| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 16 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión: 5 | | |

**No. GE-2023-** 000634 **/SUDIN-RINCO4 29.25**

Tuluá – Valle, junio 05 de 2023

Señor Mayor
CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4
Avenida 10 Norte No 16N-21
Cali (Valle)

**ASUNTO:** informe de supervisión contrato No. 66-7-20056/2023

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO: _X_ O FINAL __**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **09/05/2023** | **Hasta** | **31/05/2023** |

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. 0131/AREAD-GRUCO 29.2 del 09/05/2023, el señor Mayor, CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4, nombró como supervisor del contrato del asunto al funcionario que tenga asignado el cargo de Jefe de Regional de Incorporación No. 4.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0**

1. Este informe de supervisión corresponde al primero de la ejecución del contrato.

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **66-7-20126/2022** |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO Y PARACLÍNICOS, PARA LOS ASPIRANTES DEL PROCESO DE SELECCIÓN E INCORPORACIÓN DE OFICIALES Y PATRULLEROS EN EL PLAN ANUAL DE SELECCIÓN 2023 PARA LA REGIONAL DE INCORPORACIÓN No. 4, ASÍ: GRUPO No. 1: GRUPO DE INCORPORACIÓN CALI, GRUPO DE INCORPORACIÓN VALLE, GRUPO DE INCORPORACIÓN CAUCA Y UNIDAD BÁSICA DE BUENAVENTURA (DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA), CON SEDE ÚNICA EN EL MUNICIPIO DE CALI O TULUÁ (VALLE DEL CAUCA), GRUPO No. 2: GRUPO DE INCORPORACIÓN NARIÑO (DEPARTAMENTO DE NARIÑO) Y GRUPO DE INCORPORACIÓN CAUCA (DEPARTAMENTO DEL CAUCA) CON SEDE ÚNICA EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO" - GRUPO 1: GRUPO DE INCORPORACIÓN CALI, GRUPO DE INCORPORACIÓN VALLE, GRUPO DE INCORPORACIÓN CAUCA Y UNIDAD BÁSICA DE BUENAVENTURA (DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA), CON SEDE ÚNICA EN EL MUNICIPIO DE CALI O TULUÁ (VALLE DEL CAUCA)" |
| **Contratista** | CLINICA MEDICO QUIRURGICA ALVERNIA S.A.S. |
| **Representante legal** | CLAUDIA MILENA RAYO RADA |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($289.500.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA. |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | NO APLICA |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($289.500.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA. |
| **Plazo de ejecución inicial** | SIETE (07) MESES Y VEINTIDOS (22) DÍAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 09 DE MAYO DE 2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31 DE DICIEMBRE DE 2023 |
| **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 |

## 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.

1. El día 09 de mayo de 2023, se realizo video conferencia con la entidad contratante con el fin de realizar coordinaciones de tipo administrativo para el desarrollo de las jornadas de examenes especilizados, calidad en la toma de examenes y forma de programación de cada jornada.

## 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 | SIN OBSERVACIONES |
| Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| 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 esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| 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 | SIN OBSERVACIONES |
| No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| 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 | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Incluir todas aquellas obligaciones que el contratista debe cumplir con el fin de alinear la actividad contractual a las buenas prácticas en materia ambiental. Tener además en cuenta lo establecido en la resolución 03049 del 2014, "Por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional", actualizada, modificada y complementada por las Resoluciones Nos. 00090 del 2018 apéndice 1 y apéndice 2 del 2020. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Así mismo incluir las obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y los lineamientos del gobierno nacional en el tema del COVID. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos" y el registro de la factura electrónica de venta. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| En los casos que algún(a) aspirante, por cualquier circunstancia no pueda realizar la totalidad de los exámenes, no cobrará valor por paquete y aplicara el valor por ITEM presentado en la cotización ofertada realizando el respectivo descuento. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| La facturación se debe presentar en forma ordenada y los servicios cobrados deben llevar el código CUPS y el precio establecido en el contrato. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El contratista se obliga a cumplir con las normas sobre seguridad y salud en el trabajo (deberá presentar copia del documento del sistema y copia de la última acta de reunión del COPASST o socialización por parte del vigía de seguridad y salud en el trabajo) bioseguridad para los trabajadores que el contrate, garantizando su vinculación al sistema de seguridad social. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El contratista deberá contar con las medidas establecidas por el gobierno nacional, departamental y municipal, para evitar la propagación y el contagio de COVID-19; entre otros deberán contar con unidades para el lavado y desinfección de manos, deberán contar con jabón antibacterial, gel antibacterial, depósitos de riesgos biológicos, papeleras estandarizadas para depositar las toallas de papel usadas en el lavado de manos y así mismo las instalaciones deberán estar en desinfección constante por el flujo de atención al público que la entidad maneja a diario. | SI | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| El Contratista y posterior contratista debe realizar todos los trámites pertinentes con el fin de cumplir con la facturación electrónica. | SI | SIN OBSERVACIONES |

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Declaración de compromiso de cumplimiento en donde se especifique que durante el contrato se cumplirán las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad Ocupacional. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Certificado mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| En el caso que ocurriera un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de sanidad presentar informe de los reportes de accidente de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Constancia que los colaboradores vinculados para la ejecución de las actividades contractuales cuenten con la idoneidad y competencias para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Informe de capacitación realizada a los trabajadores, donde se evidencie la realización de inducción y re-inducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluyan entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo, y la prevención de accidentes de trabajos y enfermedades laborales así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma del/los trabajador/es | SI | SIN OBSERVACIONES |

En cumplimiento al artículo 16 del Decreto 723 del 15 de abril de 2013, las siguientes

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Procurar el cuidado integral de su salud. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Cumplir con las normas reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. | SI | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| Consulta, conocer y dar cumplimiento estricto a los protocolos y guías de manejo expedidos por Ministerio de Salud y Protección Social os adoptados por la Dirección de Sanidad para los procedimientos y atención en salud con ocasión del desarrollo del objeto contractual. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Participar en la socialización y retroalimentaciones que se efectúen, relacionadas con las guías de manejo y protocolos de salud. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivad del contrato. | SI | SIN OBSERVACIONES |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** (transcribir las establecidas en el anexo 2 de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra) | | |
| **CUADRO HEMÁTICO COMPLETO:** Hemograma III | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **EXAMENES DE LABORATORÍO CLÍNICO HEMOCLASIFICACIÓN:** (Hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma). **Suero Hemoclasificador anti A:** Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno A en la superficie de los glóbulos rojos (Grupo Sanguíneo). **Suero Hemoclasificador anti B:** Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno B en la superficie de los glóbulos rojos (Grupo Sanguíneo). **Suero Hemoclasificador anti D:** Reactivo de anticuerpo monoclonal para determinar la presencia de antígeno D en la superficie de los glóbulos rojos (Factor Rh). | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **BUN** | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **CREATININA** | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **GLICEMIA PRE Y POS PRANDIAL** | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **TSH:** Examen de la Hormona Estimulante e Tiroides - TSH | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **Reactivo de Serología RPR:** Reactivo para la detección rápida de Reaginas circulantes en suero o plasma humano, usando el método de R. P. R.; mediante cualitativa o semicuantitativa. La prueba debe incluir controles y calibradores. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **ANTÍGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B:** Reactivo para detección cualitativa o cuantitativa (prueba rápida) del Antígeno de Superficie de la Hepatitis B, en suero o plasma humano. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **VIH:** (Con consentimiento debidamente firmado por el aspirante, el cual se debe anexar a los resultados del mismo). Reactivo para la 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. No allegando resultados a las Grupos de Incorporación, si no directamente al interesado en cumplimiento a lo establecido en el DECRETO 1543 DE 1997, la Ley 972 de 2005 y demás normatividad vigente (protocolos establecidos incluyendo la confidencialidad, el consentimiento informado y de más condiciones establecidas) | SI | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| **Nota:** de ser positiva la prueba la entidad debe surtir los tramites de confidencialidad y de notificación establecidos. | | |
| **PARCIAL DE ORINA:**<br>Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **ELECTROCARDIOGRAMA (ECG):**<br>Informar todas las variables propias de este examen y su interpretación, anexando los registros del mismo con diagnóstico de lectura por médico internista o cardiólogo. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG):**<br>Informar todas las variables propias de este examen y su interpretación, anexando los registros del mismo. Su lectura debe ser por Neurólogo, realizando un reporte preciso sin dejar por definir un diagnóstico. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **RADIOGRAFÍA DE TORAX:**<br>Será realizada con la finalidad de descartar TBC. Sarcoidosis, asbestosis, hiperreactividad bronquial, atrapamiento de aire, cardiomegalias, aneurismas, masas en tórax, malformaciones cardiacas, signos de falla cardiaca y otras patologías cardiovasculares, pulmonares, ósea u otras. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL LUMBAR Y SACRA:**<br>**RADIOGRAFÍAS DE COLUMNA DORSAL,** con la finalidad de descartar malformaciones congénitas limitantes, alteraciones traumáticas limitantes, picos osteofiticos, y otras lesiones de tipo degenerativo, curvas patológicas (determinar grados), discopatías, determinar variantes anatómicas y otras patologías propias de este estudio.<br>**RADIOGRAFÍAS DE COLUMNA LUMBAR Y SACRA** Tiene como finalidad hacer una imagen de los pequeños huesos (vertebras), en la parte baja de la columna, que incluye la región lumbar y el sacro, el área que conecta la columna a la pelvis, en este se puede dictaminar curvas anormales de la columna vertebral, desgaste anormal en el cartílago y huesos de la región lumbar, tales como espolones óseos y estrechamiento de las articulaciones entre las vértebras, posibles fracturas, signos de adelgazamiento de los huesos (osteoporosis), espondilolistesis, en la cual un hueso (vertebre) en la región lumbar se sales de la posición apropiada sobre el hueso de bajo de este y otras patologías propias de este estudio. Se debe entregar el resultado radiológico con su respectiva lectura.<br>**NOTA:** Usar productos no contaminantes, aplicar políticas de protección al medio ambiente para la producción y utilización de elementos establecidos en la Ley 430 de 1986 resolución No. 3049 de 2014 y demás disposiciones vigentes.<br><br>El examen se tomará desde la transición lumbosacra hacia arriba y que se logre visualizar ambos huesos iliacos, se tomará sin zapatos y en adecuada posición de bipedestación. Se debe entregar la placa radiológica y lateral con su respectiva lectura, especificando grados de desviación y patologías.<br><br>Las mediciones se realizarán a través del método de cobss y de acuerdo con las condiciones que se establezcan en reunión de coordinación. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **VALORACIÓN DE OFTALMOLÓGIA:**<br>Examen oftalmológico completo, incluye examen de agudeza visual y en dado caso formula de corrección. 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. Al aspirante se le debe interrogar y registrar sus antecedentes médicos y quirúrgicos oculares tales como:<br>1. Cirugía de retina<br>2. Catarata | SI | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| 3. Glaucoma<br>4. Refractiva<br>5. Extracción de cuerpos extraños intraoculares por antecedentes de heridas penetrantes y/o perforantes al globo ocular<br>6. No debe presentar proctosis, palpebral o alteraciones del sistema lagrimal (ojo seco o epiforas)<br>7. 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 quirúrgico). | | |
| Debe detallarse el examen respecto a cada uno de los componentes y discriminado para cada ojo de segmento anterior (vías lagrimales, conjuntiva, cornea, limbo, esclerótica, ángulo, presión intraocular por ojo), especificar que test de colores se aplicó, con el tipo y grado de discromatopsia. Se debe registrar la agudeza visual para lejos y cerca sin corrección y con corrección, cada ojo separadamente y con visión binocular. | | |
| Se diligenciará el **FORMATO No. 5 (Según Modelo)** EXAMEN OFTALMOLÓGICO MEDICO LABORAL, del presente documento. | | |
| **VALORACIÓN DE OTORRINOLARINGOLÓGIA:** | | |
| 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. Se debe registrar la existencia de prótesis. | | |
| Al examinado se le debe interrogar sobre los antecedentes médicos y quirúrgicos, no deben presentar perforación timpánica de cualquier origen. La agudeza auditiva debe estar dentro de los límites normales entre -10 y 10Db en todas las áreas, área de conversación y registrar si hay presencia de trauma acústico. 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 esta que incapaciten para el desarrollo eficiente y seguro de la actividad laboral, por lo tanto, se debe determinar:<br>1. Deformidad del septum nasal<br>2. Pirámide nasal<br>3. Base pirámide nasal y narinas<br>4. Hipertrofia obstructiva de cornetes inferiores<br>5. Deformidades congénitas (comunicación oronasal, paladar hendido, atresia coanas)<br>6. Lesiones de cavidad oral, faringe o laringe<br>7. Alteraciones de voz de tipo funcional o anatómico | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **Nota**: Se comprobará las lesiones de tipo alérgico solicitándole al aspirante estudios de eosinófilo en moco nasal (debe ser menor de 5) e inmunoglobulina, la cual debe ser menor de 120ml/UI. | | |
| Se diligenciará el **FORMATO No. 6 (Según modelo)** EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO MEDICO LABORAL, del presente documento. | | |
| **Nota**: Aquel aspirante que presente tapón de cerumen, lo que impide la adecuada valoración, se le debe indicar que se debe realizarse la limpieza auditiva correspondiente de oídos para complementar la valoración. No se aceptarán informes del profesional que consigne existencia de tapón de cerumen que imposibiliten la valoración. | | |
| **VALORACIÓN DE AUDIOMETRÍA:** | | |
| Realizar examen otoscopico previa audiometría la cual debe contener las siguientes características:<br>1. Se debe realizar en cabina sonoamortiguada<br>2. Evaluar vía aérea y vía ósea | SI | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| **REQUISITOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍAS:**<br>1. Certificar calibración de cabina sonoamortiguada y calibración de equipos<br>2. El examen debe ser realizado por profesional de Fonoaudiología o Audiología<br>3. Se exige que se reporte cualquier deficiencia que presente el aspirante de percepción auditiva por vía aérea y ósea, dicho examen se realizará en una cabina sonoamortiguada, se evaluará cada oído separadamente.<br>4. Certificación de calibración de los equipos, anexarla.<br>5. Aplazar la toma de la Audiometría si presenta Tapón de Cerumen.<br><br>Diligenciara el **FORMATO No. 7 (Según modelo)** EXAMEN DE AUDIOLOGIA MEDICO LABORAL, del presente documento. | | |
| Pruebas para detección de sustancias psicoactivas para tetrahidrocanabinoides-thc, opioides, cocaína, benzodiacepinas y metanfetaminas (con autorización del aspirante) | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE (SOLO MUJERES):**<br><br>Gonadotropina coriónica, subunidad beta cualitativa, (BHCG) prueba de embarazo en suero, que detecte entre 10-20 UI/ML. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| **CITOLOGÍA TUMORAL. (SOLO MUJERES CON AUTORIZACIÓN):**<br><br>Para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años. Para la valoración debe tener el consentimiento escrito de la aspirante | SI | SIN OBSERVACIONES |

OTRAS CONDICIONES TECINAS VERIFICABLES PROCEDIMIENTOS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| El Contratista **CERTIFICA** contar con la capacidad instalada para la atención de aspirantes desde el mes de abril del año 2023 con atención los días **Lunes – martes – miércoles – jueves - viernes** y **sábado** en el horario a partir de las 05:30 am horas hasta las 04:00 pm horas, con un volumen **mínimo** de 50 aspirantes por día, desde la firma del contrato, incluyendo lunes festivo | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que realizará los exámenes por grupo de aspirantes máximo en dos días por cada uno, de acuerdo con la coordinación realizada con el supervisor del contrato. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que presentará los resultados de los exámenes en papel membreteado diligenciando en letra clara, legible los resultados, con firma y huella de los profesionales responsables y los exámenes correspondientes en los modelos (*formatos anexos*). | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que para la valoración del examinado cuenta con todos los elementos, insumos y equipos de apoyo diagnóstico necesariBos para la realización del mismo. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que cada reporte de evaluación y examen realizado tendrá registrada la firma del examinado, así mismo la firma, sello con nombre claro, profesión y registro profesional del evaluador. No utilizar siglas, describir en forma completa los hallazgos | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que los exámenes que no reúnan los requisitos de calidad y confiabilidad, serán practicados nuevamente, sin costo adicional para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No.4 y para el aspirante, sin perjuicio del cubrimiento de transporte y viáticos que un nuevo examen acarree. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que no cobrará el valor total del paquete cuando algún(a) | SI | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| aspirante, por cualquier razón no pueda realizar los exámenes completos descritos en este proceso y solo en este caso, se efectuará el cobro de los exámenes aplicando valor por ítem, de acuerdo con la cotización presentada realizando el respectivo descuento | | |
| El Contratista **CERTIFICA** que al momento de realizar los exámenes verificará, realizará y tendrá en cuenta lo siguiente:<br>1. Que la cédula de ciudadanía corresponda al aspirante a quien se le va a realizar el examen.<br>2. Implementar mecanismos de seguridad para evitar la suplantación en los exámenes, en asocio con el funcionario policial encargado.<br>3. Registrar la firma del examinado en la hoja de reporte del resultado del examen<br>4. Abstenerse de sugerir exámenes adicionales y emitir criterios de aptitud o no aptitud<br>5. Anexar fotocopia de la cédula de ciudadanía del examinado<br>6. Realizar los exámenes dentro del tiempo estipulado en la propuesta<br>7. El reporte del examen lo diligenciara en letra legible, con firma, sello, nombre claro profesión y registro profesional del evaluador.<br>8. Los resultados deberán ser entregados a las direcciones de los Grupos, así:<br><br>**Grupo No. 1**: los resultados de los exámenes de los aspirantes deben ser entregados, así:<br><br>• Los resultados de los exámenes del Grupo de Incorporación Valle y Unidad Básica de Incorporación Buenaventura, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **kilómetro 1 vía la Rivera Escuela de Policía Simón Bolívar oficina de Incorporación de la ciudad de Tuluá (Valle).**<br><br>• Los resultados de los exámenes de los aspirantes del Grupo de Incorporación Cali, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Carrera 3N 24N-16 Barrio El Piloto de la ciudad de Santiago de Cali (Valle).**<br><br>• Los resultados de los exámenes de los aspirantes del Grupo de Incorporación Cauca, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Carrera 11 No. 16N-47 barrio Antonio Nariño de la ciudad de Popayán (Cauca).**<br><br>**Grupo No. 2**: Los resultados de los exámenes de los aspirantes deben ser entregados, así:<br><br>• Los resultados de los exámenes del Grupo de Incorporación Nariño, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Calle 20 con Carrera 27 Esquina Barrio Las Cuadras de la ciudad de San Juan de Pasto (Nariño).**<br><br>• Los resultados de los exámenes de los aspirantes del Grupo de Incorporación Cauca, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Carrera 11 No. 16N-47 barrio Antonio Nariño de la ciudad de Popayán (Cauca).**<br><br>Lo anterior por medio de mensajería, con oficio remisorio (nunca con el mismo aspirante) en un término máximo de 48 horas después de su práctica, en sobre individual, sellado, identificado con nombre y número de documento de identidad del examinado; en medio escrito. Los exámenes serán foliados y organizados en el siguiente orden:<br><br>1. Fotocopia Cédula de ciudadanía del aspirante<br>2. Resultados de Laboratorio Clínico<br>3. Resultado de citología<br>4. Electrocardiograma y su resultado<br>5. Electroencefalograma y su resultado<br>6. Lectura de placas radiográficas<br>7. Examen oftalmológico | SI | SIN OBSERVACIONES |

<table>
<tr><td>8. Audiometría<br>9. Examen Otorrinolaringológico<br>10. Las placas radiológicas se anexan por separado, cada placa debe estar marcada con nombre y fecha, en sobre individual igualmente marcado. Sobre las placas se deben hacer los rayados y ángulos de desviación.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>El Contratista CERTIFICA que los exámenes clínicos, paraclínicos y de laboratorio se desarrollará por personal idóneo, así:<br><br><table><tr><th>Examen – Valoración</th><th>Tipo de profesional</th></tr><tr><td>Audiometría</td><td>Fonoaudiólogo</td></tr><tr><td>Otorrinolaringología</td><td>Otorrinolaringólogo</td></tr><tr><td>Toma Exámenes Laboratorio</td><td>Técnico o tecnólogo toma muestras</td></tr><tr><td>Procesamiento exámenes laboratorio</td><td>Bacteriólogo</td></tr><tr><td>Toma Radiografías Tórax y dorso lumbar</td><td>Técnico o tecnólogo en Radiología</td></tr><tr><td>Lectura Radiografías Tórax y dorso lumbar</td><td>Radiólogo</td></tr><tr><td>Electrocardiograma</td><td>Cardiólogo o médico internista</td></tr><tr><td>Electroencefalograma</td><td>Neurólogo</td></tr><tr><td>Citología</td><td>Ginecólogo o Enfermera Jefe</td></tr></table></td><td>SI</td><td>SIN OBSERVACIONES</td></tr>
<tr><td>El Contratista CERTIFICA que la LECTURA E INTERPRETACIÓN de los exámenes la realiza personal titulado y certificado en cada una de las áreas que lo componen.</td><td>SI</td><td>SIN OBSERVACIONES</td></tr>
<tr><td>Paquete Integral de Exámenes Clínicos, Especializados y Paraclínicos, con un entrenamiento no menor de un (1) año.</td><td>SI</td><td>SIN OBSERVACIONES</td></tr>
<tr><td>El Contratista CERTIFICA que las instalaciones ofrecidas se encuentren en los municipios de Cali y/o Tuluá (Valle) y San Juan de Pasto (Nariño) que cumplen con los requisitos mínimos de habilitación, situación que se puede verificar a través de la Certificación vigente de Habilitación de Secretaria de Salud, la cual debe ser anexada con los documentos de la Oferta.</td><td>SI</td><td>SIN OBSERVACIONES</td></tr>
<tr><td>El Contratista CERTIFICA que las placas radiológicas se anexarán por separado, cada placa con su nombre y fecha impresa, en sobre individual marcado, con el trazado de medición de curvas escoliótica con el Método de Cobb. Frente a lo anterior, las placas deberán tener las siguientes CONDICIONES TÉCNICAS DE PAPEL PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS DE RAYOS X: “Mohawk Fine Papers Color Copy 98 Bright White Paper (8.5x11”, 500 Sheets) paquete de 500 hojas de papel blanco brillante de 8.5x11” Color Copy 98 de Mohawk Fine Papers. Diseñado para impresoras y fotocopiadoras en color de alta resolución, este medio está hecho de fibras de alfa celulosa virgen (no recicladas) que dan como resultado una superficie de impresión suave y duradera. El producto resultante tiene un gramaje de 90 gsm y un grosos de 3.7 mil. Con una opacidad del 94% y un acabado de texto o informes. Gracias a la adición de agentes abrillantadores ópticos, el papel presenta un brillo del 98% para obtener imágenes nítidas y claras. El papel Color Copy Bright White tiene la certificación Green-e, lo que significa que el 100% de la energía necesaria para producirlo se combina con la energía eólica para una huella sostenible”</td><td>SI</td><td>SIN OBSERVACIONES</td></tr>
<tr><td>El Contratista CERTIFICA que los servicios serán prestados con calidad y oportunidad con especial énfasis en la atención de los aspirantes.</td><td>SI</td><td>SIN OBSERVACIONES</td></tr>
<tr><td>El Comité Técnico realizará visita a las instalaciones de los Contratistas para verificar las condiciones de las mismas, quienes diligenciaran el formato No. 1 Visita para Verificación Instalaciones Ofertadas.<br>Nota: La visita tiene como fin que la unidad ejecutora tenga más claridad sobre las instituciones donde opera el Contratista al momento de evaluar las ofertas, teniendo como referente que los proponentes cumplan:<br>1. Con un Sistema de Gestión de Calidad.<br>2. Equipos biomédicos y material médico acorde a las necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios.<br>3. Acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de</td><td>SI</td><td>SIN OBSERVACIONES</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| pacientes y por ningún motivo se aceptarán tratamientos o procedimientos experimentales.<br>4. Garantizar la accesibilidad y oportunidad en la atención de los servicios ofertados.<br>Verificar la prestación del servicio en sus propias instalaciones, NO se aceptarán subcontrataciones para la prestación de servicio, **siendo está vigilada por la entidad responsable del Contrato** y por el supervisor del contrato. | | |
| El Contratista **CERTIFICA** que asegura la disponibilidad de los equipos de laboratorio clínico, radiología, electrocardiograma, electroencefalograma, audiometría, otorrinolaringología, oftalmología y demás equipos de apoyo diagnóstico básico, para poder atender la toma de la posible cantidad de Paquetes de Exámenes Clínicos y Paraclínicos necesarios o hasta agotar el presupuesto asignado al contrato. La totalidad de los equipos deben estar disponibles para su verificación el día de la visita a las Instalaciones. Se permite subcontratar equipos y personal profesional; los equipos deben estar físicamente dentro de las sedes al momento de la visita de verificación, y el servicio debe ser prestado dentro de las sedes ofertadas. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que se diligenciará un formato para la aceptación voluntaria para la realización de examen de **VIH** y Citología Tumoral | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** Surtir las obligaciones de confidencialidad y de notificación establecidos en el **DECRETO 1543 DE 1997** | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que cuenta con los profesionales idóneos para suministrar la asesoría pre y post de la prueba **VIH**, además practicará la prueba adicional al examen confirmatorio del **VIH** en caso de ser positivo a cargo pecuniario del Aspirante y cumplirá a cabalidad los protocolos legales establecidos por ley. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista certificará que **ACEPTA** remitir cronograma o programación de las fechas, exámenes y lugares de realización, previa coordinación con el Supervisor del Contrato y hacer las modificaciones a que haya lugar en casos extraordinarios o por necesidades del servicio. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que diligenciará en su totalidad los formatos establecidos para registrar los exámenes especializados a practicar. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que con el fin de evitar la suplantación personal de los Aspirantes a quienes se les practicarán los exámenes, empleara mecanismos de seguridad como manillas, identificación digital, fotografías, video, entre otras, con el fin de garantizar que el aspirante que se presente a los diferentes exámenes corresponda a la remitida por el personal de incorporación. Dicha actividad se realizará en coordinación con el profesional de Policía que realiza el acompañamiento a los jóvenes. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que garantiza suprimir el riesgo de suplantación de aspirantes, a través de los mecanismos de control que estime pertinente | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que los exámenes de laboratorios (cuadro hemático, Hemoclasificación, BUN, Creatinina, glicemia pre y postprandial, VDRL, hepatitis B (antígeno de superficie), FTA, VIH, parcial de orina), que realice la entidad contratada deberá cumplir cabalmente los requisitos establecidos por la ley. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que oferta todas especialidades por paquete (paquete hombre - paquete mujer) y totalidad de ítems del grupo a ofertar | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que el contrato deberá ser ejecutado por entidades prestadoras de servicio de salud, ubicadas en las ciudades estipuladas para cada Grupo. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que los exámenes se deberán realizar en un solo sitio (concentrado) o en lugares cercanos al Contratista que resulte adjudicatario. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| El Contratista **CERTIFICA** que los equipos que van a prestar los servicios cumplan con la debida calibración requerida y registro correspondiente de cada equipo. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Informar si la empresa, consorcio o unión temporal presenta sanciones vigentes de acuerdo al Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext) , por lo cual, el Contratista deberá anexar carta firmada por el representante legal de la misma, donde manifieste que la empresa no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana. | SI | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| En el caso de consorcios o uniones temporales, deberá anexarse la carta firmada por el representante legal de cada empresa que haga parte del consorcio o unión temporal donde manifieste que no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana.<br>Anexar pantallazo de consulta en el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo. | | |
| El Contratista **CERTIFICA** que los resultados de la Pruebas para detección de sustancias psicoactivas para tetrahidrocannabinol-THC, opioides, cocaína, benzodiacepinas y metanfetaminas, sean entregadas exclusivamente al jefe de Regional de Incorporación Nro. 4, al correo electrónico que previamente se coordine con quien haga sus veces. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| La toma de FTA-ABS CONFIRMATORIA SI EL VDRL ES POSITIVO **(HOMBRES Y MUJERES),** se realizará exclusivamente a aspirantes a los cuales el resultado de VDRL resulte positivo, previa coordinación con el jefe de Regional de Incorporación Nro. 4 o quien haga sus veces. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| La toma del 2DO Test de BHCG (MUJERES) se realizará a las aspirantes que superen el consejo de admisiones, previa coordinación con el jefe de Regional de Incorporación Nro. 4 o quien haga sus veces. | SI | SIN OBSERVACIONES |

CONDICIONES TECINAS ADICIONALES VERIFICABLES

| CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Presento junto a la oferta el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Presento junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Presento junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST y/o la actualización según la circular 063 del 2020. | SI | SIN OBSERVACIONES |
| Presento junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de | SI | SIN OBSERVACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| ejecutar el servicio en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. | | |
| Presento junto a la oferta la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y específicos. | SI | SIN OBSERVACIONES |

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

No se han presentado novedades en la ejecución del contrato

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido **(22)** días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando **(210)** días calendario finalizando el plazo de ejecución.

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

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, cancelará al contratista que se le adjudique el presente proceso de contratación, en forma parcial los pagos según el monto facturado y conciliado entre las partes a través de un proceso de auditoría de cuentas dentro de los Cuarenta y Cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio, en la Ventanilla - Central de Cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC); cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes, y una vez el Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos a la Dirección de Sanidad.

El pago se realizará en moneda legal colombiana, para lo cual se requiere que la empresa contratada facture y radique sin dilación los primeros 05 días hábiles de cada mes, en la Ventanilla Única de la Central de Cuentas, previa expedición del Recibo a Satisfacción Técnico (RAS) expedido por el Supervisor del Contrato, cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. Se realizarán pagos una vez se presente la respectiva factura con los respectivos anexos (certificación de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, certificación del revisor fiscal de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, -copia planilla pago seguridad social, certificación del supervisor del contrato) de los servicios prestados por la empresa contratada.

No obstante, la aprobación de los cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del objeto contractual; el oferente debe manifestar mediante documentos escrito y firmado por el representante legal que se acoge a la forma de pago establecida en la presente convocatoria.

En el evento de que la facturación la efectúe un consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del decreto 3050 de 1997, la factura, además de señalar el porcentaje o el valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicara el nombre o la razón social y NIT de cada uno de ellos, estas facturas deben de cumplir con los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias.

**NOTA:** El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, debe cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 016 del 9 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020".

El CONTRATISTA informa mediante el formato de información de terceros y certificación bancaria, que es titular de la cuenta de ahorros Nro. 00130910000200521723 del BANCO DE BBVA en la cual se procederá a realizar las consignaciones correspondientes al pago del presente contrato.

Si el Contratista una vez iniciada la ejecución del presente contrato, requiere cambiar la información de la cuenta, éste debe presentar al Ordenado del Gasto solicitud por escrito acompañada de la nueve certificación bancaria y el formulario "datos básico beneficiario cuenta". En cumplimiento a lo anterior, solo el Ordenado del Gasto autoriza el cambio de la cuenta bancaria, en la jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.

En el caso que el contratista haya cambiado de representante legal, además de la documentación anterior, se debe anexar certificado de representación legal expedido por la autoridad correspondiente, donde esté estipulada la nueva representación, así como la fotocopia de la cédula de ciudadanía de éste.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CLINICA MEDICO QUIRURGICA ALVERNIA SAS
BANCO: Banco BBVA
TIPO DE CUENTA: AHORROS LIBRETON
NUMERO DE CUENTA: 00130910000200521723

**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 | $ 289.500.000,00 | - |
| Valor total de las entregas | $ 14.192.244,00 | 4,90% |
| Valor total facturado | $ 14.192.244,00 | 4,90% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ - | 0,00% |
| Valor pagado | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor pendiente de entrega | $ 275.307.756,00 | 95,10% |

**a. 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RAS 1 | $ 14.183.334,00 | Del 09/05/2023 al 31/05/2023 | $ 14.192.244,00 | 1 | | | |

**NOTA:** en caso de que se esté presentando el informe final, se deberá diligenciar, el cuadro anterior con la recopilación de toda información del contrato.

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

### 5. RECOMENDACIONES

Contrato que se viene ejecutando sin ninguna novedad

### 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_____

Capitán ELVIA ZENIDIA LOPEZ LOPEZ
Jefe Regional de Incorporación No. 4 (E)
Supervisor Contrato No. 66-7-200056-22
Correo electrónico: dinco.rinco4@policia.gov.co
No. Celular: 3214267520