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

Pereira - Risaralda, 31 de Octubre de 2020

No. 03 /RASES - JEFAT

Mayor
CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N3
Pereira.-

Asunto: Informe de Supervision contrato No. **86-7-20134-20** Mes reportado **Octubre**

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	
"LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NEUMOLOGIA, INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS, COMTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 CSSMP DE 2001, PARA GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS REGTIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3 (CALDAS, QUINDIO Y RISARALDA) Y PARTE DEL NORTE DE VALLE	Respiremos S.A.S	Vigencia incio 04/08/2020 termino 30/04/2021 Adición: Inicio Termino VALOR TOTAL	"LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NEUMOLOGIA, INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS, COMTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 CSSMP DE 2001, PARA GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS REGTIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3 (CALDAS, QUINDIO Y RISARALDA) Y PARTE DEL NORTE DE VALLE $80,000,000	08 MESES Y 27 DÍAS	$80,000,000	01/10/2020 AL 31/10/2020	1,489,950	7 MESES	77,997,230	NINGUNA

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

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 TÉCNICOS 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	CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE PAGAR MENSUALMENTE LOS APORTES DE AFILIACION Y COTIZACION A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES A LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR Y SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CUANDO A ELLO HAYA LUGAR DE ACUERDO CON EL ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002, LEY 828 DE JULIO 10 DE 2003 Y DE LA LEY 100 DE 1993; PARA TAL FIN DEBERA LLEGAR CO LA CORRESPONDIENTE FACTURA, CERTIFICACION DONDE CONSTE DICHO CUMPLIMIENTO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL Y REVISOR FISCAL SI CONFORME A LAS NORMAS PERTINENTES ESTUVIERA OBLIGADA A TENERLO.	LA ENTIDAD CUMPLIO CON LO QUE ESTA ESTABLECIDO DENTRO DEL CONTRATO

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 NO APLICA **Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI** ___ **NO** ___

Grado y Nombre del Supervisor ____Patrullera LUZ ADRIANA BEDOYA CARVAJAL

Cargo_____Supervisora de Contrato

Teléfonos:____ 3187166269

Anexos:

Firma _____

POLICIA NACIONAL	**Procedimiento:** Asegurar la Calidad	Página 1 de 1
		Código: 1LA-FR-0037
	EVALUACIÓN DE PROVEDORES	**Fecha:** 22-05-2010
		Versión: 0

FECHA: 31 de Octubre de 2020	**1. DATOS DEL PROVEEDOR**				
Nombre o razón social	Respiremos S.A.S			Nit/cédula de ciudadanía	900.150.760-7
Dirección	CALLE 12 N 18-24 TORRE 3 PISO 4 MEGACENTRO			Teléfono	3170710
Producto		Servicio	X	Proveedor de:	"LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NEUMOLOGIA, INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS, COMTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 CSSMP DE 2001, PARA GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS REGTIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3 (CALDAS, QUINDIO Y RISARALDA) Y PARTE DEL NORTE DE VALLE

2. CONCEPTOS OBJETO DE EVALUACIÓN

De acuerdo a los servicios prestados por esta empresa/persona califique de **1** a **10** según el parámetro a evaluar y finalmente haga sus consideraciones al respecto, si la evaluación es inferior a **7** se considera que el produc

CONCEPTOS TECNICOS	**CONCEPTOS ADMINISTRATIVOS**
2.1 Se ha observado durante las diferentes entregas el cumplimiento en los requisitos técnicos exigidos al momento de efectuar la compra en relacion a aquellos que se entregan como insumo, producto y/o servicio. **CALIFICACION** 09	2.6 El tiempo de respuesta para aclaraciones y/o información solicitada por parte del Grupo Control de Calidad ha sido oportuno y su contenido adecuado frente a la solicitud realizada. **CALIFICACION** 09
2.2 Se hace entrega formal del insumo, producto y/o servicio junto con la documentacion que respalda su calidad y demuestra el cumplimiento con los estándares y/o conceptos solicitados por el Grupo al momento de las compras. **CALIFICACION** 09	2.7 El manejo de quejas, reclamos y no conformes es adecuado frente a las necesidades del Grupo Control de Calidad, se brindan soluciones efectivas y valiosas para el proceso sin generar traumas al Grupo. **CALIFICACION** 09
2.3 Se hace devolución del insumo, producto y/o servicio por incumplimiento en los lineamientos técnicos o por presentar un estado no apto para su uso ya sea en el embalaje o el transporte efectuado por el proveedor. **CALIFICACION** 09	2.8 Ante una eventualidad o necesidad complementaria a las estipuladas, se evidencia un alto compromiso y apoyo técnico durante la adquisición de insumos, productos y/o servicios por parte del proveedor. **CALIFICACION** 09
2.4 El servicio y atención post-venta ha sido el apropiado y cumple con las necesidades del Grupo Control de Calidad, se evidencia interés y eficiencia en la prestación del servicio, entrega del bien y en la calidad de su insumo, producto y/o servicio. **CALIFICACION** 09	2.9 Se observa un Sistema de Gestión certificado o implementado el cual brinda manejo en procedimientos acordes, que garantizan el buen servicio y calidad de los insumos, productos y/o servicios. **CALIFICACION** 09
2.5 Los tiempos de entrega de los insumos, productos y/o servicios adquiridos estan dentro de lo acordado y bajo la necesidad que presenta el Grupo Control de Calidad sin generar retrasos o afectar la prestación del servicio del grupo. **CALIFICACION** 09	**Convenciones:** **NA:** No aplica **1:** Malo **10:**Excelente
OBSERVACIONES	**OBSERVACIONES**

PT. Luz Adriana Bedoya Caravajal

ANEXO 2

ACUERDO CSSMP 052//2013

FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA DEL SSMP

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITE TECNICO CIENTIFICO.

Fecha de solicitud 16 -01-2020 Departamento RISARALDA

I. DATOS DE IDENTIFICACION:
Nombre del paciente: GILDARDO ANTONIO RESTREPO OSORIO Edad 77 AÑOS Sexo: F: _ M: _X
Tipo de identificación: C.C X T.I. ___ R.C. ____ NUIP____ No. 6237659
Fuerza: EJC: ___ FAC: _____ ARC: ____ PONAL: X HOMIC: _____
Dirección CRA 3 NUMERO 18-56 CARTAGO. Teléfono: 2125292

II. MEDICAMENTO SOLICITADO FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS:

AMBULATORIO: X HOSPITALARIO:_____URGENCIA(vital):_____MIXTO:_____

Principio activo: MEMANTINA Concentración: 10 MG
Presentación: TABLETA. Dosis 1 TAB CADA 12 HORAS. Cantidad/día: 2 TAB AL DIA.
Cantidad/Mes: 60 TABLETAS AL MES.
Duración del tratamiento: 6 MESES Fecha de Aplicación_____
Programa especial de: _____
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: IDIOSINCRATICOS, NAUSEA,S SOMNOLENCIA.

III. DIAGNOSTICO:

Nombre DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Codigo CIE 10 . F009.

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA:

PACIENTE CONOCIDO INICIALMENTE POR ANTECEDENTES SINDROME RAMSAY HUNT TIPO II, EN SU EVOLUCION PERSISTENTE Y PROGRESVIAS FALLAS COGNITIVAS NO HA REALZIADO ACTIVIDAD OCUPACIONAL CONTINUA SIN ALTERACION METABOLICA NI LESIONES ESTRUCTURAL CEREBRAL SOLO HIGROMAS QUE NO TIENE RELACION CON CUADRO ACTUAL. SE CONTINUA TITULACION MEMANTINA 10 MG CASDA 12 HORAS. SE LE ASOCIA SERTRALINA 50 MG AL DIA. SE INSISTE ACTIVIDAD OCUPACIONAL.

V. ALTERNATIVAS MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

1. Principio activo: NO. Tiempo de utilización: ,
Respuesta Clínica observada: No mejoría: __ Reacción adversa: __,__ Intolerancia: _____

2. Principio activo: _NO. __Tiempo de utilización: _,
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____

3. Principio activo: _NO. __ Tiempo de utilización: _.
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
No existe alternativa en el Manual Único de Medicamentos del SSMP: _____

VI. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD
1. Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI: X NO: _____
Si existe riesgo por favor justifíquelo:
DETERIORO , DEPRESION, SUICIDIO
2. Está autorizada por el INVIMA la comercialización y expendio en Colombia del medicamento para este diagnóstico: SI: X NO: ___ No sabe: _____

Dr. Carlos J. Perdomo
Neurólogo Clínico
RM 521329 / CE 342412