aplicó, con el tipo y grado de | SI | SIN NOVEDAD |

| | | |
|---|---|---|
| discromatopsia. Se debe registrar la agudeza visual para lejos y cerca sin corrección y con corrección, cada ojo separadamente y con visión binocular. | | |
| • OPTOMETRÍA: Detectar defectos de refracción y patologías de cámara anterior, el optómetra medirá la Agudeza visual de lejos y de cerca, en cada ojo y en ambos ojos, con y sin corrección óptica, realizar también el test de colores. | SI | SIN NOVEDAD |
| • OTORRINOLARINGOLOGÍA: Detectar patologías de oído externo e interno, así como defectos en la audición, trastornos en la ventilación nasal por defectos en el tabique o hipertrofias en los cornetes. Al examinado se le debe identificar el grado de funcionalidad del sistema otológico, precisando el registro de enfermedades, lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas, que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de su labor.<br>•<br>• Se debe registrar la existencia de prótesis.<br>• Al examinado se le debe interrogar sobre los antecedentes médicos y quirúrgicos, no deben presentar perforación timpánica de cualquier origen.<br>•<br>• La agudeza auditiva debe estar dentro de los límites normales entre –10 y 10 Db en todas las áreas, área de conversación y registrar si hay presencia de trauma acústico.<br>•<br>• El examinado debe gozar de una función adecuada de su sistema rinofaríngeo y laríngeo, no presentar evidencias de enfermedades generales o de tipo alérgico o lesiones congénitas o adquiridas de las partes integrantes del mismo, o secuelas funcionales de estas que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de la actividad laboral, por lo tanto, se debe determinar:<br>•<br>• • Deformidad del septum nasal, pirámide nasal, base pirámide nasal y narinas.<br>• • Hipertrofia obstructiva de cornetes inferiores.<br>• • Deformidades congénitas (comunicación oronasal, paladar hendido, atresia coanas).<br>• • Lesiones de cavidad oral, faringe o laringe.<br>• • Alteraciones de voz de tipo funcional o anatómico. | SI | SIN NOVEDAD |

| | | |
|---|---|---|
| • AUDIOMETRÍA: Detectar hipoacusias conductivas y neurosensoriales. | SI | SIN NOVEDAD |
| • ELECTROENCEFALOGRAMA: Detectar trastornos en el ritmo y ondas patológicas productoras de trastornos convulsivos. | SI | SIN NOVEDAD |
| • ELECTROCARDIOGRAMA: Detectar patologías del ritmo cardiaco, bloqueos, hipertrofias y frecuencia. | SI | SIN NOVEDAD |
| • RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Detectar patologías en el parénquima pulmonar, así como compromiso de los grandes bronquios y espacio pleural, descartar TBC. Sarcoidosis, asbestosis, hiperreactividad bronquial, atrapamiento de aire, cardiomegalias, aneurismas, masas en tórax, malformaciones cardiacas, signos de falla cardiaca y otras patologías cardiovasculares y pulmonares | SI | SIN NOVEDAD |
| • RADIOGRAFÍA COLUMNA DORSOLUMBAR Y LUMBOSACRA: Detectar escoliosis desviaciones de la columna, defectos de fusión, inestabilidad pélvica, disminución de los espacios intervertebrales, imbalances, y posibles tumores vertebrales, descartar malformaciones congénitas limitantes, alteraciones traumáticas limitantes, picos osteofiticos y otras lesiones de tipo degenerativo, curvas patológicas (determinar grados), discopatías, determinar variantes anatómicas, espina bífida, listesis, y otras patologías propias de éste estudio | SI | SIN NOVEDAD |
| • ESTUDIOS RADIOLÓGICOS (RADIOGRAFÍA DE TÓRAX)<br>• Los estudios radiológicos deberán ser presentados en material acetato, en placas de medidas de 20 X 25 cm (8" X 10") cada una, dentro las cuales la que corresponde a rayos X de columna dorsolumbar y sacra debe estar dividida en cuatro exposiciones y la de rayos X de tórax en una sola exposición; con sus respectivas lecturas, que permitan determinar lo establecido en la ficha técnica de productos o servicios | SI | SIN NOVEDAD |

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

En la ejecución del contrato de compraventa No. 13-7-20005-22, no se han presentado novedades a la fecha.

**3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:**

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (51) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (148) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago se realizará dentro de los 60 días calendarios, en Moneda Legal Colombiana, en forma mensual, previa coordinación con el supervisor del contrato, una vez presentada la factura electrónica por cada aspirante, anexando copia de los formatos de exámenes con firma y sello del profesional y firma del aspirante, copia cedula de ciudadanía del aspirante, registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) en medio magnético, certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal (si lo tuviere), en la que conste el cumplimiento del pago de los aporte de que trata el artículo 1 de la ley 828 de 2003, certificación del supervisor del contrato, junto con los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera, de acuerdo al derecho al turno y la programación anua de caja (PAC).
PARA EL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACIÓN NO SE MANEJARÁN ANTICIPOS POR PARTE DE LA ENTIDAD.
El pago de realizará a la siguiente cuenta:
BENEFICIARIO: IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U.
NIT: 900.243.862 – 1
ENTIDAD FINANCIERA: BBVA COLOMBIA
TIPO DE CUENTA: Corriente
NUMERO: 506008515

### 4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

A la fecha de la elaboración del presente informe no se ha realizado ningún pago.

| 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 | | |
| Valor total de las entregas | | |
| Valor total facturado | | |
| Valor facturado pendiente de pago | | |
| Valor pagado | | |
| Valor pendiente de entrega | | |

| b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de acta o constancia de recibido** | **Valor recibido** | **Fecha de recibido** | **Valor facturado** | **No. factura** | **Valor pagado** | **Valor deducciones** | **No. orden de pago** |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

### 4.2 Entrada de Bienes: No aplica

## *5.* RECOMENDACIONES

A la fecha se ha venido ejecutando de acuerdo a lo pactado en el contrato sin ningún tipo de novedad, se han realizado las valoraciones sin contratiempo, se seguirá realizando la supervisión para continuar con la *correcta* ejecución contractual.

## 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_____

Subintendente YEFFERSON ESCOBAR BENITO
Responsable Unidad Básica de Incorporación Amazonas
Supervisor Contrato No. **13-7-20005-22**
Correo electrónico: yeferson.escobar@correo.policia.gov.co
No. Celular:3204991119