No. GS-2024- 010882-REGI4 **/ SUDIN-RINCO4 29.25**

Popayán - Cauca, 10 de julio de 2024

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. 66-7-20031-2024

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO: _X_ O FINAL __

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/06/2024**	**Hasta**	**30/06/2024**

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 No. 033/AREAD-GRUCO 29.2 del 02/04/2023, 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: 2**

1. Informe de supervisión del mes de abril, periodo comprendido entre el 02/04/2024 y al 30/04/2024, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2024-007387-REGI4 del 05/05/2024.

2. Informe de supervisión del mes de mayo, periodo comprendido entre el 01/05/2024 y al 31/05/2024, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2024-008984-REGI4 del 05/06/2024.

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20030/2024**
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 2024 PARA LA REGIONAL DE INCORPORACIÓN NO. 4, ASÍ: GRUPO NO. 1: GRUPO INCORPORACIÓN CALI, GRUPO INCORPORACIÓN VALLE, GRUPO INCORPORACIÓN CAUCA Y GRUPO INCORPORACIÓN BUENAVENTURA (DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA), CON SEDE ÚNICA EN EL MUNICIPIO DE CALI O TULUÁ (VALLE DEL CAUCA), GRUPO NO. 2: GRUPO INCORPORACIÓN NARIÑO, GRUPO INCORPORACIÓN TUMACO (DEPARTAMENTO DE NARIÑO) Y GRUPO INCORPORACIÓN CAUCA (DEPARTAMENTO DEL CAUCA) CON SEDE ÚNICA EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO.
Contratista	UNION TEMPORAL MEDICAL PLUS 2023
Representante legal	JAIME ANDRES ROSERO MONTEZUMA
Valor inicial del contrato u orden de compra	CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.
Valor adiciones del contrato u orden de compra	NO APLICA
Valor total del contrato u orden de compra	CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.
Plazo de ejecución inicial	CUATRO (04) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DÍAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	02 DE ABRIL DE 2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31 DE AGOSTO DE 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 APLICA
Modificatorios	NO APLIICA
Prorrogas	NO APLICA
Otros	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. Se realizo reunión presencial en las instalaciones de la IPS Medical Plus 2023 en la cual se tocaron temas concernientes a la inicio del contrato y el cumplimiento a las obligaciones contractuales y condiciones técnicas del mismo.

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	SI	SIN OBSERVACIONES

Salud No. 4 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.		
Dar a conocer a todos sus empleados la responsabilidad penal que conlleva el recibir dadivas por omitir o cambiar resultados de los exámenes practicados a los aspirantes.	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
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
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	SI	SIN OBSERVACIONES

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.		
El 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	SI	SIN OBSERVACIONES

Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.		
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 lll	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 (l/ll/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	SI	SIN OBSERVACIONES

confidencialidad, el consentimiento informado y de más condiciones establecidas) **Nota:** de ser positiva la prueba la entidad debe surtir los tramites de confidencialidad y de notificación establecidos.		
PARCIAL DE ORINA: Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria	SI	SIN OBSERVACIONES
ELECTROCARDIOGRAMA (ECG): 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): 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: 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: **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. **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. **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. 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. 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: 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	SI	SIN OBSERVACIONES

interrogar y registrar sus antecedentes médicos y quirúrgicos oculares tales como: 1. Cirugía de retina 2. Catarata 3. Glaucoma 4. Refractiva 5. Extracción de cuerpos extraños intraoculares por antecedentes de heridas penetrantes y/o perforantes al globo ocular 6. No debe presentar proctosis, palpebral o alteraciones del sistema lagrimal (ojo seco o epiforas) 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:	SI	SIN OBSERVACIONES
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: 1. Deformidad del septum nasal 2. Pirámide nasal 3. Base pirámide nasal y narinas 4. Hipertrofia obstructiva de cornetes inferiores 5. Deformidades congénitas (comunicación oronasal, paladar hendido, atresia coanas) 6. Lesiones de cavidad oral, faringe o laringe 7. Alteraciones de voz de tipo funcional o anatómico		
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: 1. Se debe realizar en cabina sonoamortiguada 2. Evaluar vía aérea y vía ósea **REQUISITOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍAS:** 1. Certificar calibración de cabina sonoamortiguada y calibración de equipos 2. El examen debe ser realizado por profesional de Fonoaudiología o Audiología 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. 4. Certificación de calibración de los equipos, anexarla. 5. Aplazar la toma de la Audiometría si presenta Tapón de Cerumen. Diligenciara el **FORMATO No. 7 (Según modelo)** EXAMEN DE AUDIOLOGIA MEDICO LABORAL, del presente documento.	SI	SIN OBSERVACIONES
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): 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): 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	SI	SIN OBSERVACIONES

y registro profesional del evaluador. No utilizar siglas, describir en forma completa los hallazgos		
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) 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	SI	SIN OBSERVACIONES
El oferente **CERTIFICA** que al momento de realizar los exámenes verificará, realizará y tendrá en cuenta lo siguiente: 1. Que la cédula de ciudadanía corresponda al aspirante a quien se le va a realizar el examen. 2. Implementar mecanismos de seguridad para evitar la suplantación en los exámenes, en asocio con el funcionario policial encargado. 3. Registrar la firma del examinado en la hoja de reporte del resultado del examen 4. Abstenerse de sugerir exámenes adicionales y emitir criterios de aptitud o no aptitud 5. Anexar fotocopia de la cédula de ciudadanía del examinado 6. Realizar los exámenes dentro del tiempo estipulado en la propuesta 7. El reporte del examen lo diligenciara en letra legible, con firma original, sello, nombre claro profesión y registro profesional del evaluador. 8. Los resultados deberán ser entregados a las direcciones de los Grupos, así: **Grupo No. 1**: los resultados de los exámenes de los aspirantes deben ser entregados, así: • Los resultados de los exámenes del Grupo Incorporación Valle, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **kilómetro 1 vía la Rivera Escuela de Policía Simón Bolívar Grupo Incorporación de la ciudad de Tuluá (Valle).** • Los resultados de los exámenes de los aspirantes del Grupo Incorporación Cali, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Carrera 3N 24N-16 Barrio El Piloto de la ciudad de Santiago de Cali (Valle).** • Los resultados de los exámenes del Grupo Incorporación Buenaventura, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Avenida Simón Bolívar Nro. 50 – 110 Barrio GALEÓN, Comando de Policía el Galeón de la ciudad de Buenaventura (valle).** • Los resultados de los exámenes de los aspirantes del Grupo Incorporación Cauca, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Calle 67 con Carrera 12 esquina / Barrio Bello Horizonte de Popayán (Cauca).** **Grupo No. 2**: Los resultados de los exámenes de los aspirantes deben ser entregados, así: • 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).** • Los resultados de los exámenes de los aspirantes del Grupo Incorporación Cauca, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Calle 67 con Carrera 12 esquina / Barrio Bello Horizonte de Popayán (Cauca).**	SI	SIN OBSERVACIONES

<table>
<tr>
<td>

- Los resultados de los exámenes del Grupo Incorporación Tumaco, deberán ser entregados en la siguiente dirección: **Avenida Ferria casa 8, Sanidad Policía del municipio de Tumaco (Nariño).**

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:

1. Fotocopia Cédula de ciudadanía del aspirante
2. Resultados de Laboratorio Clínico
3. Resultado de citología
4. Electrocardiograma y su resultado
5. Electroencefalograma y su resultado
6. Lectura de placas radiográficas
7. Examen de optometría.
8. Examen oftalmológico
9. Audiometría
10. Examen Otorrinolaringológico
11. 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:

Examen – Valoración	Tipo de profesional
Audiometría	Fonoaudiólogo o Audiólogo
Oftalmológica completa	Oftalmólogo
Otorrinolaringología	Otorrinolaringólogo
Toma Exámenes Laboratorio	Técnico o tecnólogo toma muestras
Procesamiento exámenes laboratorio	Bacteriólogo
Toma Radiografías Tórax y dorso lumbar	Técnico o tecnólogo en Radiología
Lectura Radiografías Tórax y dorso lumbar	Radiólogo
Electrocardiograma	Cardiólogo o médico internista
Electroencefalograma	Neurólogo
Citología	Puede ser realizada o tomada por un Ginecólogo, Enfermera Jefe, Bacteriólogo, Citólogo, Citohistotecnólogo (a) o un Histocitotecnólogo (a).

</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; 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</td>
<td>SI</td>
<td>SIN OBSERVACIONES</td>
</tr>
</table>

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"		
El Contratista **CERTIFICA** que los servicios serán prestados con calidad y oportunidad con especial énfasis en la atención de los aspirantes.	SI	SIN OBSERVACIONES
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.** **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: 1. Con un Sistema de Gestión de Calidad. 2. Equipos biomédicos y material médico acorde a las necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios. 3. Acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes y por ningún motivo se aceptarán tratamientos o procedimientos experimentales. 4. Garantizar la accesibilidad y oportunidad en la atención de los servicios ofertados. 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.	SI	SIN OBSERVACIONES
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. 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. Anexar pantallazo de consulta en el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo.	SI	SIN OBSERVACIONES
El oferente **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, para lo cual se debe informar en un solo documento el listado de aspirantes a quienes se les realizo la prueba, discriminando frente a cada uno de ellos el resultado positivo o negativo de cada sustancia.	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
La toma de las PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA TETRAHIDROCANNABINOL-THC, OPIOIDES, COCAÍNA, BENZODIACEPINAS Y METANFETAMINAS (CON AUTORIZACIÓN DEL ASPIRANTE) (HOMBRES Y MUJERES), se realizará dentro del paquete de exámenes a contratar, salvo otras coordinaciones que se realicen 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	SI	SIN OBSERVACIONES

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.		
El Oferente debe cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución N° 0312 de 2019 "Por la cual se definen los estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". Presentar 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 ejecutar el servicio en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. Así mismo que cuentan con la tenencia de los elementos de protección personal acorde a las necesidades y según los riesgos de cada tarea a ejecutar en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. (aplica para personal que presta sus servicios en las instalaciones propias de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.)	SI	SIN OBSERVACIONES
Diligenciar y presentar junto a la oferta el Anexo: **FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** adjunto.	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 **(89)** días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando **(60)** días calendario para finalizar 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. 108900154858 del BANCO DAVIVIENDA 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: UNION TEMPORAL MEDICAL PLUS 2023
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 108900154858

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	$ 120.000.000,00	-
Valor total de las entregas	$ 93.959.050,00	78,30%
Valor total facturado	$ 93.959.050,00	78,30%
Valor facturado pendiente de pago	$ 93.959.050,00	78,30%
Valor pagado	$ -	0,00%
Valor pendiente de entrega	$ 26.040.950,00	21,70%

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	$ 9.569.535,00	Del 02/04/2024 al 30/04/2024	$ 9.569.535,00	1			
RAS 2	$ 11.407.200,00	Del 02/04/2024 al 30/04/2024	$ 11.407.200,00	2			
RAS 3	$ 4.714.200,00	Del 1/05/2024 al 31/05/2024	$ 4.714.200,00	3			
RAS 4	$ 21.388.015,00	Del 02/04/2024 al 30/04/2024	$ 21.388.015,00	4			
RAS 5	$ 18.747.190,00	Del 02/04/2024 al 30/04/2024	$ 18.747.190,00	5			
RAS 6	$ 17.940.150,00	Del 02/04/2024 al 30/04/2024	$ 17.940.150,00	6			
RAS 7	$ 3.152.500,00	Del 02/04/2024 al 30/04/2024	$ 3.152.500,00	7			
RAS 8	$ 3.152.500,00	Del 02/04/2024 al 30/04/2024	$ 3.152.500,00	8			
RAS 9	$ 2.963.350,00	Del 02/04/2024 al 30/04/2024	$ 2.963.350,00	9			
RAS 10	$ 924.410,00	Del 01/06/2024 al 30/06/2024	$ 924.410,00	10			

Se deja constancia que se había radicado facturación or parte de la Unión Temporal Medical Plus, la cual fue devuelta por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4, debido a que la entidad facturo con NIT equivocado.

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_____

Mayor EDGARDO RAFAEL ARRIETA PINEDA
Jefe Regional de Incorporación No. 4
Supervisora Contrato No. 66-7-200031-24
Correo electrónico: dinco.rinco4@policia.gov.co
No. Celular: 3214267520