UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO

Nº GS-2026- 095811-DEATA -GUPAS 20.1

Soledad 04 Agosto de 2026

Señor Teniente coronel
IVAN DARIO RUIZ VELAZCO
Jefe Regional De Aseguramiento En Salud N° 8
Av. Circunvalar 45-124
Soledad-Atlántico

ASUNTO: informe de supervisión del Contrato No. **67-8-20136-2026**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO __X___ O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**24/07/2026**	**Hasta**	**31/07/2026**

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 u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

[1] ***Artículo 2.1.1.2.1.8.*** **Publicación de la ejecución de contratos**. *Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.*
Artículo 2.1.1.2.1.7. **Publicación de la información contractual.** *De conformidad con el literal (c) del artículo 3° de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del Estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP). (transcripción literal parcial, subrayado fuera texto)*

Mediante comunicación oficial GS-2026-014615-REGI 8-RUCO, por orden de la regional en aseguramiento en salud nº8, designa como Supervisor del Contrato No. 67-8-20136-26, a la PATRULLERA KAREN JOHANNA ANILLO PEREZ.

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

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

Contrato No.	. **67-8-20136-2026**
Objeto del Contrato	**SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES QUE INCLUYA ALQUILER Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS NO INVASIVOS PARA USO INSTITUCIONAL Y DOMICILIARIOS; ADITAMENTOS, INSUMOS, EDUCACION AL USUARIO Y SU FAMILIAR EN EL USO DE EQUIPOS, OXIGENOTERAPIA, CON DESTINO A USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL UNIDAD UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**
Contratista	OXINET SAS
Representante legal	NIDIA NILSEN HERRERA QUINTERO
Valor inicial del contrato	$ 120.000.000 M/CTE
Valor adiciones del contrato	
Plazo de ejecución inicial	68 DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	24/07/2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	30/09/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

Se viene realizando comunicación permanente con el contratista, para la coordinación de servicios de rehabilitación integral domiciliaria para pacientes pertenecientes a la unidad prestadora de salud atlánticos.

Habitualmente se hace el cruce de información con el contratista para verificación de saldos y servicios por prestar a los usuarios de la unidad prestadora de salud atlántico.

Durante el presente mes se sostuvo comunicación permanente con el contratista por línea telefónica para las respectivas coordinaciones pactadas en el contrato.

Se solicita al contratista inicio de servicios una vez se tiene las respectivas autorizaciones por parte de referencia realizando el ordenamiento de acuerdo a las necesidades del usuario.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	OBSERVACIONES
1	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** El contratista acredito la experiencia a través de certificaciones debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso. Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista (oferente), y recibido a satisfacción de todos los servicios o elementos contratados. Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del contratista que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. **NOTA 1:** En caso de que el contratista pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8, verificará la información según lo señalado en el **Decreto 019 de 2012**.	**SI**	**S/N**
2	El contratista suministro los equipos o insumos de oxigenoterapia necesarios para garantizar la adecuada prestación del servicio para pacientes oxígeno dependientes	**SI**	**S/N**
3	El contratista se comprometió en efectuar, como mínimo, un (1) reemplazo mensual del cilindro de respaldo, garantizando la continuidad en la prestación del servicio, sin que dicha actividad genere costos adicionales para la entidad contratante durante la ejecución del contrato.	**SI**	**S/N**
4	El contratista se comprometió a enviar una **Terapeuta Respiratorio** inscrita ante el RETHUS para la valoración de la efectividad del tratamiento, de los pacientes domiciliarios y brindará un reporte de interpretación de los datos recogidos por el Cpap/autoCpap o Bipap /autoBIPAP y deberá hacer llegar este reporte al supervisor designado por la **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO.**	**SI**	**S/N**
5	El contratista se comprometió a prestar el servicio con cilindros con pruebas hidrostáticas vigentes, sin ningún costo adicional para **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**	**SI**	**S/N**
6	El contratista se comprometió en garantizar la disponibilidad del servicio de suministro de oxígeno y de los equipos objeto del contrato las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, mediante una adecuada planeación y programación que asegure la atención oportuna de los requerimientos generados durante la ejecución contractual, sin que ello represente costos adicionales para la regional de aseguramiento en salud no.	**SI**	**S/N**

	Así mismo, el contratista cuenta con la capacidad operativa para atender de manera inmediata las novedades que se presenten como consecuencia de la evolución de la condición clínica de los usuarios y que requieran el suministro de equipos adicionales o el reemplazo de los existentes, con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento y la prestación ininterrumpida del servicio.		
7	El contratista se comprometió a garantizar la Entrega, instalación y recolección de los equipos en un tiempo menor a 48 horas. Previa coordinación mediante REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.	**SI**	**S/N**
8	El contratista se comprometió a iniciar la prestación con la totalidad de los equipos programados en los domicilios de todos los pacientes socializados, el mismo día de la carta deos de Cpap/autoCpap, Bipap/autoBIPAP y concentradores, siempre y cuando no sea derivado del mal manejo del paciente o sus familiares. Sin que inicio expedida por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**, teniendo en cuenta la base de datos con la información de los usuarios que requieren la prestación del servicio, con el fin de facilitar la programación y garantizar el adecuado alistamiento para la ejecución contractual	**SI**	**S/N**
9	El contratista se comprometió en garantizar el Mantenimiento, reparación y repuestos de manera oportuna de los Equipos de Cpap/autoCpap, Bipap/autoBIPAP y concentradores, siempre y cuando no sea derivado del mal manejo del paciente o sus familiares. Sin que esto represente costo adicional para la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**	**SI**	**S/N**
10	El contratista se responsabiliza del transporte de todos elementos dentro del área geográfica incluida en el objeto del contrato. Sin que esto represente costo adicional para la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8.**	**SI**	**S/N**
11	El contratista garantizara la educación al paciente y sus familiares sobre el adecuado uso del equipo y aditamentos, al iniciar el servicio domiciliario de manera oportuna sin que esto represente costo adicional a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8.**	**SI**	**S/N**
12	El contratista se compromete en realizará las visitas pertinentes por Soporte Técnico y mantenimiento y evaluará el estado, uso del equipo y aditamentos y de llegar a encontrar fallas técnicas realizará el cambio de equipo de manera oportuna, sin que esto represente costo adicional a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8.**	**SI**	**S/N**
13	El contratista se comprometió en asumir el mantenimiento y buen funcionamiento de los equipos y aditamentos..	**SI**	**S/N**
14	El contratista anexo el registro del INVIMA. Para aquellos productos que lo requieran. El cual Estos están Vigentes y completamente legibles.	**SI**	**S/N**
15	El contratista anexo las fichas técnicas de cada uno de los ítems ofertados, en idioma español.	**SI**	**S/N**
16	El contratista se comprometió en garantizar la atención inmediata de los requerimientos relacionados con la ausencia de los elementos solicitados, fallas, daños o mal funcionamiento de los equipos cuando estos sean atribuibles a defectos de fabricación, fallas propias del funcionamiento, desgaste normal	**SI**	**S/N**

	por el uso o cualquier otra causa inherente al equipocuado, negligencia, golpes, humedad, conexiones eléctricas inadecuadas, manipulación indebida, fuerza mayor o cualquier actuación imputable al paciente, su cuidador o terceros, la reparación o reposición no será responsabilidad del contratista. Para estos casos, el contratista deberá realizar la respectiva verificación técnica y emitir el concepto que permita establecer el, igualmente es responsable del mantenimiento y buen funcionamiento de los equipos y aditamentos. Realizar visitas periódicas y según las necesidades de los usuarios y de la Unidad Prestadora de Salud atlántico, sin que ello represente costo adicional para la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.** No obstante, cuando los daños sean ocasionados por uso inadecuado, negligencia, golpes, humedad, conexiones eléctricas inadecuadas, manipulación indebida, fuerza mayor o cualquier actuación imputable al paciente, su cuidador o terceros, la reparación o reposición no será responsabilidad del contratista. Para estos casos, el contratista deberá realizar la respectiva verificación técnica y emitir el concepto que permita establecer el origen del daño y determinar la responsabilidad correspondiente.		
17	El contratista anexo los documentos obligatorios de garantía de calidad, protocolo de manejo de oxígeno medicinal, requisitos mínimos esenciales y condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes para suministro transporte y manejo del gas medicinal.	**SI**	**S/N**
19	El contratista se comprometió en entregar, instalar y recolectar los equipos, igualmente es responsable del mantenimiento y buen funcionamiento de los equipos y aditamentos. Realizar visitas periódicas y según las necesidades de los usuarios y de la Unidad Prestadora de Salud atlántico y cuando se presenten fallas técnicas y/o averías de los equipos de suministro, realizar la evaluación del uso del equipo y aditamentos sin costo adicional.	**SI**	**S/N**
20	**El contratista se compromete a prestar un servicio con:** **Accesibilidad:** Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios. **Oportunidad:** Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención. **Continuidad:** Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida. **Seguridad:** Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido. **Pertinencia:** Cumplimiento de los Guías de Manejo, Adoptadas por la institución contratada. Los gases medicinales deben cumplir con las normas de bioseguridad y las establecidas por el INVIMA a nivel Nacional e internacional, y la Resolución No. 4410 del 2009.	**SI**	**S/N**

21	**SUMINISTRO DE OXÍGENO MEDIANTE CONCENTRADOR OXÍGENO:** El contratista se comprometió a: Suministrar el Oxígeno medicinal en concentradores, cilindro de respaldo y cilindro portátil para paciente. Kit de cánula y humidificador la primera vez. **Regulador:** Requerido para uso del cilindro de respaldo, en calidad de préstamo.**Transporte e instalación:** Cilindro de respaldo, cilindro portátil para citas médicas y concentradoras de Oxígeno, en Barranquilla su área metropolitana y los municipios de Atlántico. Capacitación al Paciente y a su familia acerca del uso de los equipos. Mantenimiento de los equipos.	**SI**	**S/N**
22	**SUMINISTRO DE CPAP/autoCPAP O BIPAP/autoBIPAP:** Este servicio debe incluir:CPAP/autoCPAP o BIPAP/autoBIPAP según requerimiento del médico especialista. • Mascara oronasal o nasal según requerimiento del médico especialista. • Circuito y humidificador más accesorios. • La lectura de datos y seguimiento trimestral, con su respectiva copia entrega al supervisor designado por la Regional De Aseguramiento En Salud No 8. • Cambio de mascara por vida útil (anual) por desgaste o alteraciones anatómicas del paciente que requieran su reemplazo	**SI**	**S/N**
23	**SUMINISTRO DE NEBULIZADOR** Este servicio debe incluir: Nebulizador según requerimiento. Caucho y accesorios del nebulizador. Mascara nebulizadora pediátrica o adulta según paciente.	**SI**	**S/N**
24	**SUMINISTRO DE SUCCIONADOR** Este servicio debe incluir: Equipo de succionador. Caucho de succión.Liners. Accesorios para la succión por primera vez.	**SI**	**S/N**
25	**OTROS SERVICIOS INCLUIDOS PARA SUMINISTRO DE GASES MEDICINALES DOMICILIARIOS PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO.** • Entrega, instalación y recolección de los equipos mediante autorización del servicio. • • Mantenimiento, suministro y venta de los equipos requeridos de oxigenoterapia para la adecuada prestación del servicio domiciliario.	**SI**	**S/N**

	• Transporte a domicilio por parte de la compañía de todos los elementos dentro del área geográfica incluida en el objeto del contrato. • Educación en el uso del equipo y aditamentos, al iniciar el servicio y periódicamente o por la solicitud del supervisor del contrato. • La empresa es responsable del mantenimiento y buen funcionamiento de los equipos y aditamentos. • La compañía es responsable de los daños materiales y lesiones a los usuarios por la no realización del mantenimiento en sus equipos. • Realización de prueba hidrostática a los cilindros cuando esta se requiera. • La empresa deberá garantizar una entrega oportuna de los equipos solicitados para el tratamiento de los pacientes. • El contratista tiene que informar en su oferta las personas de enlace, que se encargarán de resolver aquellos eventos relacionados con la prestación del servicio. • **Nombre:** MARLON PUENTES **Teléfonos:** 3182869389 **Correo electrónico:** oxinetbogota@gmail.com		
26	• **CALIDAD DEL SUMINISTRO** • El contratista se comprometió en que los cilindros de oxígeno a suministrar deberán contar con una fecha de vencimiento no inferior a dos (2) meses; los concentradores de oxígeno deberán tener sus mantenimientos preventivos y correctivos vigentes, realizados de conformidad con las recomendaciones del fabricante y en cumplimiento de la normatividad vigente. Así mismo, el contratista deberá realizar el cambio o reposición de los insumos o equipos que presenten fallas, defectos de fabricación, mala calidad o cualquier condición que afecte su adecuado funcionamiento, dentro de las seis (06) horas siguientes al requerimiento realizado por el supervisor del contrato	**SI**	**S/N**
27	El contratista se comprometió en cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” y la Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”. **Adición de Servicios**	**SI**	**S/N**

28	• En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o CTC, las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: • • El (la) supervisor (a) del contrato solicitará mínimo 2 cotizaciones, con el fin de determinar el precio o valor más económico que se utilizará como referencia para la modificación. • Una vez determinado el menor valor cotizado, el (la) supervisor (a) solicitará mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. • Con la aceptación por parte del contratista, el (la) supervisor (a) solicitará al ordenador del gasto la modificación e inclusión de los servicios y/o elementos. • **NOTA:** En caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se tomará esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.	**SI**	**S/N**
29	**INFORMAR EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El Contratista se comprometió en presentar de manera regular la ejecución del contrato al Supervisor, informe de manera inmediata cuando éste se halla ejecutado en los siguientes porcentajes: • En un cincuenta por ciento (50%) • En un setenta por ciento (70%). • Y en un noventa por ciento (90%) Con el fin de que se realice la respectiva adición de presupuesto o se proyecte la elaboración del nuevo proceso. **Nota:** El Contratante no será responsable si se sobre ejecuta el contrato (si se ejecuta más del 100% del presupuesto del contrato), es decir que estos dineros no serán cancelados.	**SI**	**S/N**
30	**EJECUTADO EL 100% PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARÁ PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** El contratista se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, que una vez ejecutado el 100% presupuesto del contrato **NO CONTINUARÁ PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en solo triage 1 y/o 2), los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, serán asumidos por el contratista.	**SI**	**S/N**

31	**AUDITORÍAS MÉDICAS Y ADMINISTRATIVAS** Durante la ejecución del contrato, el contratista permitirá la realización de auditorías médicas y administrativas por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, garantizando el acceso a la información clínica, administrativa y demás documentos requeridos para el seguimiento y control contractual, conforme a la normatividad vigente y las disposiciones aplicables. Las auditorías deberán ser notificadas con una antelación mínima de setenta y dos (72) horas, con el fin de permitir la adecuada organización de agendas, la preparación de la documentación requerida y la disponibilidad del personal involucrado. En caso de auditorías presenciales, la entidad deberá informar previamente el personal que realizará la visita, incluyendo nombres, cargos o roles, y remitir las respectivas planillas de seguridad social, con el fin de garantizar las condiciones de seguridad y coordinación operativa. El contratista se compromete a facilitar el acceso a la información requerida, garantizando la confidencialidad, trazabilidad y control de la información durante la ejecución del contrato.	**SI**	**S/N**
32	El contratista se compromete en que los costos por atención de los **EVENTOS ADVERSOS**, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del contratista, entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 “por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia del Ministerio de la Protección Social, así: “Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico”. El responsable de Garantía de la Calidad en Salud de la regional programará visitas, mínimo una mensual, para verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Resolución 134 del 10 de mayo de 2021 - artículo 20).	**SI**	**S/N**

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (7) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (61) días calendario para que finalice el plazo de ejecución..

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLÁNTICO, realizará el pago dentro de los sesenta (60) días hábiles una vez presentada la factura y presentando la respectiva certificación del supervisor, junto con los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera, (cuando los elementos sean de origen extranjero se deberá aportar la declaración de importación) La unidad prestadora de salud atlántico pagara el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista los servicios prestados en un pago mensual, dentro de los treinta 30 días hábiles, siguiente a la presentación de la factura. El contratista deberá presentar la respectiva factura según la resolución No 000042 del 2020 (FACTURACION ELECTRONICA). En la que consta el cumplimiento del pago de los aportes de que trata el artículo 1 de la ley 828 de 2003.

PARRAFO PRIMERO: La forma de pago del servicio objeto del presente contrato se cancelará de la siguiente manera.
Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: OXINET SAS

NIT: 901.286.263-6
BANCO: BANCO DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: CUENTA AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 476100098765
OFICINA: BARRANQUILLA-ATLANTICO

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato u orden de compra**
Valor total del contrato u orden de compra	$ 120.000.00	100.00
Valor total de las entregas	00	00
Valor total facturado	00	00
Valor facturado pendiente de pago	00	00
Valor pagado	00	00
Valor pendiente de entrega	$120.000.000	100

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**
N/A	PENDIENTE	N/A	$ PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

5. RECOMENDACIONES:

No Aplica

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,



Firma_____

Grado y Nombres:PT: KAREN JOHANNA ANILLO PEREZ.

Cargo: Responsable Programa Medico Domiciliario

Correo electrónico: karen.anillo@correo.policia.gov.co

Supervisor Contrato No . 67-8-20136-2026