CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

Neiva, 5 de Octubre de 2020

No. 1 JEFAT- GASIS

Teniente Coronel
JENNY MARCELA CALVO BERNAL
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N° 2

Asunto: Informe de supervisión contrato No. 85-7-20056-2020 Mes reportado Septiembre de 2020

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No. 002	4. OTROS:
INCIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA: 11/05/2020	FECHA:

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS			RECIBIDO		PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
			8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	
PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRATAMIENTO INTEGRAL EN REHABILITACIÓN A PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y TRASTORNOS DEBIDO AL USO Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS A LOS BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°	CLINICA ESPECILIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGO FERRERA S.A.S	Vigencia Inicio 02 -09 -2020 Termino 30-05-2020 Adición: Inicio: Termino VALOR TOTAL	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRATAMIENTO INTEGRAL EN REHABILITACIÓN A PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y TRASTORNOS DEBIDO AL USO Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS A LOS BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°	DE ACUERDO A LAS ORDENES MEDICAS EMITIDAS POR MEDICO TRATANTE	$45.000.000 $45.000.000	0	$0,00	8	$45.000.000,00	Se deja constancia que durante el mes de septiembre no se radica factura ya que no se presto el servicio en la entidad a ningun paciente.

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?	SI. ____	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.
	NO. X	18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial N° S-2020 - 005452- Rases - JEFAT, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS

20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÈCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.

24. ÍTEM Y/O NUMERAL	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.
7 Obligaciones Generales	7. 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 ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	Se anexa Planilla de pagos fiscales N° 45669381 con pago de Pensión mes de septiembre y salud mes de octubre y certificado de cumplimiento a pagos firmado por el contador de la entidad.
	El CONTRATISTA se comprometerá a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) calendario del mes siguiente a la prestacion del servicio en la regional de asegurameinto en salude N° 2 acompañada de los documentos requeridos para tramitar el pago de acuerdo al artículo 617 y subsiguientes en el estatuto tributario y demás definidos por la PONAL	Durante el mes de septiembre no se radica factura de servcios ya que no se presto el servicio de internacion en la entidad a ningun paciente.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI ___ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor: SM11 LINA MARIA LONDOÑO CASTRO

Cargo Trabajadora Social Clínica Regional la Inmaculada - Seccional Sanidad Huila

Teléfonos: 3123978124

Anexos: (Relacionar)

Firma

POLICIA NACIONAL
SECCIONAL DE SANIDAD HUILA

INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL
ANEXO No. 1 PARA CONTRATOS DE OUTSOURSING
PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRATAMIENTO INTEGRAL EN REHABILITACIÓN A PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y TRASTORNOS DEBIDO AL USO Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA SECCIONAL DE SANIDAD HUILA..
No. Contrato 85-7-20302-2019 Fecha de suscripción 16-12-2019

1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO: El Contrato Lleva Ejecutado a la fecha el 87.96%. Se adelanto el proceso de adicion del contrato el mes de mayo con la Modificacion N° 002 por un valor de $10,000,000 que salio con fecha del 11 de mayo del año en curso.

1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:

1. Se verifica planillas de pagos frente a las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF) que debe asumir el contratista como parte elemental para los pagos para el mes de febrero y marzo como soporte a la cuenta de cobro del mes de marzo.
2. Entidad que continua prestando los servicios de rehabilitación integral al consumo de sustancias psicoactivas con habilitación y disponibilidad de los profesionales requeridos para tan fin como lo estipula el contrato, sin embargo durante el mes se presento novedad con usurio menor de edad durante la prestacion del servicio por funcionario de la entidad que le puso en riegso y obliga a iniciar proceso administrativos por incumplimiento a una de las clausualas pactadas en el mismo.
3. La entidad Red Vital entrega la facturación correspondiente al mes de mayo, acompañada de los documentos requeridos para tramitar el pago de acuerdo al artículo 617 y subsiguientes en el estatuto tributario y demás definido por la PONAL.

1.3. NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO: Incumplimiento al contrato por novedad presntada en la entidad intramuros con usuaria adolescente menor de edad, por lo cual se informo a la ordenadora del gasto para el inicio del tramite sancionatorio a la entidad Red Vital Colombia S.A.S. el cual esta en tramite.

NOTA: CORRESPONDE AL INFORME FINAL DE EJECUCION: SI____ NO_X__

Si su respuesta es positiva, tener en cuenta de relacionar lo siguiente:

Grado y Nombre del Supervisor SM11 LINA MARIA LONDOÑO CASTRO
Cargo Trabajadora Social
Teléfonos: 3123978124
Anexos: (Relacionar)

Firma

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900671201-7	CLINICA ESPECIALIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGÓ FER	CR 30 12 D SUR 70	3123381837	psicoadiccioneslafe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CAQUETÁ	FLORENCIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 8 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-09	E	30/09/2020	45669381	$3.968.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	930.900	0		0		0	0	0	0	930.900	5
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	219.700	0		0		0	0	0	0	219.700	2
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	281.000	0	0	0	0	0	0		281.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	281.000	0	0	0	0	0	0		281.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	280.900	0	0	0	0	0	0		280.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	769.900	0	0	0	0	0	0		769.900	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	226.500				226.500	0	0	226.500			2.265	226.500	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF13	Comfaca	891190047-2	403.800	0	0	403.800	8

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
186.200	0	0	186.200	8
ICBF				
279.000	0	0	279.000	8
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	1.260.400	1.260.400
Pensión	4	1.612.800	1.612.800
Riesgos Laborales	1	226.500	226.500
CCF	1	403.800	403.800
ESAP	0	0	0
ICBF	1	279.000	279.000
MEN	0	0	0
SENA	1	186.200	186.200
TOTALES	11	3.968.700	3.968.700

PAGADA 669301

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900671201-7	CLINICA ESPECIALIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGÓ FER	CR 30 12 D SUR 70	3123381837	psicoadiccioneslafe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CAQUETÁ	FLORENCIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-09	E	30/09/2020	45669381	$3.968.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1117233235	ZAMBRANO VERGARA BELLANID	1	0			N																	25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	ESSC62	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400	CCF13	877.803	35.200	877.803	17.600	26.400	0	0
2	CC	17648175	LONDOÑO PARRA JHON JAIRO	1	0			N																	25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	MIN001	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400	CCF13	877.803	35.200	877.803	17.600	26.400	0	0
3	CC	26422288	BARON LONDOÑO YENNY JOHANNA	1	0			N																	230201	1.170.404	187.300	0	0	0	0	EPS005	1.170.404	146.400	14-11	1.170.404	3	28.600	CCF13	1.170.404	46.900	1.170.404	23.500	35.200	0	0
4	CC	26422288	BARON LONDOÑO YENNY JOHANNA	1	0			N											X						230201	585.202	93.700	0	0	0	0	EPS005	585.202	73.200	14-11	585.202	3	0	CCF13	585.202	23.500	0	0	0	0	0
5	CC	28542786	NEIRA AROCA ALEJANDRA	1	0			N																	231001	1.755.606	280.900	0	0	0	0	EPS005	1.755.606	219.500	14-11	1.755.606	3	42.800	CCF13	1.755.606	70.300	1.755.606	35.200	52.700	0	0
6	CC	40610591	CUMBER TRUJILLO DELLANIRA	1	0			N																	230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS005	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400	CCF13	877.803	35.200	877.803	17.600	26.400	0	0
7	CC	40774281	LONDOÑO PARRA MARIA YENNY	1	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF13	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
8	CC	56087065	SIERRA OLAYA KATIA MARGARITA	1	0			N																	25-14	1.755.606	280.900	0	0	0	0	EPS005	1.755.606	219.500	14-11	1.755.606	3	42.800	CCF13	1.755.606	70.300	1.755.606	35.200	52.700	0	0
9	CC	30505298	ALMARIO BERMEO LIDA CONSTANZA	1	0			N																	230301	672.983	107.700	0	0	0	0	ESSC62	672.983	84.200	14-11	672.983	3	16.400	CCF13	672.983	27.000	672.983	13.500	20.200	0	0
10	CC	30505298	ALMARIO BERMEO LIDA CONSTANZA	1	0			N																7	230301	204.821	32.800	0	0	0	0	ESSC62	204.821	25.700	14-11	204.821	3	0	CCF13	204.821	8.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA QUE:

Revisados los libros y registros contables de la **CLÍNICA ESPECIALIZADA EN ADICCIONES LUIS AMIGÓ FERRER S.A.S** con el Nit. No. 900.671.201-7, desde el 01 de Enero del 2020 y hasta el corte del 30 de Septiembre del 2020, se pudo verificar que esta se encuentra al día en el cumplimiento de los pagos por concepto de aportes patronales y pagos por seguridad social de sus empleados en salud, pensión y riesgos laborales hasta el 30 de Septiembre de 2020.

La presente certificación se expide y firma en calidad de Asesor Contable de la Mencionada Empresa, en la ciudad de Florencia departamento del Caquetá a los Treinta (30) días del mes de Septiembre del Dos mil Veinte (2020).

ALVARO BARON TRUJILLO
Contador
c.c. No. 17.633.788 T.P. 52831-T