No. GS-2021- 066860 **DECES-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR**

Ciudad y Fecha: Valledupar Cesar 16 Julio 2021

Teniente Coronel CARLOS ENRRIQUE SANCHEZ FLOREZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 8
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato 67-7-20027-2021

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL __

Periodo del informe de supervisión

Desde	**16-04-2021**	**Hasta**	**07-05-2021**

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:

Mediante acto administrativo comunicación oficial, el señor (a) Teniente Coronel CARLOS ENRIQUE SANCHEZ FLOREZ, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 8, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor (a) Cps TANIA MILENA MUENTES PÉREZ

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: mensual**
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0**

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**67-7-20027-2021**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS CONSIDERADOS COMO TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL MINISTERIO DE SALUD INCLUIDO SERVICIO DE TRANSPORTE Y AQUELLOS PROCEDIMIENTOS

29/07/21 10:26

	CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL, LOS AUTORIZADOS POR CTC, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR.
Contratista	CENTRO NACIONAL INTEGRAL DE REHABILITACIÓN SOLIDARIDAD S.A.S
Representante legal	DIEGO ARTURO CARDENAS GONZALEZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	$79.600.000,00
Valor adiciones del contrato u orden de compra	0
Valor total del contrato u orden de compra	$79.600.000,00
Plazo de ejecución inicial	31-12-2021
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	13-04-2021
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31-12-2021
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 U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

La supervisión deberá realizar un resumen cronológico de las actuaciones adelantadas en ejercicio de las funciones, debiendo plasmar datos de relevancia, como por ejemplo fechas, números de oficios, números de actas, mensajes de correo electrónico, documentos que den cuenta de las actuaciones adelantadas entre otras.

- **Se realiza seguimiento al contrato quienes envían los avances de ejecución mediante correo electrónico de fecha 04-06-2021**

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	SI	
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.	SI	
ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS.	SI	
BOLETÍN RESPONSABLES FISCALES	SI	
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	SI	
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES	SI	
CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	SI	PLANILLA APORTES PARAFISCALES DEL MES DE MAYO
IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	SI	
CERTIFICADO VIGENTE DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIO O CERTIFICACION DE VIGENCIA DE LA INSCRIPCION DEL CONTADOR	SI	
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	SI	
AUSENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.	SI	
REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES	SI	
PERSONAS NATURALES SIN DOMICILIO EN COLOMBIA Y PERSONAS JURÍDICAS EXTRANJERAS DE NATURALEZA PÚBLICA O ESTATAL Y PRIVADA SIN SUCURSAL EN EL PAÍS	No aplica	
GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA	SI	
CEDULA DE CIUDADANIA	SI	

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		
El oferente garantiza que desarrollará el siguiente programa: REHABILITACIÓN A PACIENTES CON PATOLOGIAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS USUARIOS CON TRANSTORNOS DENOMINADOS COMO DE ESPECTRO AUTISTA, A TRAVÉS DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS INTERDISCIPLINARIAS INCLUIDAS DENTRO DEL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA TENDIENTES A MEJORAR, MANTENER O RESTAURAR HABILIDADES, DESTREZAS Y CAPACIDADES, PROPICIANDO ESTRATEGIAS EFICACES PARA CONSEGUIR SU MÁXIMA AUTONOMÍA, INTERACCIÓN, MOVILIDAD, DESEMPEÑO Y/O REHABILITACIÓN INTEGRAL CONDUCTUAL. Y DE NEURODESARROLLO BRINDANDO SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y ASESORÍA A LOS PADRES O CUIDADORES PRIMARIOS MEDIANTE HERRAMIENTAS PARA LA ACEPTACIÓN, COMPRENSIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR, AMPARADOS BAJO FALLO JUDICIAL O CTC) El programa debe incluir: a. Evaluación Interdisciplinaria Institucional, Revaloración y seguimiento. b. Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular. c. Sesiones individuales y/o grupales con participación de los diferentes profesionales: PROFESIONAL DE LA SALUD CON FORMACIÓN EN ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, TERAPEUTA DE LENGUAJE PSICOLOGIA, ASI COMO ATENCION POR FISIOTERAPIA SEGÚN LO ESTABLEZCA POR ESCRITO DENTRO DEL PLAN DE TRABAJO)	SI	

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No hubo novedades.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (47) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (210) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago se realizará en mensualidades vencidas en moneda legal colombiana, una vez recibidos los servicios prestados a entera satisfacción por parte del Supervisor del contrato y cumplido el trámite administrativo de las cuentas de cobro dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación de las respectiva factura comercial en la oficina de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Cesar y Guajira, una vez el tesoro Nacional sitúe el PAC a la institución y una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes. En consecuencia, no obstante, la programación del PAC (programa anual de caja), es responsabilidad de la Dirección, su autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través del tesoro Nacional, sin que lo anterior sea impedimento para la ejecución del objeto contractual.

Para lo anterior se deberán observar los siguientes trámites:

La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnética) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con:

- Requisitos establecidos por la DIAN.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro hasta un máximo de 250 folios; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias, Lo anterior en cumplimiento a la ley 594 del 2000, Ley general de archivo que rige tanto a entidades públicas como privadas.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los primeros cinco (5) días calendarios de cada mes, el trámite para el pago de la factura se realizará hasta los 30 días siguientes.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios; en el caso de hospitalización una vez el paciente haya egresado de la institución.
- Debe anexarse en un formato de Excel el listado de las facturas para radicación indicando: Numero de factura, nombre de usuario, número de identificación, valor de la factura y fecha de factura
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

Los casos de urgencia vital y/o atención inicial de urgencias serán atendidos conforme a las normas expedidas por el Ministerio de Salud en concordancia con las disposiciones definidas en las Circulares y Resoluciones expedidas por la Superintendencia de Salud, La Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 – Unidad Prestadora de Salud Cesar , basada en el comportamiento de ejecución contractual y en aras de optimizar los recursos del contrato para dar cobertura a mayor número de usuarios, se reserva el derecho de cancelarlas con cargo al contrato o mediante Resolución de Urgencia independiente

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

En este espacio se debe informar el valor total de los pagos efectuados, valor del mismo y porcentaje, así:

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	$ 79.600.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 9.995.773,00	12,56%
Valor total facturado	$ 9.995.773,00	12,56%
Valor facturado pendiente de pago	$ 9.995.773,00	12,56%
Valor pagado	0	0%
Valor pendiente de entrega	69.604.227	87,44%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
001	$ 9.995.773,00	15/07/2021	$ 9.995.773,00	DE LA 27332 A LA 27339	$ 9.995.773	$ 399.831	175717721

4.2 Entrada de Bienes *(no aplica)*

5. RECOMENDACIONES

Se reciben los servicios a satisfacción no hay recomendaciones

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contr*actuales*	**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 Tania Muentes Pérez.

CPS TANIA MILENA MUENTES PÉREZ
Contadora de la Unidad Prestadora de Salud Cesar
Supervisora Contrato 67-8-20027-2021
Correo electrónico: Deces.upres-pla@ policia.gov.co o Taniamilenamuentesperez@gmail.com
No. Celular: 3017364459

Página 1 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	Valledupar, 23 de Junio de 2021
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
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: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	Contrato No: 67-7-20027-2021
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	CENTRO NACIONAL INTEGRAL DE REHABILITACIÓN SOLIDARIDAD S.A.S
NIT del contratista:	900.525.552-2
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS CONSIDERADOS COMO TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL MINISTERIO DE SALUD INCLUIDO SERVICIO DE TRANSPORTE Y AQUELLOS PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL, LOS AUTORIZADOS POR CTC, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD
SECCIONAL SANIDAD ATLANTICO

29 JUN. 2021

FIRMA: _____
RECIBIDO SUJETO A VERIFICACION

Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 79.600.000,00
Plazo de ejecución:	31/12/2021
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	VALLEDUPAR-CESAR
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	CPS. TANIA MILENA MUENTES PÉREZ. CONTADORA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR.
Fecha de entrega certificada:	13/04/2021 AL 31/05/2021
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia	

Unidad	Recurso	Descrip-ción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor factu-rado	Valor a amortiz ar y/o descont ar *	Valor a pagar
UPRES CESAR	16	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS CONSIDERADOS COMO TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS	$10.221.145	$10.221.145	225.372	$9.995.773

			DEL ESPECTRO AUTISTA DEL MINISTERIO DE SALUD INCLUIDO SERVICIO DE TRANSPORTE Y AQUELLOS PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL, LOS AUTORIZADOS POR CTC, Y ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA, DESACATOS O ACCIONES JUDICIALES, PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR.				
Acta de recepción de bienes	NO APLICA							

N° FACTURA	FECHA DE FACTURA	VALOR DE FACTURA	NOTA CREDITO O DEBITO	VALOR NETO
27332	31/05/2021	811.339,19		811.339
27333	31/05/2021	1.802.976		1.802.976
27334	31/05/2021	1.352.232		1.352.232
27335	31/05/2021	1.081.785,63		1.081.785
27336	31/05/2021	1.802.976		1.802.976

27337	31/05/2021	225.372	225.372	0
27338	31/05/2021	2.704.464		2.704.464
27339	31/05/2021	440.000		440.000
VALOR TOTAL DE BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS.		**$10.221.145**	**$225.372**	**$9.995.773**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Se reciben todos los servicios contratados a satisfacción sin ninguna novedad. 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	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
	El oferente garantiza que desarrollará el siguiente programa: REHABILITACIÓN A PACIENTES CON PATOLOGIAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS USUARIOS CON TRANSTORNOS DENOMINADOS COMO DE ESPECTRO AUTISTA, A TRAVÉS DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS INTERDISCIPLINARIAS INCLUIDAS DENTRO DEL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA TENDIENTES A MEJORAR, MANTENER O RESTAURAR HABILIDADES, DESTREZAS Y CAPACIDADES, PROPICIANDO ESTRATEGIAS EFICACES PARA CONSEGUIR SU MÁXIMA AUTONOMÍA, INTERACCIÓN, MOVILIDAD, DESEMPEÑO Y/O REHABILITACIÓN INTEGRAL CONDUCTUAL. Y DE NEURODESARROLLO BRINDANDO SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y ASESORÍA A LOS PADRES O CUIDADORES PRIMARIOS MEDIANTE HERRAMIENTAS PARA LA ACEPTACIÓN, COMPRENSIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR, AMPARADOS BAJO FALLO JUDICIAL O CTC) El programa debe incluir: a. Evaluación Interdisciplinaria Institucional, Revaloración y seguimiento. b. Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular. c. Sesiones individuales y/o grupales con participación de los diferentes profesionales: PROFESIONAL DE LA SALUD CON FORMACIÓN EN ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, TERAPEUTA DE LENGUAJE PSICOLOGIA, ASI COMO ATENCION POR FISIOTERAPIA SEGÚN LO ESTABLEZCA POR ESCRITO DENTRO DEL PLAN DE TRABAJO) d. Talleres para el desarrollo de habilidades en expresiones artísticas y lúdicas, según su grado de autonomía. e. Manejo y orientación a padres de familia, con el fin de brindar herramientas de empoderamiento, mínimo dos (2)	SI	

	durante la ejecución del contrato. Se deberá entregar un acta por cada actividad realizada con anexos fotográficos y firmas de asistencia a la unidad prestadora de salud cesar. f. Servicio de Transporte para el Usuario y su Acompañante. (DEL LUGAR DE RESIDENCIA AL CENTRO INTEGRAL PUERTA A PUERTA)		
	OPORTUNIDAD ATENCIÓN PARA EL SERVICIO OFERTADO. El oferente deberá certificar la oportunidad de atención para el servicio ofertado, en las siguientes condiciones El servicio deberá ser prestado de lunes a viernes en horarios entre las 7:00 AM y las 6:00 PM con una asistencia diaria por paciente requerida por el médico especialista tratante, la cual variara según las necesidades de cada paciente.	SI	
	El contratista se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos, por parte de los funcionarios de garantía y calidad de la dirección de sanidad en cabeza de La Regional de Aseguramiento En Salud N°8 - Unidad Prestadora de Salud Cesar.	SI	
	El contratista se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos, por parte de los funcionarios de garantía y calidad de la dirección de sanidad en cabeza de La Regional de Aseguramiento En Salud N°8 - Unidad Prestadora de Salud Cesar.	SI	

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.

Tania Muentes P.

FIRMA DEL SUPERVISOR
CPS. TANIA MILENA MUENTES PÉREZ.
CONTADORA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR

Pagina 1 de 1	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR	
Código: 1AR-FR-0029		
Fecha: 14-12-2012	CONTROL CUENTAS AUDITORIA MEDICA	
Versión: 0		

CONTRATO [redacted]	URGENCIA		

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CENTRO NACIONAL INTEGRAL DE REHABILITACION SOLIDARIDAD SAS. NIT 900..525.552-2 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION 76 DEL 2 DE JUNIO 2021. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS. CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO N° 67-720027-2021 Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996) CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO, VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	EDAD	PROCEDIMIENTO	DIAGNOSTICO CIE-10	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	MOTIVO GLOSA
1	27332	31/05/2021	26/04/2021	ANGARITA ROBLES JARED	TI 1062303295	11	PSICOLOGIA 12 MENSUAL TERAPIA DE LENGUAJE 12 MENSUAL TERAPIA OCUPACIONAL 12 MENSUAL	(F840)	$ 811.339		$ 811.339	
2	27333	31/05/2021	19/04/2021	BENJUMEA HERNANDEZ SAIR	TI 1066282263	14	PSICOLOGIA 20 MENSUAL TERAPIA DE LENGUAJE 20 MENSUAL TERAPIA OCUPACIONAL 20 MENSUAL TERAPIA FISICA 20 MENSUAL	(F700)	$ 1.802.976		$ 1.802.976	
3	27334	31/05/2021	03/05/2021	CANO MEJIA RENATA JULIETH	RC 1065846253	4	TERAPIA DE LENGUAJE 20 MENSUAL TERAPIA OCUPACIONAL 20 MENSUAL TERAPIA FISICA 20 MENSUAL	(P942)	$ 1.352.232		$ 1.352.232	
4	27335	31/05/2021	27/04/2021	CONTRERAS PEROZA GABRIELA	TI 1066289858	9	TERAPIA DE LENGUAJE 16 MENSUAL TERAPIA OCUPACIONAL 16 MENSUAL TERAPIA FISICA 16 MENSUAL	HIDROCEFALO, NO ESPECIFICADO (G919)	$ 1.081.786		$ 1.081.786	

5	27336	31/05/2021	16/04/2021	MERIÑO CASTRO MARIANGEL	RC 1066295693	5	PSICOLOGIA 20 MENSUAL TERAPIA DE LENGUAJE 20 MENSUAL TERAPIA OCUPACIONAL 20 MENSUAL TERAPIA FISICA 20 MENSUAL	(G919)	$ 1.802.976		$ 1.802.976	
6	27337	31/05/2021	07/05/2021	PICON RONDON DIDIER	CC 7574329	36	TERAPIA RESPIRATORIA 10 SESIONES	(J209)	$ 225.372	$ 225.372	$ -	SE OBJETAN 10 TERAPIAS RESPIRATORIAS NO CONTRATADAS, USUARIO ADULTO
7	27338	31/05/2021	19/04/2021	TORRES VENCE ANGEL ALEJANDRO	TI 1066875047	12	PSICOLOGIA 40 MENSUAL TERAPIA DE LENGUAJE 40 MENSUAL TERAPIA OCUPACIONAL 40 MENSUAL	(F840)	$ 2.704.464		$ 2.704.464	
8	27339	31/05/2021	04/05/2021	TORRES VENCE ANGEL ALEJANDRO	TI 1066875047	12	APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLOGIA 4 SESIONES	(F840)	$ 440.000		$ 440.000	
				TOTAL					**$ 10.221.145**	**$ 225.372**	**$ 9.995.773**	

Elaborado Por: **AUDITORA DE CUENTAS MEDICAS, DRA GLORIA INES PERAZA OÑATE**
Grado y Gargo, Nombres y Apellidos

Recibido Por: **CPS-GELKA MIRANDA PEREZ**
Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

d. Talleres para el desarrollo de habilidades en expresiones artísticas y lúdicas, según su grado de autonomía. e. Manejo y orientación a padres de familia, con el fin de brindar herramientas de empoderamiento, mínimo dos (2) durante la ejecución del contrato. Se deberá entregar un acta por cada actividad realizada con anexos fotográficos y firmas de asistencia a la unidad prestadora de salud cesar. f. Servicio de Transporte para el Usuario y su Acompañante. (DEL LUGAR DE RESIDENCIA AL CENTRO INTEGRAL (PUERTA A PUERTA		
Permitir a los funcionarios designados por la Unidad Prestadora de Salud Cesar, efectuar todas aquellas actividades de auditoría, conducentes a supervisar la ejecución del contrato.	SI	
El Contratista deberá presentar de manera regular la ejecución del contrato al Supervisor y al Líder de Autorizaciones, de la Unidad Prestadora de Salud Cesar, e informar 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 que se realice adiciones en dinero o informar cuando el plazo de ejecución se esté cumpliendo y aún exista presupuesto contractual, con el fin de realizar la respectiva adición en tiempo. El Contratante no será responsable si el presupuesto contractual se excede el valor a ejecutar	SI	ENVIA COMUNICADO AL CORREO ELECTRONICO DE LOS AVANCES DE LA EJECUCION EL CUAL LLEGA A 12,56%
El oferente deberá certificar que su actividad cumple con los protocolos de bioseguridad establecidos por el ministerio de salud y protección social como las instrucciones que expidan los diferentes ministerios y entidades de orden nacional, referente al COVID - 19, de lo anterior allegara con la presentación de su oferta evidencia donde se vislumbre que han adoptado el protocolo de bioseguridad .	SI	
Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco (5) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Cesar, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMAS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN	SI	