**Nro.GS- 2024-018644-DETOL / UPRES-DETOL 29-25**

Ibagué, 02 de febrero de 2024.

Capitán
CIRO ANDRES CORREA HERMIDA
JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 (e)
Carrera 22sur N° 26ª-21 B/ Fronteras del milenio
Neiva

**ASUNTO:** informe de supervisión contrato No. 85-5-20157-23

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO __X__ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/01/2024** | **Hasta** | **31/01/2024** |

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 GS-2023-014950-REGI2 del 01/11/2023, el señor Mayor JOSE FERNANDO LEON AGUDELO, JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, obrando en calidad de ordenador del gasto, nombró como supervisor del contrato al señor Patrullero JUAN STEVAN ACOSTA NAVARRETE

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual.
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 3**

| # INFORME SUPERVISION | INFORME SUPERVISION | PERIODO | N° COMUNICACIÓN OFICIAL-FECHA |
|---|---|---|---|
| 01 | NOVIEMBRE | 01/11/2023 AL 30/11/2023 | GS-2024-001358-DETOL |
| 02 | DICIEMBRE | 01/12/2023 AL 31/12/2023 | GS-2024-018641-DETOL |

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 85-5-20157-23 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 EN EL MUNICIPIO DE VILLA HERMOSA TOLIMA |
| **Contratista** | HOSPITAL ISMAEL PERDOMO E.S.E |
| **Representante legal** | NARLIS YANETH GOMEZ OLIVEROS |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | Tres millones Setecientos mil pesos M/ ($ 3.700.000,00) |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | N/A. |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | Tres millones Setecientos mil pesos M/ ($ 3.700.000,00) |
| **Plazo de ejecución inicial** | 8 MESES |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 01/11/2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 30/06/2024 |
| **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:

- Tome contacto vía celular y WhatsApp al número celular 3105175469 con la Dra. NARLIS YANETH GOMEZ OLIVEROS quien es la gerente del HOSPITAL ISMAEL PERDOMO E.S.E DE VILLA HERMOSA con el fin de verificar temas relacionados a la ejecución del contrato y por correo electrónico hos4221@yahoo.com.

- A corte 01/12/2023 de enero la entidad no ha facturado ninguna obligación correspondiente a servicios o atenciones en salud.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| No | OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLIO SI__ NO___ | OBSERVA-CIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con el objeto contractual | SI | CUMPLE |
| 2 | Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | CUMPLE |
| 3 | Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. | SI | CUMPLE |
| 4 | Cumplir cabalmente con sus obligaciones Frente al Sistema de Seguridad Integral y parafiscal (Cajas de compensación familiar), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. | SI | CUMPLE |
| 5 | 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 | CUMPLE |
| 6 | 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 N° 2 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | CUMPLE |
| 7 | 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 | CUMPLE |
| 8 | Designar de forma permanente un coordinador que, en concordancia con el supervisor del contrato, solucione los inconvenientes que se presenten durante el periodo contratado. | SI | CUMPLE |
| 9 | Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un ochenta 80% el valor del contrato. | SI | CUMPLE |
| 10 | Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. | SI | CUMPLE |
| 11 | Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056/2008, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. | SI | CUMPLE |
| 12 | Responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o que utilice para la ejecución del presente contrato. | SI | CUMPLE |
| 13 | Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, en las instalaciones del contratista, de acuerdo a los términos de referencia y a la oferta presentada, que no contravenga dichos términos. | SI | CUMPLE |
| 14 | El CONTRATISTA deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del contrato y sus adicciones. | SI | CUMPLE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | CUMPLE |
| 16 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | CUMPLE |
| 17 | El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad | SI | CUMPLE |
| 18 | En el caso de presentarse un evento adverso, el CONTRATISTA debe reportar a la Regional de aseguramiento en salud No2 para realizar el análisis en conjunto con el auditor de Garantía de Calidad para la implementación de acciones de mejora, con el fin de evitar la ocurrencia de nuevos eventos. | SI | CUMPLE |
| 19 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. | SI | CUMPLE |
| 20 | El contratista debe dar a conocer a la Unidad Prestadora de Salud Tolima las Guías de manejo institucionales | SI | CUMPLE |
| 21 | Las tarifas institucionales y SOAT ofertadas, se ajustarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo con el incremento del Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) definido por el Gobierno Nacional para la vigencia. | SI | CUMPLE |
| 22 | El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios de acuerdo con el plan de beneficios definido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional CSSMP, así: Acuerdos 052 de 2013 (Manual de medicamentos y terapéutica) y Acuerdo 002 de 2001(Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial). | SI | CUMPLE |
| 23 | Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, si discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda | SI | CUMPLE |
| 24 | Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres. | SI | CUMPLE |
| 25 | Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias | SI | CUMPLE |
| 26 | Contratista se compromete a no continuar prestando los servicios objeto del contrato una vez agotado el valor del contrato, SALVO que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente o que en su efecto se hubiera otorgado autorización de servicio y/o que se trate de atención hospitalaria o para continuidad de un tratamiento en curso; los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | SI | CUMPLE |
| 27 | El contratista debe verificar derechos al afiliado y beneficiario (cónyuge, compañero (a) permanente, padres e hijos) en la oficina de referencia y Contrareferencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. Si el usuario se | SI | CUMPLE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | encuentra activo en otra EPS no será autorizado por la Policía, hasta tanto legalice en Talento Humano del DETOL su estado de afiliación o desafiliación en otra EPS. | | |
| 28 | En caso de presentarse glosas transitorias, estas deberán ser resueltas dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes, contados a partir de la fecha de notificación por el auditor médico. Si el contratista no cumple con la obligación de aclarar las glosas notificadas, se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se convierte en glosa definitiva. | SI | CUMPLE |
| 29 | Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, las normas de habilitación y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes. | SI | CUMPLE |
| 30 | Atender al Usuario de acuerdo con la autorización generada por referencia y Contrarreferencia de la orden generada por el profesional tratante. | SI | CUMPLE |
| 31 | Realizar la Contra-referencia de los servicios prestados para ser presentado a su médico tratante y dar continuidad al tratamiento, las cuales deben ser diligenciadas en letra legible. | SI | CUMPLE |
| 32 | La radicación de la facturación (Impresa) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con: Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 4331 MINPROTECCIÓN de 2012 y demás normas que las aclaren o modifiquen. Presentar original de la autorización del servicio. | SI | CUMPLE |
| 33 | La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios. | SI | CUMPLE |
| 34 | Efectuar los reportes de la ejecución del contrato al supervisor del contrato, Informando: Número de contrato, valor del contrato ejecutado, saldo por ejecutar y observaciones dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes. (Puede ser enviado mediante correo electrónico al supervisor del contrato). | SI | CUMPLE |
| 35 | Aceptar y facilitar las visitas de los Auditores médicos de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, en lo referente a Revisión de historias clínicas, seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios, verificación de la existencia de procesos que garanticen la calidad del servicio prestado a nuestros usuarios | SI | CUMPLE |
| 36 | El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo, del cual se enviará copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. | SI | CUMPLE |
| 37 | Aceptar, apoyar y facilitar las visitas del supervisor del contrato, régimen interno, médico auditor, personal de enfermería a efecto de cumplir actividades legalmente establecidas. | SI | CUMPLE |
| 38 | Cumplir con la totalidad de los Servicios solicitados en los tiempos ofertados en la presente contratación, salvo la imposibilidad por caso fortuito o fuerza o mayor. | SI | CUMPLE |
| 39 | Suministrar a la Unidad Prestadora de Salud Tolima el modelo de prestación de servicios definido por el contratista. | SI | CUMPLE |
| 40 | Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de | SI | CUMPLE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | la Ley 906 de 2004 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan | | |
| 41 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | CUMPLE |
| 42 | Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de esta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. | SI | CUMPLE |
| 43 | Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. | SI | CUMPLE |
| 44 | En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato | SI | CUMPLE |
| 45 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia | SI | CUMPLE |
| 46 | Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | CUMPLE |
| 47 | Permitir a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | CUMPLE |
| 48 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes | SI | CUMPLE |
| 49 | Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia | SI | CUMPLE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada | | |
| 50 | EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada procedimiento | SI | CUMPLE |
| 51 | Los demás contenidos 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 | CUMPLE |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVA-CIONES |
|---|---|---|
| **Sistema Único de habilitación de los servicios de salud**<br>El contratista se ajustó a lo contemplado por el Ministerio de Salud y Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. | SI | CUMPLE |
| **Portafolio de servicios**<br>El Contratista presentó el portafolio de servicios donde relaciono la capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de Salud del Departamento del Tolima, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, debe incluir el modelo de atención en salud junto con la propuesta. | SI | CUMPLE |
| **Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en prestación de los servicios de salud.**<br>El contratista tiene implementado el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social "...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..." | SI | CUMPLE |
| **Idoneidad del Talento Humano**<br>La Institución Prestadora de servicios de salud debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados, y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios deberá cumplir con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| **Historia clínica y registros**<br>Deberá realizar el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y cumplirá con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 00839 de 2017 y ley 2015 de 2020 en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clínica.<br><br>El prestador tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la Regional de Aseguramiento en Salud No.2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la Regional de Aseguramiento en Salud No.2 o a cualquier tercero.<br><br>La historia clínica utilizada en la modalidad extramural es custodiada por el prestador de servicios de salud que oferta y presta el servicio de salud en la modalidad extramural y cuenta con los siguientes registros:<br><br>• Modalidad extramural domiciliaria<br>• Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.<br>• Nombre de los pacientes atendidos<br>• Registros de referencia y contrarreferencia, cuando se requieran Cuidados por parte del personal de salud<br>• Cuidados encargados a la familia cuando aplique<br><br>Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. | SI | CUMPLE |

## 2.1NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Al solicitar y hablar con la gerente del hospital Ismael Perdomo a través WhatsApp se le solicita cruce de cartera y información sobre la radicación del mes y meses anteriores a lo cual no responde ni contestas llamadas.

## AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (92) 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.

## 3. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento No. 2, pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva - Huila, de manera mensual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de

la factura acompañada de constancia de recibo a satisfacción de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará En virtud de lo consagrado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y Decreto 1273 de 2018, el CONTRATISTA deberá acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), mediante certificación suscrita por el Representante Legal del CONTRATISTA o su Revisor Fiscal – si lo tuviere – en la que conste tal situación.

**4.1. Ejecución Financiera y Pagos:**

**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 | $3.700.000,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $0,00 | 0.00% |
| Valor total facturado | $0.00 | 0.00% |
| Valor facturado pendiente de pago | $0.00 | 0.00% |
| Valor pagado | $0.00 | 0.00% |
| Valor pendiente de entrega | $3.700.000,00 | 100% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 003 | $0.00 | 01/01/2024 AL 31/01/2024 | $0.00 | 00 | $0.00 | $0.00 | 00 |

**4.2 Entrada de Bienes: N/A**

**4. RECOMENDACIONES:**

La entidad radica para este periodo servicios prestados durante el periodo de enero 2023

5. **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_____

Grado y Nombres: **PT. JUAN STEVAN ACOSTA NAVARRETE**
Seguridad de Instalaciones UPRES-TOLIMA
Supervisor Contrato No. 85-5-20157-23
Correo electrónico: juan.acostan@correo.policia.gov.co
No. Celular:3134938148