Ciudad y fecha:	Envigado,24 de julio 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°6
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	65-5-20187-23
Constancia de recibido No.	13
Contratista:	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZA
NIT del contratista:	890984696
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS, NO QUIRÚRGICOS Y DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO Y URGENCIAS MÉDICAS VITALES Y EL SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN INFORMADA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS NIVEL MEDIO Y BAJO DESCRITOS EN EL ACUERDO 080 O EL QUE LO MODIFIQUE O DEROGUE PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE TARAZA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	CONTRATO INICIAL $ 8.500.000,00+ADICIÓN Y PRÓRROGA $ 4.250.000,00
Plazo de ejecución:	10 MESES Y 16 DÍAS + ADICIÓN Y PRORROGA DE 4 MESES MAS
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A

Lugar de ejecución y/o entrega	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZA
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	NO
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente Olga Cecilia Reyes Fernández Supervisora del Contrato
Fecha de entrega certificada:	Del: 16/08/2023 Al: 30/06/2024 Del: 01/07/2024 Al 31/10/2024 ADICIÓN Y PRÓRROGA
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023	
Acta de recepción de bienes	N/A

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES N°6	16	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS, NO QUIRÚRGICOS Y DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO Y URGENCIAS MÉDICAS VITALES Y EL SUMINISTRO Y DISPENSACIÓN INFORMADA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS NIVEL MEDIO Y BAJO DESCRITOS EN EL ACUERDO 080 O EL QUE LO MODIFIQUE O DEROGUE PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE TARAZA.	$449.760,00	$449.760,00	$ 0,00	$449.760,00

No. factura	Fecha factura	Valor factura	VALOR DE GLOSA	Valor neto
TARA10134	30/06/2024	$ 7.800,00	$ 0,00	$ 7.800,00
TARA10135	30/06/2024	$ 39.000,00	$ 0,00	$ 39.000,00
TARA10136	30/06/2024	$ 63.000,00	$ 0,00	$ 63.000,00
TARA10137	30/06/2024	$ 81.360,00	$ 0,00	$ 81.360,00
TARA10138	30/06/2024	$ 39.000,00	$ 0,00	$ 39.000,00
TARA10139	30/06/2024	$ 27.000,00	$ 0,00	$ 27.000,00
TARA10140	30/06/2024	$ 139.300,00	$ 0,00	$ 139.300,00
TARA10141	30/06/2024	$ 53.300,00	$ 0,00	$ 53.300,00
TOTAL		**$449.760,00**	**$ 0,00**	**$449.760,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO:

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Prestación de Servicios Médicos	Si	N/A
Cumplir con el objeto contractual en las condiciones que fue ofertado	Si	N/A
Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	Si	N/A
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	N/A
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 que se hayan suministrado.	Si	N/A

Firma:
Grado y Nombres: Subintendente **OLGA CECILIA REYES FERNÁNDEZ**
Supervisora del Contrato E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZA RASES Nº6
Cargo: Responsable Auxiliar Tesorería UPRES
Contrato No. 65-5-20187-23
Correo electrónico: cecilia.reyes1327@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3127468508