Ciudad y fecha:	Barbosa, **24 de junio de 2025**
Unidad:	Regional de Aseguramiento en Salud No 1
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: Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo: X
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-5-20076-25
Constancia de recibido No.	**2**
Contratista:	E.S.E SAN JOSÉ DE FLORIÁN
NIT del contratista:	804.008.698-3
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE I NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 EN EL MUNICIPIO DE FLORIÁN Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS, OXIGENO Y SERVICIO DE AMBULANCIA TRASLADO BÁSICO TERRESTRE.
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:	$ 1.500.000,00 para la vigencia 2025
Plazo de ejecución:	26/03/2025 al 30/11/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	MUNICIPIO DE FLORIÁN, DEPARTAMENTO DE SANTANDER, TERCER DISTRITO DE POLICÍA BARBOSA
Incumplimiento del plazo de ejecución SI _X_ NO__	N/A
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente JORGE MIGUEL RODRÍGUEZ IBAÑEZ Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud Barbosa
Fecha de entrega certificada:	Del **16/05/2025 al 16/05/2025**
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (indicar la vigencia del valor de la entrega 2024	Unidad: RASES1 Recurso: 16 Descripción del bien o servicios recibidos: Prestación de servicios Valor recibido: **$109.400,00** Valor factu-rado: **$109.400,00** Valor a amortizar y/o descontar *: 0 Valor a pagar: **$109.400,00**
Acta de recepción de bienes	N/A

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FE747032	10/06/2025	$54.700,00	$0,00	$54.700,00
FE747033	10/06/2025	$54.700,00	$0,00	$54.700,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$109.400,00**	**$0,00**	**$109.400,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contrato antes mencionado tiene por objeto LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE I NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 EN EL MUNICIPIO DE FLORIÁN Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS, INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS, OXIGENO Y SERVICIO DE AMBULANCIA TRASLADO BÁSICO TERRESTRE, municipio perteneciente por regionalización a la unidad prestadora de salud Boyacá Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 según lo establecido en el acuerdo 002 del 2001 CSSMP.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, para la fecha la entidad cumple con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, para la recepción y la forma el pago, en donde la facturación de los servicios se debe realizar dentro de los cinco primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio. El pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se debe verificar el cumplimiento para el pago de las facturas relacionadas correspondiente al periodo del **16/05/2025 al 16/05/2025**.

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.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIÓ Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	El contratista cumple con el 100% de las especificaciones de las condiciones técnicas y garantías exigidas en la invitación y oferta presentada de acuerdo al contrato	**Si _X_ No___**	Justificada en la documentación y atención de usuarios y beneficiarios
2	Obrar en lealtad y Buena fe en las distintas etapas contractuales ,evitando dilaciones y trabas	**Si _X_ No___**	Cumple de acuerdo a lo pactado en el objeto del presente contrato
3	Responde en los plazos que la regional de aseguramiento en salud No 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información formulados	**Si _X_ No___**	No radican en los tiempos establecidos en el contrato.
4	Guarda la confidencialidad en la información que por cualquier medio conoce o manipula	**Si _X_ No___**	Cumple de acuerdo a lo normado para el tema de confidencialidad
5	Mantiene active la cuenta Corrientes o de ahorros reportada para pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato	**Si _X_ No___**	Cumple con mantener activa la cuenta.
6	Designa un funcionario para la ejecución del contrato indicando nombre y apellido, numero telefónico y correo electrónico	**Si _X_ No___**	Funcionario designado karol Toloza tel 3142898916-correo Facturacioneselabelleza@gmail.com
7	El contratista se compromete a mantener vigente la póliza de responsabilidad civil durante la ejecución del contrato en cumplimiento a lo establecido en el dcto 1082 del 2015	**Si _X_ No___**	Cumple, esta se encuentra vigente a la fecha
8	El contratista asigna las citas para especialidades y procedimientos diagnósticos dentro de los plazos establecidos.	**Si _X_ No___**	Se asigna de acuerdo a la disponibilidad de la oferta con oportunidad de 03 días
9	El contratista presta en forma continua y permanente el servicio de urgencias con internación las 24 horas del día durante los siete días de la semana bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad.	**Si _X_ No___**	Los servicios de urgencias se prestan de manera continua por parte de la E.S.E San José de Florián.

10	El contratista garantiza la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecución del contrato, incluyendo adiciones y modificaciones	**Si _X_ No___**	Se garantiza la tarifa ofertada en atención a la recepción de cuentas por parte del supervisor.
11	El contratista informa al supervisor de contrato u al jefe de la regional de aseguramiento en salud No 1 respecto de los inconvenientes presentados en el desarrollo o ejecución del contrato.	**Si _X_ No___**	A la fecha no se ha presentado informe de ejecución por parte del contratista.
12	El contratista ha informado al supervisor del contrato ejecución superior al 50% del contrato y en un 70% del valor del contrato.	**Si _X_ No___**	A la fecha no se ha presentado informe de ejecución por parte del contratista.
13	El contratista ha reporta eventos adversos dentro de los términos estipulados durante la ejecución del contrato.	**Si _X_ No___**	A la fecha no se ha presentado informe de ejecución por parte del contratista.
14	El contratista presenta la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN como requisito para el pago de los bienes y servicios contratados conforme a las disposiciones del dcto 358 del 05/03/2020 concordante con lo dispuesto en la res 00042 del 05/05/2020.	**Si _X_ No___**	Verificada la información radicada el contratista cumple con la facturación electrónica.
15	Asume la confidencialidad e integridad de la información institucional dada la naturaleza a realizar en el desarrollo del objeto contractual.	**Si _X_ No___**	Asume la confidencialidad de la información de acuerdo a la normatividad vigente.
16	Cumple con las obligaciones, frente al Sistema de seguridad social, parafiscales. (Cajas de compensación familiar, SENA ICBF.	**Si _X_ No___**	**No. 33795071 del 2025/06/19**

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.

Intendente **JORGE MIGUEL RODRÍGUEZ IBAÑEZ**
Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud Barbosa