NO. 3 Policía Metropolitana de Tunja. Upres Boyacá

GS-2022 - _____- DEBOY / ESPCO – 3.1

Tunja, 01 de julio del 2022

Coronel
MIRYAM LUCIA GUERRERO MALAGON
Comandante Policía Metropolitana de Tunja (E)
Carrera 11 19 - 85 Centro Histórico
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **95-7-20061-2022**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**1/06/2022**	**Hasta**	**30/06/2022**

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 comunicación oficial No. GS-2022 - 052527 - DEBOY / UPRES – JEFAD – 3.1, el señor Coronel HENRY YESID BELLO CUBIDES, obrando en calidad de Comandante Policía Metropolitana de Tunja y ordenador del gasto de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señorita Subintendente BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ Jefe Establecimiento de Sanidad Complementario Clínica Tunja
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: (2)**

Información del contrato.

Contrato No. / Orden de compra No.	**95-7-20061-2022**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ODONTOLOGA GENERAL
Contratista	**NEIRA ROMERO NIDIA ASTRID**
Representante legal	**NEIRA ROMERO NIDIA ASTRID**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**$ 17.201.234**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	$ 0,00
Valor total del contrato u orden de compra	**$ 17.201.234**

Plazo de ejecución inicial	8 MESES 13 DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	18/04/2022
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/12/2022
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	
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.

- En atención al objeto contractual, se realizó seguimiento al cumplimiento por parte del contratista mediante verificación al cumplimiento de la macro agenda programada para periodo del presente informe dentro de la cual no se evidencias novedades.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

2.1 CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con las obligaciones enmarcadas en la cláusula DECIMA del contrato en asunto.	SI	
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social.	SI	planilla integrada autoliquidación aportes N° 9432622453 del 30/06/2022 correspondiente al mes de junio de 2022

2.2 CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
Procurar y mantener el cuidado integral del paciente	SI	Se aplica protocolos y educación para mantener una adecuada salud oral
Participación en la dotación del servicio de atención oral	SI	Se mantiene el servicio dotado para la prestación del servicio
Asistencias y participación en el comité de vigilancia epidemiológica municipal o institucional	SI	Se realiza participación en el comité de vigilancia epidemiológica municipal o institucional según se requiera

Participar y asistir a las jornadas de capacitación cualquiera que fuere su objeto.	SI	Se asiste a las jornadas de capacitación vía virtual o presencial
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.	SI	Se Realiza vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población.
Atender urgencias, ordenar análisis, exámenes necesarios y estudiar resultados	SI	Atención de urgencias odontológicas
Organizar y participar en las brigadas de salud	SI	Se realiza participación en las brigadas
Cumplir con las normas del sistema de gestión seguridad en el trabajo,	SI	Se utiliza los elementos de protección personal y se registra en carpeta de EPP
Integrar el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.	SI	Se participa en el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.
Llevar el registro de historia clínica completa	SI	Se diligencia formatos y registra en el sistema
Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad	SI	Mediante charlas educativas ,según su patología y cuidados
Supervisar y realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de los elementos utilizados en las actividades del servicio	SI	Diligenciamiento de planilla de desinfección ,semanal o según se requiera
Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud.	SI	Se efectúa reporte adversos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud.
Planear, organizar integrar, dirigir y controlar y ajustar las actividades del servicio de salud oral	SI	Se realiza mediante educación, rehabilitación, oral según el plan de cada paciente
Cumplir con horario programado y asignación dada	SI	Se verifica y se realiza seguimiento con la macro agenda
Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad.	SI	Se promueve el autocuidado registro en el sisap
Aplicar las guías de manejo, protocolos, manuales de procesos y procedimientos en todas las actividades de atención del paciente conforme a los lineamientos de la Dirección de Sanidad.	SI	Se mantiene continua capacitación de guías, protocolos a los lineamientos de la Dirección de Sanidad .mediante actas mensualmente
Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual.	SI	Se Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro del horario de trabajo
Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente.	SI	Aplicación de la normativa documental .libro de formatos e historias clínicas

Realizar actualización y capacitación permanente sobre la normatividad vigente, lo que permite el adecuado desarrollo de su labor.	SI	Se Realiza actualización y capacitación permanente .mediante actas
Conocer las políticas, normas y procedimientos relacionados con la administración del sistema de gestión financiero, con el fin de evitar que se pueda presentar mal uso del sistema.	SI	Se Realiza actualización y capacitación permanente brindando un correcto desarrollo de la labor.
Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas, que permitan determinar la productividad en su labor.	SI	Se Realizan cumplimientos mensuales de las actividades realizadas

2.3 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin Novedades

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido setenta y cuatro (74) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (**180**) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago del presente contrato se efectuará en MENSUALIDADES VENCIDAS por un valor de $ 2.039.672 moneda legal colombiana, con abono a la siguiente cuenta:

Nombre del Beneficiario: NEIRA ROMERO NIDIA ASTRID
Banco: BANCOLOMBIA
Tipo de Cuenta: Ahorros
Número de Cuenta: **606-961565-68**

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	**$ 17.201.234**	
Valor total de las entregas	$ 2.923.530.00	17%
Valor total facturado	$ 4.923.202.00	28.%
Valor facturado pendiente de pago	$ 2.039.672.00	11.8%
Valor pagado	$ 2.923.530.00	17%
Valor pendiente de entrega	$ 12.238.032.00	71.1%

No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor Facturado**	**No. factura**	**Valor Pagado**	**Valor Deducciones**	**No. orden de pago**
3	$ 2.039.672.00	Del 1/06/2022 al 30/06/2022	$ 2.039.672.00	Cuenta Cobro 3	$ 2.039.672.00		

4.2 Entrada de Bienes ***(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica).***

No Aplica

5. RECOMENDACIONES

Ninguna

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 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 Betty Rocio Ramos R.

Subintendente. Betty Rocío Ramos Rodríguez
Cargo: Jefe Establecimiento de Sanidad Complementario Clínica Tunja
Supervisor Contrato No. 95-7-20061-2022
Correo electrónico: deboy.espco@policia.gov.co ; betty,ramos3272@ correo.policia.gov.co
No. Celular: 3125711483

Ciudad y fecha:	Tunja, 01 de julio del 2022
Unidad:	Metropolitana de Tunja- Unidad Prestadora de Salud Boyacá
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.	95-7-20061-2022
Constancia de recibido No.	3
Contratista:	NEIRA ROMERO NIDIA ASTRID
NIT del contratista:	52.498.730
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ODONTÓLOGA GENERAL
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 17.201.234
Plazo de ejecución:	18/04/2022 al 31/12/2022
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	ESPCO Clínica Tunja –Unidad Prestadora De Salud Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO **X**	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ SUBINTENDENTE JEFE ESPCO TUNJA

Fecha de entrega certificada:	1/06/2022 AL 30/06/2022
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2022	
Acta de recepción de bienes	No Aplica

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
UPRES BOYACA	16	Odontóloga General	$2.039.672,00	$2.039.672,00	$0	$2.039.672,00

No. Factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
3	01/07/2022	$2.039.672,00	$0,00	$2.039.672,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$2.039.672,00	$0,00	$2.039.672,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Odontóloga general de 6 horas diarias , 33 horas semanales y 143 horas mensuales en la ESPCO Clinica Tunja -UPRES BOYACÁ, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No. 3 correspondiente al periodo del 1 de junio al 30 de junio del 2022.

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	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	Procurar el cuidado integral de su salud.	Si_X_ No___	Aplicando protocolos, modificando hábitos y para tener estilos de vida saludables.
2	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para la cual asumirá su costo.	Si_X_ No___	Se evidencia el uso de los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, entregados por la Institución.
3	Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	Si_X_ No___	Cuando sucedan se reportaran en el periodo y formato correspondiente .
4	Participar en las actividades de prevención y promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios De Seguridad Y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora De Riegos Laborales.	Si_X_ No___	Realizo pausas activas y uso los elementos dados por la administradora de riesgos laborales según mi puesto de trabajo.
5	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema De Gestión De La Seguridad Y Salud En El Trabajo SG-SST.	Si_X_ No___	Se evidencia cuando aplico las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema De Gestión De La Seguridad Y Salud En El Trabajo SG-SST.
6	Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.	Si_X_ No___	Cuando informo verbalmente a mi supervisor de contrato siendo este el puente con mi contratante toda novedad derivada del contrato.

7	Planear, organizar, integrar, dirigir, controlar y ajustar las actividades del Servicio De Salud Oral.	Si_X_ No___	Se evidencia cuando en la atención, se busca un efecto positivo sobre el fortalecimiento o la restitución del estado de salud, mediante actividades en educación, rehabilitación restableciendo la salud oral consignados en el plan de tratamiento de cada paciente.
8	Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud oral de la población potencial de su área.	Si_X_ No___	Se evidencia en el cumplimiento de indicadores.
9	Implementar los modelos técnicos necesarios para el adecuado desarrollo de los programas del servicio de salud oral.	Si_X_ No___	Mediante el uso de elementos necesarios en la atención .que incluyen elementos como cepillado, seda dental, dentífricos y enjuagues antibacterianos. Con las actividades de promoción y mantenimiento en salud oral
10	Coordinar la unificación de criterios y la compatibilización de los programas del área con los demás de la clínica.	Si_X_ No___	Con el uso de la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo interdisciplinario remitiendo al respectivo servicio, haciendo demanda inducida.
11	Participar en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud oral.	Si_X_ No__	Respondiendo quejas de usuarios por insatisfacción de atención, brindando justificación del proceder.
12	Participar en las actividades educativas de coordinación y control docente asistencial de su área.	Si_x_ No__	Realizando retroalimentación según competencias derivadas del cargo.
13	Participar en actividades educativas de salud a nivel intramural y extramural.	Si_X_ No___	Cuando se participa en el plan de intervenciones colectivas en salud pública como como barniz de flúor.
14	Participar en la dotación del servicio de atención oral.	Si_X_ No___	Participo en la dotación del servicio de atención oral.
15	Practicar exámenes, formular diagnósticos, preescribir el tratamiento que debe seguirse, y elaborar la historia clínica del paciente incluyendo la epicrisis y aplicar los derechos del enfermo.	Si_X_ No___	Practico exámenes, formular diagnósticos, preescribir el tratamiento que debe seguirse, y elaboro la historia clínica del paciente incluyendo la epicrisis y aplico los derechos del enfermo.
16	Atender urgencias, ordenar análisis y exámenes de laboratorio necesarios y estudiar los resultados.	Si_X_ No___	Mediante evolución y agenda se observa atención de urgencias odontológicas y se solicita a médico tratante exámenes de laboratorio.
17	Realizar intervenciones de cirugía oral a pacientes hospitalizados o ambulatorios, o colaborar en ellas de acuerdo al nivel que este ubicado.	Si_X_ No___	Se hacen intervenciones de cirugía oral según complejidad, se observan evolución de la historia linica y en la remisión a pacientes a otro nivel de acuerdo a complejidad de tratamiento.
18	Organizar y participar en las brigadas de salud asignadas.	Si_X_ No___	Organizo y participo en las brigadas de salud asignadas. Con evidencias fotográficas y actas.
19	Realizar el reporte de eventos adversos y reacciones adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación del servicio de salud.	Si_X_ No___	Al diligenciar planillas para el reporte de eventos adversos y reacciones adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicio de salud.
20	Llevar los registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna.	Si_X_ No___	Al diligenciar historia clínica digital y archivar anexos como consentimientos informados
21	Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.	Si_X_ No___	Se registra cronológicamente las condiciones de salud oral, los actos y los demás procedimientos ejecutados en la atención según asignación de cita.
22	Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a sea cargo.	Si_X_ No___	Aunque la historia clínica es digital se archivan anexos y de folian.
23	Portar el carnet de la institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la Policia Nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objetivo contractual.	Si_X_ No___	Se evidencia uso de carnet durante atención de agenda diaria, en lugar de acuerdo a normas de bioseguridad para el área.
24	Asistir a inducciones, capacitaciones, y demás actividades programadas por el área de sanidad Boyacá.	Si_X_ No___	Se evidencia en las planillas de socialización.

25	El contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro-agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la nacionalidad de la Unidad Prestadora De Salud Boyacá.	Si_X_ No___	Se evidencia en el sistema por la evolución diaria de historias clínicas de acuerdo a las horas pactadas en el contrato.
26	Actuar conforme a lo establecido según los protocolos de atención de urgencias y/o guías de manejo fijadas para el sistema de salud de la Policía Nacional, de igual forma no ejecutar procedimientos sin pertinencia medica al igual que formular medicamentos que no se encuentren contemplados en el acuerdo de medicamentos, lo anterior so pena de efectuarse el descuento estos valores de los honorarios de los profesionales que presentan sus servicios a la Policía Nacional.	Si_X_ No___	Se llevan registros en la historia clínica del paciente de forma completa, suficiente y oportuna, remitiendo según especialidad del área y con su respectivo diagnóstico.
27	Lo demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el jefe de la Unidad Prestadora De Salud Boyacá.	Si_X_ No___	Cuando surgen tareas adicionales que por su naturaleza puedan ser desempeñadas, vinculadas a cargos como proceso de esterilización y registro en bitácora de trabajo.
28	Pago aportes parafiscales vigentes	Si_X_ No___	No. 9432622453 del 30/06/2022
29	Aporte apoyo ordenanza No. 030	Si_X_ No___	Estampillas $ 20.000,00

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.

BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ
SUBINTENDENTE
JEFE ESPCO TUNJA