No. GS-2024 - 0 1 4 1 0 5 - UPRES-JEFAT-38.2

No. 3. REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8

Santa Marta D.T.C.H., 05 de Marzo 2024.

Señor (a) Mayor
JOHANA CECILIA SANCHEZ AYALA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 (E)
Avenida Circunvalar No. 45 - 124
Soledad - Atlántico.-

ASUNTO: informe de supervisión del Contrato **No. 67-7-20441-2023**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO __X__ O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/02/2024**	**Hasta**	**29/02/2024**

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:

- Comunicación oficial No. **GS-2023-081571-DEMAG** del **26/12/2023,** el señor Teniente Coronel **MANUEL FELIPE LIZARAZO ROJAS,** obrando en calidad de **Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8,** nombró como supervisor del presente Contrato, a la señora Patrullera **WENDIS PAOLA PATIÑO MORAN.**

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 3**

  1. **Informe de supervisión del periodo comprendido entre 28 al 31 de Diciembre del 2023, presentado mediante comunicación oficial GS-2024-008328-DEMAG de 08/02/2024.**

  2. **Informe de supervisión del periodo comprendido entre 01 al 31 de Enero del 2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2024-008341-DEMAG de 08/02/2024.**

  3. **Informe de supervisión del periodo comprendido entre 01 al 29 de Febrero del 2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2024-014105-DEMAG de 05/03/2024.**

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**67-7-20441-2023**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTRAHOSPITALARIOS DE BAJA, MEDIANA, ALTA Y AQUELLOS A LOS QUE NO LES APLIQUE COMPLEJIDAD EN ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS, LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS EN SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA, OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (ADULTOS) Y (PEDIÁTRICA) E INTERMEDIOS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIOS Y BASICO NEONATAL, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS, LABORATORIOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN GENERAL, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, E INSUMOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN SU PORTAFOLIO DE SERVICIO QUE SEAN NECESARIOS PARA GARANTIZAR LAS INTERVENCIONES DE MANERA OPORTUNA, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA MAGDALENA CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL (ACUERDO 002 DEL 2001) Y AQUELLOS PROCEDIMIENTOS APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO Y AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA QUE SE ENCUENTRAN POR FUERA DEL ACUERDO DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.**
Contratista	**CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S. NIT: 900.520.510-0**
Representante legal	**IRINA JOSE VANEGAS PALACIO CC. 57.430.183 de Santa Marta - Magdalena Dirección Calle 22 No. 15 – 34 Santa Marta – Magdalena Tel. 420 30 80 – 431 48 00**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**VIGENCIA 2023 $ 59.200.000,00 VIGENCIA 2024 $ 2.768.655.105,00**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**NO APLICA**
Valor total del contrato u orden de compra	**VIGENCIA 2023 $ 59.200.000,00 VIGENCIA 2024 $ 2.768.655.105,00**
Plazo de ejecución inicial	**186 Días o hasta agotar presupuesto antes de la fecha de ejecución.**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**27/12/2023**
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)	**NO APLICA**

Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**NO APLICA**
Adiciones	**NO**
Modificatorios	**NO**
Prorrogas	**NO**
Otros	**NO APLICA**

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

1.1 Acciones adelantadas:

- Para el mes de diciembre del 2023 debido a que se da inicio el día 27/12/2023 no se presentó facturación por parte de la empresa CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S., a los cuatro (04) días de la atención prestada de la vigencia antes mencionada.

- Se solicita a la empresa CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S., mediante comunicación oficial No. **GS-2024-008098-DEMAG,** de fecha **07/02/2024,** hacer el trámite correspondiente de radicación de facturas para poder realizar el pago correspondiente al servicio prestado en los días transcurridos que lleva en ejecución el presente contrato y a la fecha no se cuenta la radicación de las mismas se deja constancia del trámite realizado por parte del supervisor.

- Se solicita a la empresa CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S., mediante comunicación oficial No. **GS-2024-013030-DEMAG,** de fecha **29 de febrero de 2024,** se solicitó a la entidad **CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S. CEHOCA,** a la representante legal **IRINA JOSE VANEGAS PALACIO,** a la fecha se está a la espera de la radicación de cuentas por parte de la empresa, es de aclarar que se había coordinado reunión gerencial para el día miércoles 28 de febrero de 2024 a fin de tratar temas administrativos entre estos las acciones de recepción y entrega de facturación la cual fue cancelada por parte de la entidad reprogramada nuevamente para el día miércoles 6 de marzo de 2024.

NOTA: así mismo se tiene en proceso de auditoria por parte de la UPRES DEMAG facturación allegada por un valor de $ 195.890.424,00 y a su vez se tienen en proceso de conciliación con la entidad **CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S. CEHOCA,** facturación por valor de $ 348.109.408,00, a la espera de trámite administrativo interno de la entidad.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la POLICÍA, la Garantía Única que cubra los siguientes riesgos:

PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: El plazo de ejecución del contrato será hasta el 30 de Junio del año 2024 o hasta agotar presupuesto (lo primero que ocurra).

FORMA DE EJECUCIÓN: El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de Tracto Sucesivo, de acuerdo a las necesidades de la institución, previa coordinación con el Supervisor del Contrato.

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: El contratista adjudicado de la presente contratación, deberá prestar los servicios en la ciudad de Santa Marta - Magdalena en las instalaciones del contratista favorecido dentro del área metropolitana de la ciudad, quien deberá contar con los medios logísticos y humanos para la prestación del servicio.

MONEDA DEL CONTRATO: Pesos Colombianos.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, Parafiscales.	SI	N/A

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
La experiencia deberá ser demostrada por los oferentes adjuntando a su propuesta las certificaciones de contratos ejecutados en cualquier tiempo con empresas públicas o privadas, cuyo objeto sea el mismo o similar al de la presente contratación y cuyo valor sea como mínimo el 70% del valor del presupuesto oficial establecido para el presente proceso, o mediante copia de los contratos correspondientes; en las que se especifique claramente lo siguiente: □ Nombre de la entidad contratante. □ Objeto: Debe ser relacionado con el objeto del presente proceso. □ Número de Contrato. □ Cumplimiento (excelente o bueno). □ Tiempo de ejecución, indicando fechas de inicio y terminación. □ Valor del contrato. En caso de que algún oferente haya suscrito contratos con el Departamento de Policía Magdalena – UPRES DEMAG, basta con que haga relación al número de contrato, fecha de inicio, valor final del contrato. La información relacionada será verificada por la oficina de contratos de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Magdalena.	**SI**	
Capacidad operativa. El Contratista deberá anexar carta de compromiso que soporte la suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), portafolio de servicios, disciplinas generales, especializadas con que se cuenta (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas),cobertura requerida y oportunidad de atención, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico frente a las necesidades expresadas por la unidad prestadora de salud Magdalena Igualmente el contratista deberá cumplir con las siguientes condiciones: □ Debe contar con una sala de espera que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación. □ Debe contar con el talento humano indispensable para la prestación de los servicios de salud ofertados; con equipos que cumplan con las normas legales vigentes expedidas por el Ministerio de la Protección Social. □ Los elementos, equipos y accesorios para la prestación del servicio deben ser suministrados por la IPS contratada. □ Cumplir con ATRIBUTOS DE CALIDAD enmarcados en el Decreto 1011 del 2006 relacionados con Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad y Seguridad en la atención de los pacientes. □ Debe contar con la infraestructura necesaria para la realización de procedimientos. □ EQUIPOS: Con el fin de verificar la idoneidad de los equipos, el oferente deberá presentar Certificación firmada por el Representante Legal de la IPS en la que garantice la existencia, y disponibilidad de los equipos médicos que empleará para la prestación del servicio de salud; deberá relacionarlos en detalle adjuntando las correspondientes hojas de vida y planes de mantenimiento anexando Formato. Este requisito será además verificado por parte de comité técnico evaluador. □ ATENCIÓN AL USUARIO: El oferente debe contar con una oficina y línea de atención al usuario con capacidad resolutiva, efectiva y eficiente para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, donde puedan tramitar sus peticiones, quejas, reclamos y sugerencias durante la prestación del servicio. Este requisito será verificado por parte de comité técnico evaluador en visita.	**SI**	
Cumplimiento de circular 030 de 19 mayo de 2006, indicadores de calidad.	**SI**	
Certificar Oportunidad para cada uno de los servicios ofertados.	**SI**	
La consulta especializada, así como exámenes de diagnóstico y procedimientos propios de las especialidades A CONTRATAR, se realizarán en LAS INSTALACIONES PROPIAS DE LAS IPS y si llegara a Subcontratar debe de anexar el certificado de habilitación de la entidad contratada.	**SI**	
La consulta especializada, así como exámenes de diagnóstico y procedimientos propios de las especialidades A CONTRATAR, se realizarán en LAS INSTALACIONES PROPIAS DE LAS IPS y si llegara a Subcontratar debe de anexar el certificado de habilitación de la entidad contratada.	**SI**	
El Contratista deberá cumplir con lo establecido en el Decreto 1703 de 2002 y la Ley 510 de 2003 en lo referente a la afiliación y aportes al sistema general de seguridad social de los profesionales subcontratados. Así mismo debe certificar la afiliación a una ARL del personal.	**SI**	
El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato. De igual forma, si se trata del cambio en el número de la cuenta bancaria en la que se realizarán los pagos, debe allegarse en original la certificación bancaria correspondiente	**SI**	
Debe respetarse la MALLA DE PERTINENCIA de REFERENCIA, MEDICAMENTOS y SERVICIOS, de acuerdo a lo establecido en el Instructivo 048 de 2007.	**SI**	
El Proceso de AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS FUERA DEL LISTADO Incluye: DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS, por parte del médico tratante (Especialista o Sub-especialista). No son válidas las realizadas por Medicina u Odontología General. ENTREGAR LOS SIGUIENTES SOPORTES:	**SI**	

FORMULA ORIGINAL EXPEDIDA POR EL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE. • FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO (Cédula Ciudadanía, Tarjeta de Identidad, Registro Civil). • Fotocopia del Carné o constancia de Talento Humano del Departamento vigente. Se remite a la DISAN la solicitud de evaluación del medicamento. a) Oficio de la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en salud N° 8 – Unidad Prestadora de Salud Magdalena. b) Cuadro de justificación del medicamento prescrito c) Fórmula original del medicamento prescrito (si es fórmula particular se debe transcribir) d) Formato original de justificación del medicamento e) Fotocopia del carné del usuario f) Fotocopia del documento de identidad del usuario SI EL MEDICAMENTO ES AUTORIZADO a) Se solicita a la entidad contratada el despacho del medicamento b) Se anexa fotocopia del reporte del comité técnico científico de la DISAN anexando la formula. ENTREGA DEL MEDICAMENTO AL USUARIO CON BASE EN LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR LA DISAN.		
El contratista deberá comprobar los derechos de los usuarios (Cotizantes y Beneficiarios) en la página del FOSYGA, y en caso de existir multiafiliación deberá informar a la oficina de referencia de sanidad para que esta defina la conducta a seguir, la entidad ofertante debe notificar al usuario de la novedad de la multiafiliación de acuerdo a la ley y si llegara el caso presta el servicio sin informar será causal del glosa total el servicio prestado.	SI	
La Oportunidad para Consulta Ambulatoria de Medicina Especializada, con base en el portafolio de servicios ofertado, no podrá ser superior a 10 días.	SI	
Informar al supervisor del contrato por escrito cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato de su ejecución y en ningún caso el contratista se abstendrá de atender a los usuarios sin informar previamente a la institución a través del supervisor del contrato, el rango de ejecución del mismo en ningún caso el contratista podrá superar el 100%.	SI	
El servicio programado a solicitar por el Contratista y a autorizar por la Unidad Prestadora de Salud Magdalena, se prestará a los pacientes previa solicitud del mismo en original, la cual debe expresar el procedimiento o atención solicitada de conformidad con los códigos únicos de procedimiento (CUPS), el objeto del contrato, la malla de pertinencia definida por la Dirección de Sanidad y el diagnóstico de la patología en tratamiento y/o estudio y la firma y el sello legible del profesional solicitante, el diligenciamiento por parte del facilitador o quien haga sus veces del formato de autorizaciones incluyendo el CÓDIGO DE AUTORIZACIONES ASIGNADO expedido por la Central de Autorizaciones - Oficina de Referencia Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Magdalena.	SI	
Para tramitar la autorización del servicio se compromete los oferentes a anexar: a) Resumen Completo de la atención que origina la solicitud de servicio en computador y/o a mano en caligrafía completamente legible, incluyendo firma del profesional con sello del mismo; ante la no prestación del servicio ofrecido se incurrirá en incumplimiento lo que será causal de aplicación de las cláusulas de incumplimiento establecidas en el contrato b) Copia del carné del usuario del servicio, por ambas caras o constancia vigente de hallarse en trámite. c) Copia de documento de identidad del usuario por ambas caras (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, registro civil o NUIP). d) Obligatoriamente se tiene que incluir CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN de la Central de Autorizaciones Oficina de Referencia-Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Magdalena, sin el cual no será válida la autorización del facilitador. La I.P.S. ganadora de esta Oferta se comprometen a no pedir a los usuarios (afiliados y/o beneficiarios) fotocopia de los documentos soporte; dichos documentos deberán ser fotocopiados por el personal de la I.P.S. y con cargo a ella, en cumplimiento del Decreto Ley Anti trámites # 019 de 2012.	SI	
El contratista deberá implantar su propio sistema de auditoría médica y permitir que la Unidad Prestadora de Salud Magdalena, a través de su Auditor de Calidad, Auditor Concurrente y/o Auditor de Cuentas Médicas realicen las auditorias e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que éste o la Unidad Prestadora de Salud Magdalena consideren pertinentes. Dicho Sistema de Auditoría de Salud y Médica de la Calidad en la I.P.S., deberá estar en cabeza de un Profesional Médico con especialización en Auditoría en Salud o Médica.	SI	
El contratista deberá certificar mediante comunicación oficial que Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio, será asumida como su responsabilidad, De igual forma debe acatar el cumplimiento de todo lo referente a la disposición final de elementos y/o suministros que resulten de los mantenimientos, sustancias o elementos que puedan ser tóxicos y que requieran de una disposición final según lo contemplado por la ley.	SI	
La IPS contratista se compromete a que exista disponibilidad de camas en hospitalización general, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, a cargo del contrato celebrado con dicha entidad, o en su defecto a gestionar la remisión del enfermo dentro de máximo 30 minutos siguientes a la determinación de la necesidad de referencia por el personal médico; en caso de Urgencia Vital la gestión del traslado por parte de la Oficina de Referencia Contrarreferencia del Contratista, debe tramitarse en forma inmediata a la determinación de la necesidad de referencia por el personal médico, diligenciándose la debida bitácora correspondiente al procedimiento en la cual se anotarán todos los eventos acaecidos durante el proceso.	SI	
OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES. La institución debe contar con las siguientes condiciones técnicas y anexar los documentos que confirmen dichas condiciones: • Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud □ Formulario de inscripción de Novedades de servicios ofertados	SI	

☐ Certificado de Habilitación expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales designados para tal fin. ☐ Modelo de prestación de servicios definido por el prestador. ☐ 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 ☐ Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida y firmada por el representante legal. ☐ Proceso de atención al usuario ☐ Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2023 (incluir tarifas) ☐ Documentos que soporten la oportunidad de la consulta especializada, Subespecializada y cirugías programadas y la capacidad operativa que tenga la entidad en los diferentes servicios ofertados. ☐ Anexar instructivo o protocolo para la referencia de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, correo electrónico), que operen las 24 horas que garanticen la oportunidad de respuesta inmediata con un máximo de 2 horas para respuesta. ☐ El proponente se servirá ofertar la oportunidad en citas, procedimientos y/o demás condiciones establecidas en el presente estudio. ☐ Requisitos para la atención de servicio, horarios de atención, modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial), entrega de copia de historias clínicas, entrega del formato de referencia y autorización, dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para las atenciones ambulatorias y programadas y para los casos de solicitarles interconsultas de urgencias y hospitalarias. ☐ El contratista deberá enviar los cinco (05) primeros días de cada mes el cumplimiento de reporte a los entes de vigilancia y control como la Superintendencia Nacional de Salud e INVIMA, Indicadores de calidad, eventos adversos, reportes de tecno vigilancia y reactivo vigilancia.		

2.2 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

La empresa CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S., no ha presentado facturación correspondiente a la prestación del servicio de los cuatro (04) días de la vigencia 2023 y el primer mes de la vigencia 2024, solicitada mediante comunicación oficial No. GS-2024-008098-DEMAG, de fecha 07/02/2024, razón por la cual el presente informe de supervisión se radica en ceros (0) para el pago.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido **(64)** días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando **(122)** días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No.8 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD MAGDALENA, pagara el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Santa Marta después de realizado el servicio y el plan de pagos, dentro de los sesentas (60) días calendario siguientes a la prestación de la factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única – radicación de cuentas de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Magdalena, los primeros cinco (05) días de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales y recibo a satisfacción por parte del Supervisor del Contrato una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional y una vez la Dirección de Sanidad sitúe los recursos correspondientes a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Magdalena. No obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

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	$ 2.827.855.105,00	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	$ 2.827.855.105,00	100%

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

5. CONCLUSIONES

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 **ALBERTO JOSÉ MAZ LAPEIRA**
Supervisor Contrato **No. 67-7-20441-2023 (E)**
alberto.maz5041@correo.policia.gov.co
Celular 301 271 07 07