| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 6<br>Código: 2BS-FR-0019 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 5 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |

**N° 05 POLICIA METROPOLITANA DE TUNJA – UPRES BOYACA**

**GS-2022 - _____ - DEBOY**

Tunja,01 de septiembre del 2022

Coronel
**FREDY FERNEY PÉREZ PÉREZ**
Comandante Policía Metropolitana de Tunja
Carrera 11 19 - 85 Centro Histórico
Ciudad

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 095-7-20058-2022

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO _X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/08/2022** | **Hasta** | **31/08/2022** |

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 -053043 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 señora Betty Roció 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: ( 04 )**

Fiel copia del original betty.ramos

**Información del contrato.**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **095-7-20058-2022** |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA JEFE |
| **Contratista** | **LAURA MILENA OCHOA RODRIGUEZ** |
| **Representante legal** | **LAURA MILENA OCHOA RODRIGUEZ** |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | **$ 23.284.040.00** |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | $ 0,00 |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $ 23.284.040.00 |
| **Plazo de ejecución inicial** | 8 MESES Y 20 DIAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | **11/04/2022** |
| **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** | N/A |
| **Prorrogas** | N/A |
| **Otros** | N/A |

Fiel copia del original betty.ramos

## 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° 4456132090 DEL 23/08/2022 correspondiente al mes de JULIO de 2022 |

### 2.2 CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** | | |
| 1. revisar y ejecutar ordenes medicas de las historias clínicas | SI | .se revisa y ejecuta ordenes en cada turno |
| 2. asistencias y participación en el comité de vigilancia epidemiológica municipal o institucional | SI | Se revisan y ejecutan ordenes medicas de las en cada turno ,en físico y en el sistema |
| 3. Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico. | SI | Se realiza participación en el comité de vigilancia epidemiológica municipal o institucional según se requiera |
| 4. Realizar la notificación semanal o inmediata de las enfermedades de notificación obligatoria de sus actividades médicas según los lineamientos del sistema de Vigilancia Epidemiológica al Área correspondiente. | SI | Se asiste a las jornadas de capacitación vía virtual o presencial |
| 5. 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. |
| 6. Realizar remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contra referencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado. | SI | Se realiza los respectivos tramites de remisión de pacientes vía correo a red externa , se hacen registros |
| 7. Asegurar la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | SI | . se lleva registro diario de entrega de turno |
| 8.utilizar los epp | SI | Se utiliza los elementos de protección personal y se registra en carpeta de EPP |
| 9. Integrar el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las | SI | Se participa en el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y |

Fiel copia del original

| | | |
|---|---|---|
| relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente. | | manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente. |
| 10. llevar el registro de historia clínica completa | SI | Se diligencia formatos y registra en el sistema |
| 11. Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad. | SI | Mediante charlas educativas ,según su patología y cuidados |
| 12. supervisar y realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de lo elementos utilizados en las actividades del servicio | SI | Diligenciamiento de planilla de desinfección ,semanal o según se requiera |
| 13. 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. |
| 14. Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica. | SI | Se lleva registro de hoja de dietas |
| 15. Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad. | SI | se verifica y se realiza seguimiento con la macro agenda |
| 16. 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 promueve el autocuidado registro en el sisap |
| 17. Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente. | SI | Se mantiene continua capacitación de guías, protocolos a los lineamientos de la Dirección de Sanidad .mediante actas mensualmente |
| 18. Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | SI | Se Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro del horario de trabajo |
| 19. 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 | Se aplica según ley de archivo |
| 20. Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo. | SI | Aplicación de la normativa documental .libro de formatos e historias clínicas |
| 21. 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 |
| 22. Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas | SI | Se Realiza actualización y capacitación permanente .mediante actas |

Este oficio es original betty ramos

**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 Veinticinco 120) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando ciento veinte (140) 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 $ 2.686.620 moneda legal colombiana, con abono a la siguiente cuenta:

Nombre del Beneficiario: **LAURA MILENA OCHOA RODRIGUEZ**
Banco: BOGOTA
Tipo de Cuenta: Ahorros
Número de Cuenta: **616864781**

**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 | **$ 23.284.040.00** | |
| Valor total de las entregas | $ 12.537.560.00 | 53,85% |
| Valor total facturado | $ 12.537.560.00 | 53,85% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 2.686.620.00 | 11,54% |
| Valor pagado | $ 9.850.940.00 | 42,31% |
| Valor pendiente de entrega | $ 10.746.480.00 | 46,15% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 05 | $ 2.686.620.00 | Del 01/08/2022 al 31/08/2022 | $ 2.686.620.00 | Cuenta Cobro 05 | $ 2.686.620.00 | | |

Fiel copia del original betty.ramos

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

**No Aplica**

**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

Subintendente. Betty Roció Ramos Rodríguez
Cargo: Jefe Establecimiento de Sanidad Complementario Clínica Tunja
Supervisor Contrato No. **095-7-20058-2022**
Correo electrónico: Subintendente. Betty Roció Ramos Rodríguez
No. Celular: 608 7458626

Fiel copia del original que reposa

| Página 1 de 4 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Tunja, 01 de septiembre del 2022 |
| Unidad: | Metropolitana de Tunja - Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoría:<br>Contrato de prestación de servicios: **X**<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro:<br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | **095-7-20058-2022** |
| Constancia de recibido No. | 05 |
| Contratista: | **LAURA MILENA OCHOA RODRIGUEZ** |
| NIT del contratista: | 1.049.655.112 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA JEFE |
| 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: | $ 23.284.040.00 |
| Plazo de ejecución: | **11/04/2022 al 31/12/2022** |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No Aplica |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica Tunja. Transversal 16 N ° 15 -01 Barrio Ricaurte- 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: | Subintendente. Betty Roció Ramos Rodríguez<br>Jefe ESPCO Tunja |

Fiel copia del original betty.ramos

| | | |
|---|---|---|
| Página 2 de 4 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | |
|---|---|
| Fecha de entrega certificada: | 01/08/2022 al 31/08/2022 |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia - 2022 | |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| UPRES BOYACA | 16 | Enfermera jefe | **$ 2.686.620.00** | **$ 2.686.620.00** | $0,00 | **$ 2.686.620.00** |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | No Aplica |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 05 | 01/09/2022 | **$ 2.686.620.00** | $0,00 | **$ 2.686.620.00** |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | **$ 2.686.620.00** | $0,00 | **$ 2.686.620.00** |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Enfermera Jefe de 44 horas semanales y 190 horas mensuales en la ESPCO Clínica Tunja, UPRES- BOYACA 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 N° 05 correspondiente al periodo del 01 de agosto al 31 de agosto del año 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 | verificación del carro de paro e inventarios del servicio | Si_X_ No___ | Se diligencia las planillas para tal fin , mensual |
| 2 | revisar y ejecutar ordenes medicas de las historias clínicas | Si_X_ No___ | Se revisan y ejecutan ordenes medicas de las en cada turno ,en físico y en el sistema |
| 3 | asistencias y participación en el comité de vigilancia epidemiológica municipal o institucional | Si_X_ No___ | Se realiza participación en el comité de vigilancia epidemiológica municipal o institucional según se requiera |

Fiel copia del original Betty Ramos

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | Participar y asistir a las jornadas de capacitación cualquiera que fuere su objeto. | Si_X_ No___ | Se asiste a las jornadas de capacitación vía virtual o presencial |
| 5 | Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población. | Si_X_ No___ | Se Realiza vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población. |
| 6 | tramitar remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contra referencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado. | Si_X_ No___ | Se realiza los respectivos tramites de remisión de pacientes vía correo a red externa , se hacen registros |
| 7 | Se realiza entrega de turno por parte de enfermería de pacientes hospitalizados y observación | Si_X_ No___ | . se lleva registro diario de entrega de turno |
| 8 | Cumplir con las normas del sistema de gestión seguridad en el trabajo, | Si_X_ No___ | Se utiliza los elementos de protección personal y se registra en carpeta de EPP |
| 9 | 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_X_ No___ | 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. |
| 10 | llevar el registro de historia clínica completa | Si_X_ No___ | Se diligencia formatos y registra en el sistema |
| 11 | Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad | Si_X_ No___ | Mediante charlas educativas ,según su patología y cuidados |
| 12 | supervisar y realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de los elementos utilizados en las actividades del servicio | Si_X_ No__ | Diligenciamiento de planilla de desinfección ,semanal o según se requiera |
| 13 | Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | Si_X_ No___ | Se efectúa reporte adversos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. |
| 14 | .asistencia de enfermería en la alimentación adecuada de la dieta ordena según su patología | Si_X_ No___ | Se lleva registro de hoja de dietas |
| 15 | Cumplir con horario programado y asignación dada | Si_X_ No___ | se verifica y se realiza seguimiento con la macro agenda |
| 16 | Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad. | Si_X_ No___ | Se promueve el autocuidado registro en el sisap |
| 17 | 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_X_ No___ | Se mantiene continua capacitación de guías, protocolos a los lineamientos de la Dirección de Sanidad .mediante actas mensualmente |
| 18 | Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la | Si_X_ No___ | Se Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro del horario de trabajo |

Fiel copia del original que reposa

| | | | |
|---|---|---|---|
| | policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. | | |
| 19 | Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente. | Si_X_ No___ | Aplicación de la normativa documental .libro de formatos e historias clínicas |
| 20 | Realizar actualización y capacitación permanente sobre la normatividad vigente, lo que permite el adecuado desarrollo de su labor. | Si_X_ No___ | Se Realiza actualización y capacitación permanente .mediante actas |
| 21 | 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_X_ No___ | Se Realiza actualización y capacitación permanente brindando un correcto desarrollo de la labor. |
| 22 | Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas, que permitan determinar la productividad en su labor. | Si_X_ No___ | Se Realizan cumplimientos mensuales de las actividades realizadas. |
| 23 | Liderar el comité de seguridad del paciente | Si_X_ No___ | Mediante charlas, ronda de seguridad y actas |
| 24 | Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas, que permitan determinar la productividad en su labor. | Si_X_ No___ | Se Realizan cumplimientos mensuales de las actividades realizadas. |
| 25 | Pago aportes parafiscales vigentes | Si_X_ No___ | N ° 4456132090 DEL 23/08/2022 |
| 26 | Aporte apoyo ordenanza No. 030 | Si_X_ No___ | Estampillas $ 27.000.00 |

**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.

Subintendente. Betty Rocio Ramos Rodriguez
Jefe Espco Tunja

Fiel copia del original betty.ramos