Ciudad y fecha:	Tunja, 20 de octubre del 2022
Unidad:	REGIONAL DE SEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-7-20118-22
Constancia de recibido No.	02
Contratista:	CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNOSTICO MATERNO INFANTIL IPS SAS
NIT del contratista:	900.338.377-8
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE SUBESPECIALIDADES PEDIATRICAS PARA LA POBLACIÓN INFANTIL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ, ADSCRITA A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
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:	$ 84.000.000
Plazo de ejecución:	27/07/2022 AL 31/12/2022
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Trasversal 11 No. 10 – 58. Barrio Belarcaza de la ciudad de Tunja - Centro Especializado De Diagnostico Materno Infantil IPS SAS
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que	SI. BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ JEFE ESPCO TUNJA

<table>
<tr><td>desempeña:</td><td></td></tr>
<tr><td>Fecha de entrega certificada:</td><td>Del 01 al 30 de septiembre del 2022</td></tr>
<tr><td>Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2022</td><td>
<table>
<tr><th>Unidad</th><th>Recurso</th><th>Descripción del bien o servicios recibidos</th><th>Valor recibido</th><th>Valor facturado</th><th>Valor a amortizar y/o descontar</th><th>Valor a pagar</th></tr>
<tr><td>RASES 1</td><td>16</td><td>Prestación de servicios técnicos</td><td>$ 12.040.000.00</td><td>$ 12.040.000.00</td><td>0.00</td><td>$ 12.040.000.00</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Acta de recepción de bienes</td><td>NO APLICA</td></tr>
</table>

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
CT211	11/10/2022	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT212	11/10/2023	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT213	11/10/2024	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT214	11/10/2025	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT215	11/10/2026	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT216	11/10/2027	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT217	11/10/2028	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT218	11/10/2029	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT219	11/10/2030	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT220	11/10/2031	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT221	11/10/2032	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT222	11/10/2033	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT223	11/10/2034	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT224	11/10/2035	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT225	11/10/2036	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT226	11/10/2037	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT227	11/10/2038	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT228	11/10/2039	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT229	11/10/2040	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT230	11/10/2041	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT231	11/10/2042	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT232	11/10/2043	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT233	11/10/2044	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT234	11/10/2045	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00

CT235	11/10/2046	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT236	11/10/2047	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT237	11/10/2048	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT238	11/10/2049	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT239	11/10/2050	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT240	11/10/2051	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT241	11/10/2052	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT242	11/10/2053	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT243	11/10/2054	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT244	11/10/2055	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT245	11/10/2056	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT246	11/10/2057	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT247	11/10/2058	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT248	11/10/2059	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT249	11/10/2060	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT250	11/10/2061	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT251	11/10/2062	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT252	11/10/2063	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT253	11/10/2064	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT254	11/10/2065	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT255	11/10/2066	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT256	11/10/2067	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT257	11/10/2068	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT258	11/10/2069	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT259	11/10/2070	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT260	11/10/2071	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT261	11/10/2072	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT262	11/10/2022	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT263	11/10/2023	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT264	11/10/2024	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT265	11/10/2025	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
CT266	11/10/2026	$ 215.000.00	0.00	$ 215.000.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 12.040.000.00	0.00	$ 12.040.000.00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades 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 que se avala el pago de la cuenta de cobro N°02 correspondiente al periodo del 01 al 30 septiembre 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	**RECURSO HUMANO MÍNIMO REQUERIDO** Para la prestación del Servicio objeto del presente Estudio de Conveniencia y Oportunidad, será requisito mínimo que las personas que prestarán los servicios a nuestros usuarios y beneficiarios sean profesionales titulados en Médico Especialista y Subespecialista en Pediatría, por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de salud, es requisito mínimo que el Oferente cuente con el siguiente Recurso Humano: • CONSULTA NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA ALERGOLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA GENETISTA • CONSULTA UROLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA • CONSULTA ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA CIRUGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA ORTOPEDIA PEDIÁTRICA • CONSULTA DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA • CONSULTA PEDIATRÍA • Las demás subespecialidades que se requieran por orden Judicial según previa cotización y lleno de requisitos propios de la prestación del servicio	Si _x_ No__	Durante la prestación del servicio del mes de agosto la entidad brindo el servicio con el personal idóneo (profesionales titulados en Medicina General con Especialización)
2	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad, los requisitos mínimos esenciales (Cumplimiento de los estándares de habilitación según Resolución 2003 de fecha 28 de Mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social) y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto de orden Nacional como territorial.	Si _x_ No__	La entidad ha cumplido con la normatividad establecida por el Ministerio de protección social.
3	El oferente deberá prestar los servicios de acuerdo al plan integral de salud de las fuerzas militares y la Policía Nacional. Acuerdo 002 de 2001, Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial", expedido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Nota: Si se requiere un procedimiento, o servicio, adicional que no se encuentre en el Acuerdo 002 de 2001 "Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial", expedido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el médico especialista tratante deberá diligenciar el anexo número (1) uno (formato de solicitud y justificación ante el Comité Técnico Científico de procedimientos, insumos, dispositivos u otros servicios médicos que no hacen parte del plan de servicios del SSMP), realizara historia clínica justificada y generara orden de procedimiento solicitado. Documentos requeridos para solicitar autorización ante comité técnico científico - CTC.	Si _x_ No__	La entidad cumplió con lo estipulado.
4	Adoptar las políticas, estrategias y lineamientos formulados por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 - Unidad Prestadora de Salud Boyacá para la formulación y suministro de medicamentos a nuestros usuarios y beneficiarios.	Si _x_ No__	La entidad ha cumplido con las políticas y estrategias dispuestas por la RASES 1 para la formulación y suministro de medicamentos.
5	Brindar la atención a los pacientes, con la mejor calidad de atención posible mediante la aplicación de sus conocimientos profesionales, selección del cuerpo médico asociado y experiencia con la tecnología disponible.	Si _x_ No__	No se recepcionaron quejas por parte de los usuarios del SSPN frente a la atencion brindada por la red contratada.
6	El Oferente deberá cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Si _x_ No__	La entidad ha brindado el adecuado manejo y confidencialidad con las historias clínicas.
7	El oferente, debe prestar el servicio siempre y cuando el Usuario y/o Beneficiario presente la orden de servicio debidamente diligenciada y autorizada por Unidad Prestadora De Salud Boyacá, previa verificación de la afiliación de los usuarios y beneficiarios del SSMP	Si _x_ No__	Fue requerida la documentación estipulada en el contrato por parte de la entidad para la prestación del servicio.

8	Prestar según demanda en forma continua y permanente de acuerdo a lo coordinado con la oficina de referencia y contrarreferencia la Unidad Prestadora De Salud Boyacá perteneciente a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, los servicios a todos los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional	Si _x_ No__	La entidad durante el mes de la referencia brindo oportunamente los servicios contratados.
9	El oferente debe formular el nombre genérico los medicamentos que requieran los pacientes de conformidad con el vademécum de la Policía Nacional (Acuerdo No. del CSSMP 042 de 2005 o la norma que lo substituya o adicione) el cual hará parte del contrato.	Si _x_ No__	La entidad ha cumplido el vademécum de la Policía Nacional (Acuerdo No. del CSSMP 042 de 2005 o la norma que lo substituya o adicione)
10	Si se requiere un medicamento adicional que no se encuentre en el Acuerdo 052 de 2013 "Por el cual se dictan Políticas y Lineamientos para la Gestión Farmacéutica y se establece el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" expedido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el médico especialista tratante deberá diligenciar el anexo número (2) dos (formato de aprobación medicamentos por fuera del manual único de medicamentos y terapéutica del SSMP), anexando resumen de historia clínica especificando medicamentos utilizados previamente y bibliografía basada en la evidencia, y generará formula de medicamento solicitado. Documentos requeridos para solicitud de autorización ante comité técnico científico - CTC. Si se requiere un fármaco especifico y que no se encuentre dentro del vademécum SSMP, el médico especialista tratante deberá diligenciar el formato de farmacovigilancia dispuesto por el Invima. Con el fin de dar trámite a solicitud ante el comité de farmacovigilancia de SSMP. Nota: Se aclara que se debe prescribir los medicamentos en forma genérica que se encuentren incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	Si _x_ No__	La entidad ha cumplido lo estipulado.
11	El oferente deberá garantizar, en un horario mínimo de cuatro (4) horas diarias de lunes a viernes, y sábado medio día, para la atención a los Usuarios y Beneficiarios de la Unidad Prestadora De Salud Boyacá. Dicha atención deberá ser oportuna y eficiente donde se compromete a realizar la asignación de citas para especialidades, dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente.	Si _x_ No__	La entidad brindo atención en los horarios estipulados en el contrato.
12	Realizar incapacidades médicas según la directiva de la Policía Nacional 007 de 2009 en cuanto a necesidad de establecer si es incapacidad parcial o total.	Si _x_ No__	La entidad ha cumplido lo estipulado.
13	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, referencia y contra referencia de usuarios e información.	Si _x_ No__	Las líneas habilitadas por parte de la entidad para agendamiento de citas 320-8546071 y wasap 304-3616503.
14	Suministrar información estadística de conformidad con lo establecido en el decreto 3374 de 2000 (R.I.P.S) o las demás normas que la adicionen o modifiquen.	Si _x_ No__	La entidad cumplió con lo estipulado.
15	Llevar registros de atención diaria de actividades, procedimientos o intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	Si _x_ No__	Se evidencias los registros mediante Excel enviado a la supervisión del contrato
16	El CONTRATISTA, designara un funcionario quien se encargará de solucionar cualquier inconveniente o inquietud que se deriven de la prestación de los servicios del contrato que llegare a suscribirse.	Si _x_ No__	La supervisión del contrato a logrado comunicarse con la encargada de la entidad en Tunja siempre que ha sido necesario.
17	Presentar de manera mensual las facturas por los servicios prestados, lo cual en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.	Si _x_ No__	Fueron verificadas las facturas del mes de septiembre las cuales fueron radicadas dentro de los términos establecidos.
18	Atender a los Usuarios y Beneficiarios con la mayor diligencia y cuidado, cumpliendo los deberes que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	Si _x_ No__	Durante el mes de la referencia la entidad brindo un buen trato a los usuarios del SSPN mostrando ética y buenas costumbres.
19	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El oferente deberá garantizar que cuenta con instalaciones (consultorios), con las condiciones adecuadas, donde el paciente reciba un servicio de calidad, ajustado a lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001. Resolución 3100 de 2019, concordancia con la circular externa 067 de 2010	Si _x_ No__	El día 30/08/2022 se realizó visita a la sede de la Entidad en Tunja, evidenciando que cumple con el espacio adecuado para la adecuada

			prestación de los servicios.

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.

FIRMA DE SUPERVISOR

Betty Roâo Ramos Rodriguez

Subintendente. **BETTY ROCIO RAMOS RODRIGUEZ**
Supervisor contrato 81-7-20118-22