No. 1 DEPARTAMENTO DE POLICIA AMAZONAS

No. GS-2025- 020175 -DEAMA.UPRES 20.1

Leticia 01 de agosto del 2025

Señor Coronel
SANTIAGO GARAVITO ARANZAZU
Comandante Departamento de Policía Amazonas
Carrera 11 12-32 Barrio Victoria regia
Leticia.

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato **13-7-20010-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/07/2025**	**Hasta**	**20/07/2025**

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, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2022-017311-RASES1-GRUCO del 30/11/2022, el señor (a) Teniente JHON ALFONSO ARAGON FONSECA, obrando en calidad de Jefe Grupo de Contratos RASES No 1, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor (a) Jefe Unidad Prestadora de Salud Amazonas y/o a quien haga sus veces.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0 CERO**

  1. Informe de supervisión mes de Julio 2025, periodo comprendido entre el **01/07/2025 al 20/07/2025,**

Información del contrato

Contrato No.	13-7-20010-25
Objeto del Contrato	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS OCUPACIONALES Y DE LABORATORIO DESTINADOS A LOS

	FUNCIONARIOS DE PLANTA VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO LEY 100 DE 1993, Y CONTRATISTAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS"
Contratista	**IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U**
Representante legal	CINDY INES PARDO TORO
Valor inicial del contrato	TRES MILLONES SEIS MIL PESOS **($ 3.006.000,00)** MONEDA LEGAL COLOMBIANA.
Valor adiciones del contrato	No aplica
Valor total del contrato	TRES MILLONES SEIS MIL PESOS **($ 3.006.000,00)** MONEDA LEGAL COLOMBIANA.
Plazo de ejecución inicial	VEINTE (20) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	01/07/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	20/07/2025
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 aplica
Prorrogas	No aplica
Otros	No aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas: No aplica

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
EQUIPOS E INSTALACIONES	Inscripción en el registro especial nacional del Ministerio de la Protección Social o el certificado de habilitación, expedido por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud correspondientes.	SI	
	Instalaciones adecuadas de acuerdo con certificado de habilitación para la atención de los usuarios.	SI	
	Consultorios para la valoración médica, osteomuscular y optométrica que garantizan la privacidad del acto.	SI	
	Contar con los medios tecnológicos necesarios y disponibles para el diligenciamiento de la Historia Clínica Ocupacional, realizar las valoraciones médicas ocupacionales, Optométricas y las pruebas de laboratorio necesarias		
RESULTADOS DE LAS VALORACIONES	**Historia Clínica y Valoración Médica Ocupacional:** una vez se tengan los resultados de las valoraciones, optométrica y de los exámenes de laboratorio a que haya lugar, se realizará la Valoración Médica Ocupacional Integral	SI	

	consignando los datos médicos, clínicos y paraclínicos en el formato de Historia Clínica (medio físico o digital) y se realizará la custodia y guarda de acuerdo con la normatividad vigente.		
	Resultado de la Valoración Médica Ocupacional: se remitirá al Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas , el resultado de la valoración integral, en el formato que la empresa contratista tenga establecido, contemplando lo señalado en la Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de Protección Social.	**SI**	
	Remisión: una vez el médico analice los exámenes de apoyo (valoración optométrica y de laboratorio), se deberá informar al usuario de los resultados y hacer entrega en caso que amerite, la remisión médica ante la respectiva Entidad Promotora de Salud.	**SI**	
	Prescripción médica y optométrica: en los casos de requerirse formulación y/o corrección por algún defecto refractivo, se entregará la prescripción y/o formula optométrica respectiva, sin configurarse obligación por parte de la IPS o la Policía Nacional, de la atención en salud por este aspecto o alguno relacionado. El aspirante o trabajador podrá tramitarlo ante la EPS correspondiente con la remisión de que trata el ítem anterior.	**SI**	
VERIFICAR LOS DERECHOS	En el momento de asistir el usuario a hacer uso de los servicios, deberá entregar la autorización del examen médico ocupacional en donde debe indicarse el tipo de labor a desarrollar de acuerdo al profesiograma establecido, así como los exámenes complementarios necesarios, firmada por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas respectivo en formato membretado con el logo de la Policía Nacional y en donde se identifique la Unidad Prestadora, además de confirmar con original y dejando fotocopia de documento de identificación, firma y registrando huella dactilar de índice derecho, en documento que servirá de soporte para la factura.	**SI**	
	Entregar de manera obligatoria en medio magnético y físico al Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas como Supervisor del contrato, el informe gerencial del diagnóstico de salud de las valoraciones realizadas una vez se dé carta de inicio del contrato y al final de la vigencia del contrato en el que se contemple como mínimo, lo establecido en el artículo 18 de la Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de la Protección Social. En lo que se refiere a la variable de distribución sociodemográfica, se realizara de acuerdo a la Unidad de Policía o de Sanidad en la que labora o laborara el funcionario aspirante.	**SI**	
DIAGNOSTICO GENERAL DE LAS CONDICIONES DE SALUD	Información socio demográfica de la población trabajadora (sexo, grupos etarios, composición familiar, estrato sociodemográfico, Información de antecedentes laborales, información de exposición a riesgos ocupacionales, información de exposición actual según la manifestación del trabajador y/o os resultados de los objetivos analizados durante la evaluación médica, tal información deberá ser diferenciada según áreas u oficios, sintomatología reportada de los trabajadores, resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados, diagnósticos encontrados en la población trabajadora, análisis y conclusiones de la evaluación, recomendaciones.	**SI**	
	Entregar de manera obligatoria un informe mensual de evaluación general de la ejecución del presente contrato en medio magnético y físico al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas como supervisor del contrato que incluya: porcentaje de ejecución del contrato acumulado, grado, unidad policial y número de funcionarios valorados por ciudad y total con los exámenes de laboratorio realizados.	**SI**	
CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y DE FUNCIONAMIENTO	Se requiere que el oferente asuma la realización de los exámenes médicos ocupacionales, de apoyo y de laboratorio complementarios, para donde es contratado el servicio, para lo cual debe contar con la capacidad propia o contratada del recurso humano, sitios de atención habilitados según las normas vigentes en la materia y elementos necesarios y suficientes (batas desechables, sábanas desechables para camillas por cada paciente) para garantizar el cumplimiento del contrato, incluyendo adecuación de volumen para la atención oportuna del número de pacientes a que hace referencia este contrato.	**SI**	
SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD	La entidad oferente deberá cumplir con los principios y objetivos del Decreto Ley 1795 de 2000, en virtud de lo cual, deberá contar con los siguientes soportes los cuales serán requeridos durante la ejecución del objeto contractual: Normas, políticas, procedimientos, protocolos y guías de trabajo tanto de los procesos asistenciales como administrativos.	**SI**	
	Procedimientos del sistema de información y atención de usuarios, disponibles para satisfacer las necesidades y expectativas.		
TALENTO HUMANO	**VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES**: Médico titulado Especialista en Salud Ocupacional o Medicina del Trabajo, con Licencia en salud Ocupacional vigente expedida por la autoridad correspondiente en cada región del país. En los Departamento que no cuenten con disponibilidad de médicos	**SI**	

	especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional, el artículo 9º de la Resolución 2346 del 2007 establece que las evaluaciones médicas ocupacionales podrán ser realizadas por médicos que tengan mínimo dos (2) años de experiencia en salud ocupacional, previa inscripción como tales ante las respectivas secretarías de salud".		
	VALORACIONES OSTEOMUSCULARES: Medico, (a) Titulado (a) con la Especialidad en Salud Ocupacional o Medicina del Trabajo con licencia en Salud Ocupacional vigente expedida por la autoridad correspondiente.	**SI**	
	EXAMENES – VALORACIONES OPTOMETRICAS: Optómetra con título profesional.	**SI**	
	EXAMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS: Recolección de las muestras de sangre por auxiliar de enfermería titulada, análisis de las muestras por bacteriólogo (a) titulado.	**SI**	
	INFORMES DE RESULTADOS REQUERIDOS: Médico titulado Especialista en Salud Ocupacional o Medicina del Trabajo, con Licencia en salud Ocupacional vigente expedida por la autoridad correspondiente en cada región del país.	**SI**	
	ADJUNTAR HOJAS DE VIDA DE LOS PROFESIONALES CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES Y EL MEDICO GENERAL COPIA DE LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL VIGENTE.	**SI**	
REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE:** Se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados durante los años (2023 y/o 2024) de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo dos (2) certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la ejecución de los contratos.	**SI**	
LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL	Se establece como requisito mínimo habilitante presentar copia de la Licencia en Salud Ocupacional Vigente y/o en trámite expedida por la respectiva Secretaria de Salud de la ciudad donde se tenga la sede principal, según lo dispuesto en la Resolución 2318 de 1996.	**SI**	
	Se describe que se deberá tener Inscripción en el registro especial nacional del Ministerio de la Protección Social o el certificado de habilitación, expedido por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud correspondientes, aplicando para éste caso el certificado de habilitación correspondiente por la Dirección Departamental o Municipal de Salud según corresponda de los sitios donde se adelante tanto la valoración como los exámenes complementarios	**SI**	
	Contar con Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo Primera y Segunda Fase según resolución 0312 de 2019.	**SI**	
	Presentar el certificado de que cuenta con ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva entre otras), donde se reporte que cuenta con sistema de gestión en seguridad en el trabajo (SST) de acuerdo a lo establecido en la resolución 0312 de 2019	**SI**	
	Anexar Certificado de accidentalidad donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación	**SI**	
	Anexar constancia que el responsable del SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO cuenta con curso de actualización de 50 horas en Seguridad y salud en el trabajo y/o comprobante de realizarlo en un plazo no máximo a 45 días.	**SI**	
	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y trabas.	**SI**	
	Reportar de manera inmediata a la Policía Nacional – Unidad Prestadora de Salud Amazonas cualquier situación o anomalía que afecte la debida ejecución del contrato.	**SI**	

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

En el mes de julio 2025, no se presentaron novedades, situaciones anormales o de relevancia en la prestación y cumplimiento de las actividades del contrato No. **13-7-20010-25.**

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (20) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (0) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El Departamento Policía Amazonas pagará el valor del contrato a favor del contratista en la ciudad de Leticia, mediante pagos parciales dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a la presentación de la factura comercial previa expedición del RECIBO A SATISFACCIÓN con los respectivos soportes (informes de supervisión expedido por el supervisor del contrato, parafiscales y cuenta de cobro), cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. No obstante la aprobación de los cupos de PAC 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**
Valor total del contrato	$ 3.006.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 3.006.000,00	87.3%
Valor total facturado	$ 3.006.000,00	20.0%
Valor facturado pendiente de pago	$ 0	20.0%
Valor pagado	$ 0	67.3%
Valor pendiente de entrega	$ 3.006.000,00	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. facturas	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
01	$ 3.006.000,00	01/08/2025	$ 3.006.000,00	01	No aplica	No aplica	No aplica

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

No aplica

5. RECOMENDACIONES

La radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos

6. 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,

Subintendente **CAMILO ANDRES MUÑOZ MONTOYA**
Jefe Unidad Prestadora Salud Amazonas (E)
Supervisor Contrato No. 13-7-20010-25
deama.upres@policia.gov.co

ciudad y fecha:	Leticia,01 de agosto 2025
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato	**13-7-20010-25**
Constancia de recibido No.	**01**
Contratista:	**IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U**
NIT del contratista:	900.243.862-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS OCUPACIONALES Y DE LABORATORIO DESTINADOS A LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO LEY 100 DE 1993, Y CONTRATISTAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD AMAZONAS"
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No Aplica
Valor del contrato	**$ 3.006.000,00**
Plazo de ejecución:	Desde 01/07/2025 hasta el 20/07/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Leticia Amazonas Calle 8 No, 9-99 IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U
Incumplimiento del plazo de ejecución	No Aplica

SI___NO_X_	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **CAMILO ANDRES MUÑOZ MONTOYA** Jefe Unidad Prestadora Salud Amazonas (E)
Fecha de entrega certificada:	**01/07/2025 AL 20/07/2025**

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (2025)

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
UPRES DEAMA	16	SERVICIO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SEVRICIOS SOCIALES (VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS PERSONAL LEY 100 Y CONTRATISTAS PRESTACION DE SERVICIOS) – FORMATOS 2 – PROGRAMA Q	$3.006.000,00	$3.006.000,00	----	$3.006.000,00

Acta de recepción de bienes	No Aplica

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
LCH 14901	29/07/2025	$3.006.000,00	-	$3.006.000,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos			-	$3.006.000,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO No 13-7-20010-25 Y SE RECIBE A SATISFACCIÓN DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN Y VIGENCIA FACTURA DE VENTA LCH 14901 CORRESPONDIENTE AL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01/07/2025 AL 20/07/2025, POR EL SERVICIO DE EXAMENES OCUPACIONALES.

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.

ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
EQUIPOS E INSTALACIONES	Inscripción en el registro especial nacional del Ministerio de la Protección Social o el certificado de habilitación, expedido por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud correspondientes.	**SI**	
	Instalaciones adecuadas de acuerdo con certificado de habilitación para la atención de los usuarios.	**SI**	
	Consultorios para la valoración médica, osteomuscular y optométrica que garantizan la privacidad del acto.	**SI**	
	Contar con los medios tecnológicos necesarios y disponibles para el diligenciamiento de la Historia Clínica Ocupacional, realizar las valoraciones médicas ocupacionales, Optométricas y las pruebas de laboratorio necesarias		

RESULTADOS DE LAS VALORACIONES	**Historia Clínica y Valoración Médica Ocupacional:** una vez se tengan los resultados de las valoraciones, optométrica y de los exámenes de laboratorio a que haya lugar, se realizará la Valoración Médica Ocupacional Integral consignando los datos médicos, clínicos y paraclínicos en el formato de Historia Clínica (medio físico o digital) y se realizará la custodia y guarda de acuerdo con la normatividad vigente.	**SI**	
	Resultado de la Valoración Médica Ocupacional: se remitirá al Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas , el resultado de la valoración integral, en el formato que la empresa contratista tenga establecido, contemplando lo *señalado en la Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de Protección Social.*	**SI**	
	Remisión: una vez el médico analice los exámenes de apoyo (valoración optométrica y de laboratorio), se deberá informar al usuario de los resultados y hacer entrega en caso que amerite, la remisión médica ante la respectiva Entidad Promotora de Salud.	**SI**	
	Prescripción médica y optométrica: en los casos de requerirse formulación y/o corrección por algún defecto refractivo, se entregará la prescripción y/o formula optométrica respectiva, sin configurarse obligación por parte de la IPS o la Policía Nacional, de la atención en salud por este aspecto o alguno relacionado. El aspirante o trabajador podrá tramitarlo ante la EPS correspondiente con la remisión de que trata el ítem anterior.	**SI**	
VERIFICAR LOS DERECHOS	En el momento de asistir el usuario a hacer uso de los servicios, deberá entregar la autorización del examen médico ocupacional en donde debe indicarse el tipo de labor a desarrollar de acuerdo al profesiograma establecido, así como los exámenes complementarios necesarios, firmada por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas respectivo en formato membretado con el logo de la Policía Nacional y en donde se identifique la Unidad Prestadora, además de confirmar con original y dejando fotocopia de documento de identificación, firma y registrando huella dactilar de índice derecho, en documento que servirá de soporte para la factura.	**SI**	
DIAGNOSTICO GENERAL DE LAS CONDICIONES DE SALUD	Entregar de manera obligatoria en medio magnético y físico al Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas como Supervisor del contrato, el informe gerencial del diagnóstico de salud de las valoraciones realizadas una vez se dé carta de inicio del contrato y al final de la vigencia del contrato en el que se contemple como mínimo, lo establecido en el artículo 18 de la Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de la Protección Social. En lo que se refiere a la variable de distribución sociodemográfica, se realizara de acuerdo a la Unidad de Policía o de Sanidad en la que labora o laborara el funcionario aspirante.	**SI**	
	Información socio demográfica de la población trabajadora (sexo, grupos etarios, composición familiar, estrato sociodemográfico, Información de antecedentes laborales, información de exposición a riesgos ocupacionales, información de exposición actual según la manifestación del trabajador y/o os resultados de los objetivos analizados durante la evaluación médica, tal información deberá ser diferenciada según áreas u oficios, sintomatología reportada de los trabajadores, resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados, diagnósticos encontrados en la población trabajadora, análisis y conclusiones de la evaluación, recomendaciones.	**SI**	
	Entregar de manera obligatoria un informe mensual de evaluación general de la	**SI**	

	ejecución del presente contrato en medio magnético y físico al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas como supervisor del contrato que incluya: porcentaje de ejecución del contrato acumulado, grado, unidad policial y número de funcionarios valorados por ciudad y total con los exámenes de laboratorio realizados.		
CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y DE FUNCIONAMIENTO	Se requiere que el oferente asuma la realización de los exámenes médicos ocupacionales, de apoyo y de laboratorio complementarios, para donde es contratado el servicio, para lo cual debe contar con la capacidad propia o contratada del recurso humano, sitios de atención habilitados según las normas vigentes en la materia y elementos necesarios y suficientes (batas desechables, sábanas desechables para camillas por cada paciente) para garantizar el cumplimiento del contrato, incluyendo adecuación de volumen para la atención oportuna del número de pacientes a que hace referencia este contrato.	**SI**	
SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD	La entidad oferente deberá cumplir con los principios y objetivos del Decreto Ley 1795 de 2000, en virtud de lo cual, deberá contar con los siguientes soportes los cuales serán requeridos durante la ejecución del objeto contractual: Normas, políticas, procedimientos, protocolos y guías de trabajo tanto de los procesos asistenciales como administrativos.	**SI**	
	Procedimientos del sistema de información y atención de usuarios, disponibles para satisfacer las necesidades y expectativas.		
TALENTO HUMANO	**VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES**: Médico titulado Especialista en Salud Ocupacional o Medicina del Trabajo, con Licencia en salud Ocupacional vigente expedida por la autoridad correspondiente en cada región del país. En los Departamento que no cuenten con disponibilidad de médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional, el artículo 9º de la Resolución 2346 del 2007 establece que las evaluaciones médicas ocupacionales podrán ser realizadas por médicos que tengan mínimo dos (2) años de experiencia en salud ocupacional, previa inscripción como tales ante las respectivas secretarías de salud".	**SI**	
	VALORACIONES OSTEOMUSCULARES: Medico, (a) Titulado (a) con la Especialidad en Salud Ocupacional o Medicina del Trabajo con licencia en Salud Ocupacional vigente expedida por la autoridad correspondiente.	**SI**	
	EXAMENES – VALORACIONES OPTOMETRICAS: Optómetra con título profesional.	**SI**	
	EXAMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS: Recolección de las muestras de sangre por auxiliar de enfermería titulada, análisis de las muestras por bacteriólogo (a) titulado.	**SI**	
	INFORMES DE RESULTADOS REQUERIDOS: Médico titulado Especialista en Salud Ocupacional o Medicina del Trabajo, con Licencia en salud Ocupacional vigente expedida por la autoridad correspondiente en cada región del país.	**SI**	
	ADJUNTAR HOJAS DE VIDA DE LOS PROFESIONALES CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES Y EL MEDICO GENERAL COPIA DE LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL VIGENTE.	**SI**	
REQUISITOS MÍNIMOS	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE:** Se requiere acreditar experiencia en	**SI**	

HABILITANTES	proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados durante los años (2023 y/o 2024) de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo dos (2) certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la ejecución de los contratos.		
LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL	Se establece como requisito mínimo habilitante presentar copia de la Licencia en Salud Ocupacional Vigente y/o en trámite expedida por la respectiva Secretaria de Salud de la ciudad donde se tenga la sede principal, según lo dispuesto en la Resolución 2318 de 1996.	**SI**	
	Se describe que se deberá tener Inscripción en el registro especial nacional del Ministerio de la Protección Social o el certificado de habilitación, expedido por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud correspondientes, aplicando para éste caso el certificado de habilitación correspondiente por la Dirección Departamental o Municipal de Salud según corresponda de los sitios donde se adelante tanto la valoración como los exámenes complementarios	**SI**	
	Contar con Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo Primera y Segunda Fase según resolución 0312 de 2019.	**SI**	
	Presentar el certificado de que cuenta con ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva entre otras), donde se reporte que cuenta con sistema de gestión en seguridad en el trabajo (SST) de acuerdo a lo establecido en la resolución 0312 de 2019	**SI**	
	Anexar Certificado de accidentalidad donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación	**SI**	
	Anexar constancia que el responsable del SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO cuenta con curso de actualización de 50 horas en Seguridad y salud en el trabajo y/o comprobante de realizarlo en un plazo no máximo a 45 días.	**SI**	
	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y trabas.	**SI**	
	Reportar de manera inmediata a la Policía Nacional – Unidad Prestadora de Salud Amazonas cualquier situación o anomalía que afecte la debida ejecución del contrato.	**SI**	

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Subintendente **CAMILO ANDRES MUÑOZ MONTOYA**
Jefe Unidad Prestadora Salud Amazonas (E)
Supervisor Contrato N° **13-7-20010-25**



IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnologia Para Usted
Nit 900243862-1

Sede PRINCIPAL
Fecha 29 jul. 2025 10:16:41 am
Rango 01 jul. 2025 - 29 jul. 2025
Nombre **POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA**
Dirección Carrera 11 / LETICIA / AMAZONAS

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

LCH 14901

ENT. AGRUP. NO CAP.
Dias De Vencimiento 30

N.I.T. 800140601-9

Impreso 29 jul. 2025 10:21:19 am

RESOL DIAN FACTURA ELECTRONICA N°18764065140433 DE 07-02-2024 PREFIJO LCH DE 9.219 A 20.000

Recepciones De Sede 10 PRINCIPAL

Recepción	Fecha	Paciente	Cant.	Nro. Orden	Vr. Unit.	Nro. Autoriz. / Subtotal	Nro. Orden / Vr. Neto
28861	12 jul. 2025 CC 1004461540	MESA ANGARITA ALBA MARGARITA					
902209	HEMOGRAMA TIPO IV (ELECTRONICO - H		1		35.000,00	35.000,00	35.000,00
890207	EXAMEN OPTOMETRICO		1		85.000,00	85.000,00	85.000,00
903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR, U OTRO FLU		1		29.000,00	29.000,00	29.000,00
	PERFIL LIPIDICO		1		88.000,00	88.000,00	88.000,00
	EXAMEN OCUPACIONAL PERIODICO		1		97.000,00	97.000,00	97.000,00
Cant. Exámenes 5	Copago 0,00	Moderadora 0,00			Vr. Abono 0,00	**Saldo**	**334.000,00**
28862	12 jul. 2025 CC 1102842216	SUAREZ NOYA REINA					
890207	EXAMEN OPTOMETRICO		1		85.000,00	85.000,00	85.000,00
	EXAMEN OCUPACIONAL PERIODICO		1		97.000,00	97.000,00	97.000,00
	PERFIL LIPIDICO		1		88.000,00	88.000,00	88.000,00
903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR, U OTRO FLU		1		29.000,00	29.000,00	29.000,00
902209	HEMOGRAMA TIPO IV (ELECTRONICO - H		1		35.000,00	35.000,00	35.000,00
Cant. Exámenes 5	Copago 0,00	Moderadora 0,00			Vr. Abono 0,00	**Saldo**	**334.000,00**
28863	12 jul. 2025 CC 1007658095	VARGAS CARVAJAL DAVID LEONARDO					
	EXAMEN OCUPACIONAL PERIODICO		1		97.000,00	97.000,00	97.000,00
903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR, U OTRO FLU		1		29.000,00	29.000,00	29.000,00
902209	HEMOGRAMA TIPO IV (ELECTRONICO - H		1		35.000,00	35.000,00	35.000,00
	PERFIL LIPIDICO		1		88.000,00	88.000,00	88.000,00
890207	EXAMEN OPTOMETRICO		1		85.000,00	85.000,00	85.000,00
Cant. Exámenes 5	Copago 0,00	Moderadora 0,00			Vr. Abono 0,00	**Saldo**	**334.000,00**
28864	12 jul. 2025 CC 1004131081	FONTALVO GUTIERREZ HECTOR ARTURO					
	EXAMEN OCUPACIONAL PERIODICO		1		97.000,00	97.000,00	97.000,00
	PERFIL LIPIDICO		1		88.000,00	88.000,00	88.000,00
902209	HEMOGRAMA TIPO IV (ELECTRONICO - H		1		35.000,00	35.000,00	35.000,00
903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR, U OTRO FLU		1		29.000,00	29.000,00	29.000,00
890207	EXAMEN OPTOMETRICO		1		85.000,00	85.000,00	85.000,00
Cant. Exámenes 5	Copago 0,00	Moderadora 0,00			Vr. Abono 0,00	**Saldo**	**334.000,00**
28865	12 jul. 2025 CC 1077472026	CHEVERRA MENA GLORIA YINE					
890207	EXAMEN OPTOMETRICO		1		85.000,00	85.000,00	85.000,00
	PERFIL LIPIDICO		1		88.000,00	88.000,00	88.000,00
903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR, U OTRO FLU		1		29.000,00	29.000,00	29.000,00
902209	HEMOGRAMA TIPO IV (ELECTRONICO - H		1		35.000,00	35.000,00	35.000,00
	EXAMEN OCUPACIONAL PERIODICO		1		97.000,00	97.000,00	97.000,00
Cant. Exámenes 5	Copago 0,00	Moderadora 0,00			Vr. Abono 0,00	**Saldo**	**334.000,00**

Creado Por: MONICA

LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, ART. 772 A 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO,Y CAUSARÁ UN INTERÉS POR MORA A LA TASA MÁXIMA PERMITIDA.

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnologia Para Usted
Nit 900243862-1

Sede	PRINCIPAL	**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**	**LCH 14901**
Fecha	29 jul. 2025 10:16:41 am	ENT. AGRUP. NO CAP.	
Rango	01 jul. 2025 - 29 jul. 2025	Dias De Vencimiento 30	
Nombre	**POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA**	**N.I.T. 800140601-9**	Página 3 de 3
Dirección	Carrera 11 / LETICIA / AMAZONAS	Impreso 29 jul. 2025 10:21:19 am	

RESOL DIAN FACTURA ELECTRONICA N°18764065140433 DE 07-02-2024 PREFIJO LCH DE 9.219 A 20.000

CINDY INES PARDO TORO
REPRESENTANTE LEGAL
LABORATORIO DE CLINICA HUMANA
GOMEZ VASQUEZ E.U
Fecha Validacion Dian 29 jul. 2025 10:20:54 am
Cufe 46f999464f21cce055aedc65e9a9716e5f12f00a2664b4c5cdca97b166d9cd34380f1735292430ac1aefdefe2bffdf25

Creado Por: MONICA

LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, ART. 772 A 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO,Y CAUSARÁ UN INTERÉS POR MORA A LA TASA MÁXIMA PERMITIDA.

LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.
NIT 900.243.862-1

Leticia, 29 de julio de 2025

Teniente
MIGUEL ANTONIO BENITEZ GASCA
Jefe de Unidad Prestadora de Salud Amazonas
Ciudad

Asunto: Cuenta de cobro.

Cordial saludo,

En atención al asunto indicado, y en cumplimiento del contrato de Prestación de servicios de valoraciones médicas ocupacionales periódicas y exámenes complementarios ocupacionales y de laboratorio, orientado a los funcionarios de planta vinculados bajo el régimen de la Ley 100 de 1993 y a los contratistas por prestación de servicios de la Unidad Prestadora de Salud Amazonas, se precisa que el valor correspondiente asciende a la suma de TRES MILLONES SEIS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.006.000 COP).

Agradezco su amable atención a la presente.

Sin otro particular,

CINDY INES PARDO TORO
Representante Legal

Anexos:

- Certificados medico ocupacional (9).
- Certificados parafiscales.
- Soporte de pago parafiscales.
- Factura electrónica.

608 5927183 – (57) 314 4825366
laboratorioclinicahumanagv@hotmail.com
Calle 8 No. 9-99
Leticia - Amazonas

DECLARACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA PERSONAS JURIDICAS.

LETICIA, 07 de Julio de 2025

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 50 DE LEA LEY 789 DE 2002, EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL, SE PERMITE CERTIFICAR QUE:

IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GÓMEZ VÁSQUEZ E.U

NIT: 900.243.862-1

HA REALIZADO LOS PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES A LOS ÚLTIMOS 6 MESES CON CORTE A JUNIO DEL AÑO 2025.

Esta certificación se presenta bajo la gravedad del juramente, entendiendo las implicaciones legales que esto conlleva



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

CINDY INES PARDO TORO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

DOC. IDENTIDAD NO. **1.082.852.452**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con NI-900243862 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-06	230301	800224808	PORVENIR	1	0	276.300	0	276.300
Período salud:	2025-07	25-14	900336004	COLPENSIONES	2	0	592.000	0	592.000
Planilla Nro.:	34001015 Tipo E	EPS005	800251440	SANITAS	3	0	217.100	0	217.100
Clase de aportante:	B	14-23	860011153	POSITIVA	3	0	103.400	0	103.400
Fecha transacción:	2025-07-07	CCF65	800003122	CAFAMAZ	3	0	217.100	0	217.100
Banco:	BBVA	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Transacción:	1611138450	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 1.405.900

PAGADO