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

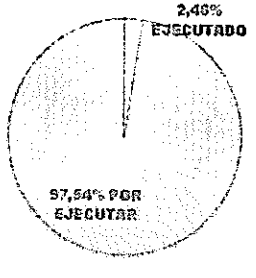
Bogotá D.C., 10 de febrero de 2021

No. __02__ REG No. 1

Coronel
MAURICIO ALEXANDER PIÑEROS CORTES
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Ciudad.-

Asunto: Informe de Supervision contrato No. 81-7-20165-20 Mes reportado ENERO 2021

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
FECHA	FECHA:	FECHA:	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	
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 GRUPO No. 1, 2, 3, 4 Y 5	CENTRO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA SAS	Vigencia 2020-2021	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 GRUPO No. 1, 2, 3, 4 Y 5	6 MESES 1 DÍA	$ 773.559.608,00	Solicitud según necesidades de DICIEMBRE 2020	$ 0,00	7 DE 7	$ 773.559.608,00	
		$773.559.608,00				Solicitud según necesidades de ENERO 2021	$ 19.009.391,00	6 DE 7	$ 754.550.217,00	
		Inicio								
		31/12/2020								
		termino								
		30/06/2021								
		Adición								
		Inicio								
		termino								
		VALOR TOTAL	$773.559.608,00				$ 19.009.391,00	$	754.550.217,00	A LA FECHA SE HA EJECUTADO UN TOTAL DE 2,46% EQUIVALENTE A $19.009.391; SIN EJECUTAR UN TOTAL DE 97,54% EQUIVALENTE A $754.550.217
										$773.559.608 / $19.009.391 / $754.550.217

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?

SI. _X_

NO. ____

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.

18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No_____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

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.**
Cláusula Décima Numeral 13	Cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	Se anexan Copias de Factura, RAS y Parafiscales.
Anexo No. 2	El oferente garantiza que desarrollará los siguientes programas: GRUPO No. 1 REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON ENFERMEDADES QUE COMPROMETEN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y/O PERIFERICO, INCLUYENDO ENFERMEDADES METABÓLICAS GRUPO No. 2 REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON ENFERMEDADES QUE COMPROMETEN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y/O PERIFERICO, CON COMPROMISO COGNITIVO MODERADO Y/O SEVERO GRUPO No. 3 HABILITACIÓN DEL LENGUAJE ORAL DE LOS BENEFICIARIOS CON HIPOACUSIA GRUPO No. 4 REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON BAJA VISIÓN Y/O CEGUERA ASOCIADO A DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA GRUPO No. 5 REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON RETARDO MENTAL MODERADO SIN COMPROMISO DE COMPORTAMIENTO	
Anexo No. 2	Las demás contempladas en el anexo No. 2 VALOR Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	

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 ____SM 14 LINA MARÍA OSPINA SÁNCHEZ_____

Cargo__Terapeuta Física Grupo Prestador de atención en Salud_____

Teléfonos:___ 5904400/7500 ext 1717-1740

Anexos: copia factura No. FVE 424, recibo de constancia a satisfaccion del 03/02/2021 y Parafiscales.

Firma _____

RHB.

Página 1 de 2 Código: 2BS-FR-0045 Fecha: 22-05-2015 Versión: 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN	POLICIA NACIONAL

CIUDAD Y FECHA: CONTRATO N°:	Bogotá D.C., 08 de febrero de 2021 81-7-20165-20
CONTRATISTA:	CETRO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA SAS
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA Y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA
VALOR DEL CONTRATO: $	$773.559.608,00
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Del 31-12-2020 al 30-06-2021
FECHA DE ENTREGA:	ENERO DE 2021
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	NINGUNO
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	SM14 LINA MARÍA OSPINA SÁNCHEZ, Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	$19.009.391,00
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes #_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA
(Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ITEMS NO PREVISTOS:	NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____

DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO FINANCIERO
09 FEB 2021

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCIÓN DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. SERVICIOS PRESTADOS DURANTE EL MES DE ENERO DE 2021: VALORACIONES INTERDISCIPLINARIAS PRESENCIALES A 19 USUARIOS DEL GRUPO No. 1, A 2 USUARIOS DEL GRUPO No. 2, Y 11 USUARIOS DEL GRUPO No. 5. VALORACIONES INTERDISCIPLINARIAS NO PRESENCIALES A 4 USUARIOS DEL GRUPO No. 2, A 2 USUARIOS DEL GRUPO No. 3, A 1 USUARIOS DEL GRUPO NO. 4, Y A 13 USUARIOS DEL GRUPO No. 5.

No. Factura	Fecha Factura	Valor Factura	Nota Crédito o Débito	Valor Neto
FVE 424	31/01/2021	$19.009.391,00	$ 0,00	$19.009.391,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos			$ 0,00	**$19.009.391,00**

SM 14 LINA MARÍA OSPINA SÁNCHEZ
Terapeuta física
Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisora del Contrato

Elaboro: FT Lina María Ospina Sánchez
08-02-2021

DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO FINANCIERO
09 FEB 2021

COPIA

CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION
NEUROCOGNITIVA S A S
NIT 900.510.844-2
ACT PRINCIPAL 8621 - ICA 9.66 X MIL AV 19 No. 108 - 35
Tel: (031) 3819775
Bogotá - Colombia
carteraceren2020@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FVE-424

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N0.1			Fecha y hora Factura	
NIT	900.336.524-5	Teléfono	(1) 5804404 - Ext. 1632	Generación	31/01/2021, 07:35
Dirección	CRA 68 B BIS # 44 - 58 TORRE B	Ciudad	Bogotá - Colombia	Expedición	08/02/2021, 07:36
				Vencimiento	02/03/2021

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	890215	VALORACION INTERDISCIPLINARIA PRESENCIAL POR USUARIO GRUPO 1	19.00	435,506.00	8,274,614.00
2	890215	VALORACION INTERDISCIPLINARIA PRESENCIAL POR USUARIO GRUPO 2	2.00	223,740.00	447,480.00
3	890215-1	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO GRUPO 2 (NO PRESENCIAL)	4.00	292,825.00	1,171,300.00
4	890215-1	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO GRUPO 3 (NO PRESENCIAL)	2.00	494,433.00	988,866.00
5	890215-1	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO GRUPO 4 (NO PRESENCIAL)	1.00	212,715.00	212,715.00
6	890215	VALORACION INTERDISCIPLINARIA PRESENCIAL POR USUARIO GRUPO 5	11.00	357,141.00	3,928,551.00
7	890215-1	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO GRUPO 5 (NO PRESENCIAL)	13.00	306,505.00	3,985,865.00

Elaborado y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-6

Valor en Letras:
Diecinueve millones nueve mil trescientos noventa y uno pesos m/cte

Total Bruto	19,009,391.00
Total a Pagar	19,009,391.00

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2021-03-02 por $ 19,009,391.00

Observaciones:
Contrato: 81-7-20165-20

Recibido

Fecha_____

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764001657661 aprobado en 20200804 prefijo FVE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 - Actividad Economica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66/1000
CUFE: dbc4bb4615ec794ee66ba1e868b5a73ca3dd2a6f66d2ca7a38f32bf9c8ca8742d985f192ac311388569d068da1a0da99

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 FEB 2021
RECIBIDO A VERIFICACIÓN

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, LILIÁN CAROLINA GUZMÁN MORENO, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.446.151 de Bogotá, en mi condición de Representante legal de la **IPS CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS** identificada con Nit 900.510.844-2, certifico que a fecha 31 de Enero de 2021, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

La certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Bogotá, a los treinta y uno (31) día del mes de Enero de 2021.

Cordialmente;

LILIÁN CAROLINA GUZMÁN
M. C.C. 52.446.151

Yo, MARTHA LEYDA CORONADO, identificada con cédula de ciudadanía No. 33.367.660 de Bogotá con tarjeta profesional No. 151865-T de la junta central de contadores, en mi condición de Contadora Publica de la **IPS CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS** identificada con Nit 900.510.844-2, certifico que a fecha 31 de Enero de 2021, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

La certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Bogotá, a los treinta y uno (31) día del mes de Enero de 2021.

Cordialmente;

MARTHA LEYDA CORONADO
LUIS C.C. 33.367.660
T.P. 151865-T