**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

**No. S-2021-014069. / UPRES - GUPAS – 3.1**

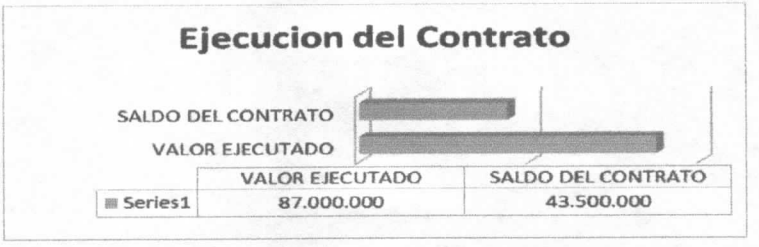
Montería, 10 de enero de 2021

Coronel
WILSON ARMEL MONTENEGRO RAMIREZ
Comandante Policía Metropolitana de Montería
Calle 29 5-61 B/ Centro
Ciudad.

Asunto: Informe de Supervisión Contrato

De manera respetuosa me permito informar a mi Coronel, que él informe mensual, del contrato de prestación de servicios número No. 92-7-20030-20, celebrado entre CLINICA LA TRINIDAD LIMITADA " y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA cuyo objeto es PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, DISTRITO DE LORICA – CORDOBA" para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional Departamento de Córdoba, por un valor de $ 87.000.000, el cual a la fecha se ha ejecutado la suma de $87.000.000, correspondiente a un porcentaje de ejecución del 67% de la totalidad del contrato.

Anexo grafica comparativa de ejecución




Lo anterior para conocimiento de mi Coronel y fines pertinentes.

Atentamente,

Intendente Jefe. **LUZ MARINA OCHOA CARDONA**
Supervisor del Contrato No. 92-7-20030-20

Elaborado por: SI: belkys hernandez rangel
Revisado por: IJ: Luz marina ochoa cardona
Fecha de elaboracion: 10-01-2021
Ubicación c:\mis documentos word\2021

Carrera 14 41-61 Montería
Teléfono: 7828440
decor.upres-rco@policia.gov.co
**www.policia.gov.co**

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

MONTERIA, 10 de enero de 2021

No. 7 UPRES -GUPAS

Coronel
**WILSON ARMEL MONTENEGRO RAMIREZ**
**Comandante POLICIA METROPOLITANA DE MONTERIA**
MONTERIA

Asunto: Informe de supervision contrato No. **92-7-20030-20** Mes reportado **DICIEMBRE**

| 1. PRÓRROGA No. | 2. ACLARATORIO No. | 3. MODIFICATORIO No. | 4. OTROS |
|---|---|---|---|
| INCIO: TERMINO: | 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 | |
| PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, DISTRITO DE LORICA – CORDOBA" | CLINICA LA TRINIDAD LIMITADA | Vigencia<br>Incio :<br>20/05/2020<br>Termino :<br>31/12/2020<br><br>Adición:<br>Incio : 01/01/2021<br><br>Termino :<br>31/12/2021<br><br>VALOR TOTAL | PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, DISTRITO DE LORICA – CORDOBA" | 7 MESES<br><br>130.500.000,00 | 87.000.000 | 1 MES<br>1 MES<br>1 MES<br>1 MES<br>1 MES<br>1 MES | -<br>3.905.902<br>23.868.638<br>5.322.348<br>7.606.316<br>46.396.596 | 6 MESES<br>5 MESES<br>4 MESES<br>3 MESES<br>2 MESES<br>0 MESES | 87.000.000<br>83.194.098<br>59.325.260<br>54.002.912<br>89.896.596<br>43.500.000 | EL CONTRATISTA CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y A LA FECHA GENERÕ FACTURA NUMERO 005, POR UN VALOR DE 46,396,596, CORRESPONDIENTE AL MES DE NOVIEMBRE Y PARTE DE DICIEMBRE, LO CUAL FUE CANCELADO MEDIANTE OBLIGACION PRESUPUESTAL 80020 DE FECHA 10/12/2020 Y 91720 DE FECHA 24/12/2020 . |

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. |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

**CONTRATO DE PRESTACION 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 ___**

Firma

**Intendente Jefe LUZ MARINA OCHOA CARDONA**

SUPERVISOR CONTRATO

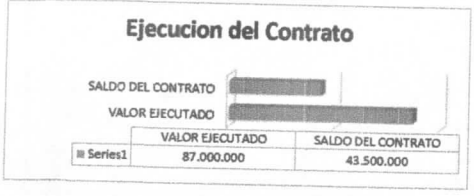
TELEFONO: 3127053627

Anexos: (cuenta de cobro; recibido a satisfaccion, informe ejecutivo)

**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA**
**ANEXO No. 1 PARA CONTRATOS DE OUTSOURSING**
**(MANTENIMIENTO INSTALACIONES, EQUIPOS DE TELEMATICA, SUMINISTRO DE PAPELERIA, ETC)**

**No. Contrato** 92-7-20030-20 **Fecha de Inicio** 20/06/2020

**1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO:**




**1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO :** Se verifico lo realizado por la empresa constatando con minucia el objeto de este contrato.

**1.3. NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO :** No huvo novedad alguna durante la ejecucion del contrato.

**NOTA: CORRESPONDE AL INFORME FINAL DE EJECUCION: SI____ NO_X___**
**Si su respuesta es positiva, tener en cuenta de relacionar lo siguiente:**

*** En este informe se debe llevar los acumulados finales del contrato en cuanto a su avance y ejecución presupuestal dando cumplimiento a ítems anteriores).**
*** Relacionar Desempeño del proveedor de acuerdo con lo contratado.**
*** Recomendaciones que permitan mejorar el desempeño de este tipo de contrato outsoursing y tener en cuenta en el próximo estudio previo que respalde la contratación de un nuevo proceso.**

**Patrullero: BELKYS PATRICIA HERMANDEZ RANGEL**
**Supervisor de Contrato**
Teléfonos: 3218413165
**Anexos: (cuenta de cobro; recibido a satisfaccion, informe ejecutivo)**

**Firma** _____

**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6**
**ANEXO No.2 INFORME DE RE-EVALUACIÓN PROVEEDORES**

**No. Contrato** 92-7-20030-20 **Fecha suscripción** 20/06/2020

**El objetivo de esta re-evaluación, es verificar el desempeño que tuvo el proveedor durante la ejecución del contrato, dejando evidencia mediante registro que permita la toma de decisiones, teniendo como base los informes de seguimiento que realizó el supervisor y a través de los cuales se realizó su evaluación.**

**Ciudad y Fecha de la Reevaluación:** _____

**Fecha en que terminó la ejecución del contrato:** _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. ¿El proveedor cumplió en forma oportuna de acuerdo con lo establecido en las clausulas del Contrato ?** | SI_X_ | NO___ | EL PROVEEDOR FUE SANCIONADO: SI ____ NO ____<br>No. RESOLUCION_____ FECHA_____ |
| **2. Los bienes suministrados por el proveedores cumplimieron con los requisitos de calidad establecidos en las especificacioens técnicas?** | SI_X_ | NO___ | EL PROVEEDOR FUE SANCIONADO: SI____ NO____<br>No. RESOLUCION_____ FECHA_____ |

**3. Que fortaleza resalta del proveedor y que le generó valor agregado en la ejecución del contrato.**

**Intendente Jefe LUZ MARINA OCHOA CARDONA**
SUPERVISOR CONTRATO
TELEFONO: 3127053627
Anexos: ( FACTURA DE COBRO, RECIBO A SATISFACCION )

**Firma** _____

SIIF Nación

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: Mi Pesalario — EDISON ANTONIO SOLANO PETRO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 16-01-02-045 — UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA
Fecha y Hora Sistema: 2020-12-10-3:09 p. m.

## REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 80020 | Fecha Registro: | 2020-12-10 | Unidad / Subunidad ejecutora: | | | 16-01-02-045 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA | | | | |
| Vigencia Presupuestal | Actual | Estado: | Generada | Requiere DIP: | | No | Tipo de DIP: | | Nro. Compromiso: | 15520 | |
| Valor Inicial: | 22.363.006,00 | Valor Total Operaciones: | 0,00 | | | | Valor Actual: | 22.363.006,00 | Saldo x Ordenar: | 22.363.006,00 | |
| Valor Inicial Moneda Original: | 0,00 | Valor Total Operaciones Moneda Original: | 0,00 | | | | Valor Actual Moneda Original: | 0,00 | Saldo x Ordenar Moneda Original: | 0,00 | |
| Valor Deducciones: | 447.260,00 | Valor Neto: | 21.915.746,00 | | | | Valor IVA: | | Nro. Cdp: | 11920 | |
| Valor Deducciones Moneda: | 0,00 | Valor Neto Moneda: | 0,00 | | | | Atributo Contable: | 05-NINGUNO | Comprobante Contable: | 552063 | |

### TERCERO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 812002958 | Razon Social: | CLINICA LA TRINIDAD LTDA | Medio de Pago: | Abono en cuenta |

### CUENTA BANCARIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 0521016477 | Banco: | BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA | Tipo: | Corriente | Estado: | Activa |

| CUENTA X PAGAR | | | | CAJA MENOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 80820 | Tipo: | Otros Pagos con Descuentos | Identificacion: | | Fecha de Registro: | |

### DOCUMENTO SOPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 673.675.680.713.730.731.732 | Tipo: | FACTURA | Fecha: | 2020-12-10 |

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC | ATRIBUTO CONTABLE | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O45 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | Nación | 16 | SSF | 05-NINGUNO | | | | | |
| | | | | | | Total: | 22.363.006,00 | 0,00 | 22.363.006,00 | 22.363.006,00 |

Objeto:

### PLAN DE PAGOS

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA DE PAGO | ESTADO | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| 16-01-02-045 DISAN METROPOLITANA MONTERIA | 4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2020-12-31 | Generada | 22.363.006,00 |

### POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

| POSICION DEL CATALOGO DE PAGO | IDENTIFICACION | NOMBRE BENEFICIARIO | BASE GRAVABLE | TARIFA | VALOR DEDUCCION | SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-01-04-01-04-04 RETEFUENTE- SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD | NIT 800197268 | U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES | 22.363.006,00 | 2,000 % | 447.260,00 | 447.260,00 |

Intendente EDILBERTO MANUEL MORENO BUSTAMANTE
Contador Policia Metropolitana de Monteria

Agente EDINSON SOLANO PETRO
Responsable Central de Cuenta Sanidad Decor

Capitan OSCAR ANDRES MORENO GOMEZ
Jefe Administrativo y Finaciero Metropolitana de Monteria

Coronel WILSON ARMEL MONTENEGRO RAMIREZ
Comandante Metropolitana de Monteria

SIIF Nación

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: [redacted] EDISON ANTONIO SOLANO PETRO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 16-01-02-045 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA
Fecha y Hora Sistema: 2020-12-24-12:43 p. m.

## REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 91720 | Fecha Registro: | 2020-12-24 | Unidad / Subunidad ejecutora: | | 16-01-02-045 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA | | | |
| Vigencia Presupuestal | Actual | Estado: | Generada | Requiere DIP: | No | Tipo de DIP: | | Nro. Compromiso: | 15520 |
| Valor Inicial: | 24.033.590,00 | Valor Total Operaciones: | 0,00 | | | Valor Actual: | 24.033.590,00 | Saldo x Ordenar: | 24.033.590,00 |
| Valor Inicial Moneda Original: | 0,00 | Valor Total Operaciones Moneda Original: | 0,00 | | | Valor Actual Moneda Original: | 0,00 | Saldo x Ordenar Moneda Original: | 0,00 |
| Valor Deducciones: | 480.672,00 | Valor Neto: | 23.552.918,00 | | | Valor IVA: | | Nro. Cdp: | 11920 |
| Valor Deducciones Moneda: | 0,00 | Valor Neto Moneda: | 0,00 | | | Atributo Contable: | 05-NINGUNO | Comprobante Contable: | 593449 |

### TERCERO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 812002958 | Razon Social: | CLINICA LA TRINIDAD LTDA | Medio de Pago: | Abono en cuenta |

### CUENTA BANCARIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 0521016477 | Banco: | BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA | Tipo: | Corriente | Estado: | Activa |

### CUENTA X PAGAR

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 92620 | Tipo: | Otros Pagos con Descuentos | Identificacion: | | Fecha de Registro: | |

### CAJA MENOR

### DOCUMENTO SOPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Numero: | 829.839.847 | Tipo: | FACTURA | Fecha: | 2020-12-24 |

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | ATRIBUTO CONTABLE | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O45 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | Nación | 16 | SSF | 05-NINGUNO | | | | | |
| | | | | | | Total: | 24.033.590,00 | 0,00 | 24.033.590,00 | 24.033.590,00 |

Objeto:

### PLAN DE PAGOS

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA DE PAGO | ESTADO | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| 16-01-02-045 DISAN METROPOLITANA MONTERIA | 4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2020-12-31 | Generada | 24.033.590,00 |

### POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

| POSICION DEL CATALOGO DE PAGO | IDENTIFICACION | NOMBRE BENEFICIARIO | BASE GRAVABLE | TARIFA | VALOR DEDUCCION | SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-01-04-01-04-04 RETEFUENTE- SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD | NIT 800197268 | U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES | 24.033.590,00 | 2,000 % | 480.672,00 | 480.672,00 |

Intendente EDILBERTO MANUEL MORENO BUSTAMANTE
Contador Policia Metropolitana de Monteria

Capitan OSCAR ANDRES MORENO GOMEZ
Jefe Administrativo y Finaciero Metropolitana de Monteria

Agente EDINSON SOLANO PETRO
Responsable Central de Cuenta Sanidad Decor

Coronel WILSON ARMEL MONTENEGRO RAMIREZ
Comandante Metropolitana de Monteria