**Este formato debe ser utilizado para la presentación de informes de supervisión a contratos de bienes y servicios, interadministrativos y ordenes de compras, diferentes a los de interventoría y de obra.**

**No. GS-2023-_____-DEBOY**

Sogamoso, 08 de marzo de 2023

Señor Coronel
FREDY FERNEY PÉREZ PÉREZ
Comandante Policía Metropolitana
Tunja

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **95-7-20072-2022**

**TIPO DE INFORME**

**Periódico X FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/02/2023** | **Hasta** | **28/02/2023** |

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-2022-052482-DEBOY de 18/04/2022 el señor (a) CR, HENRY YESID BELLO CUBIDES obrando en calidad de (Comandante Policía Metropolitana de Tunja), nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor (a) Subintendente JOHN ALFONSO TORRES DUEÑAS

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: DIEZ (10)**

1. Informe de supervisión del mes abril del periodo comprendido entre el 18/04/2022 y el 30/04/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2022-079369-DEBOY del 10/05/2022

2. Informe de supervisión del mes mayo del periodo comprendido entre el 01/05/2022 y el 31/05/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2022-090418-DEBOY del 01/06/2022

3. Informe de supervisión del mes junio del periodo comprendido entre el 01/06/2022 y el 30/06/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2022-111973-DEBOY del 01/07/2022

4. Informe de supervisión del mes julio del periodo comprendido entre el 01/07/2022 y el 31/07/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2022-125889-DEBOY del 01/08/2022

5. Informe de supervisión del mes agosto del periodo comprendido entre el 01/08/2022 y el 31/08/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2022-149168-DEBOY del 09/09/2022

6. Informe de supervisión del mes septiembre del periodo comprendido entre el 01/09/2022 y el 30/09/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2022-161940-DEBOY del 01/10/2022

7. Informe de supervisión del mes octubre del periodo comprendido entre el 01/10/2022 y el 31/10/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2022-187789-DEBOY del 01/11/2022

8. Informe de supervisión del mes noviembre del periodo comprendido entre el 01/11/2022 y el 30/11/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2022-208453-DEBOY del 13/12/2022

9. Informe de supervisión del mes diciembre del periodo comprendido entre el 01/12/2022 y el 31/12/2022, presentado a través de comunicado oficial GS-2023-003723-DEBOY del 07/01/2023

10. Informe de supervisión del mes enero del periodo comprendido entre el 01/01/2023 y el 31/01/2023, presentado a través de comunicado oficial GS-2023-026103-DEBOY del 08/02/2023

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | No. 95-7-20072-2022 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | **Prestación de servicio profesionales Como fisioterapeuta para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Distrito Policía Sogamoso** |
| **Contratista** | **LUZ MARINA ACEVEDO COBOS** |
| **Representante legal** | |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $ 22.657.162 (VEINTIDÓS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO SESENTA Y DOS PESOS) |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | $ 8.059.860 (OCHO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS) |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $ 30.717.022 (TREINTA MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL VEINTIDÓS PESOS) |
| **Plazo de ejecución inicial** | **ocho (8) meses y trece (13) días** |
| **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** | **31/12/2022** |

| | |
|---|---|
| **compra (pactada inicialmente)** | |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 01/01/2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 30/03/2023 |
| **Adiciones** | Modificación 001 de 2022 Adición al contrato 95-7-20072-2022 con prorroga al plazo de ejecución 01/01/2023 al 30/03/2023 por un valor de $ 8.059.860,00 |
| **Modificatorios** | **No aplica** |
| **Prorrogas** | **No aplica** |
| **Otros** | **No aplica** |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

### 1.1 Acciones adelantadas:

- Mediante correo electrónico se recordó al profesional los tiempos establecidos en el contrato para la radicación de las cuentas de cobro en atención a la resolución 00090 del 2018 se deja constancia del acuse de recibidos de manera electrónica

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica. | Si_X_ No___ | Se realizan las valoración previas y personalizadas del paciente y se emite el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica. |
| Plantear unos objetivos terapéuticos, diseñar un plan terapéutico y realizar el tratamiento fisioterapéutico a pacientes de consulta externa y hospitalizada y visitas domiciliarias de acuerdo a la necesidad y al requerimiento que en términos generales incluye aplicación de calor húmedo, crioterapia, ultrasonido, tens, masaje, drenaje, linfático manual. | Si_X_ No___ | Se Plantean unos objetivos y un plan terapéutico para realizar el tratamiento fisioterapéutico incluyendo aplicación de calor húmedo, crioterapia, ultrasonido, tens, masaje, drenaje, linfático manual. Ejercicios terapéuticos |
| Aplicar métodos de evaluación inicial y final, la utilización de escalas de valoración funcional y test de balance articular, muscular, sensitivo, circulatorio, así con la evaluación del dolor. | Si_X_ No___ | Se Aplican métodos de evaluación inicial y final, la utilización de escalas de valoración funcional y test de balance articular, muscular, sensitivo, circulatorio, así con la evaluación del dolor. |
| Evaluar y entrenar al paciente a compensar las diferencias sensoriales preceptúales y cognoscitivas | Si_X_ No___ | Se evalúan y entrenar al paciente en las diferencias sensoriales preceptúales y cognoscitivas |
| Promueve aprendizaje de habilidades y capacidades físicas perdidas o no desarrolladas previamente por el paciente | Si_X_ No___ | Se Promueve al aprendizaje de habilidades y capacidades físicas perdidas o no desarrolladas previamente por el paciente |
| considera las necesidades, motivaciones, intereses, potenciales y recursos individuales | Si_X_ No___ | Se realiza tratamiento según las necesidades, motivaciones, intereses, potenciales y recursos individuales |

| | | |
|---|---|---|
| lograr que el paciente participe y colabore activamente con la rehabilitación | Si_X_ No___ | Se logra que el paciente participe y colabore activamente con la rehabilitación |
| educar a la familia en lograr la independencia del paciente y reducir la sobreprotección | Si_X_ No___ | Se realiza educación a la familia en lograr la independencia del paciente y reducir la sobreprotección |
| estimular el adiestramiento y la ejecución de actividades de ocupación en enfermos mentales y general en personas de la tercera edad | Si_X_ No___ | Se estimula el adiestramiento y la ejecución de actividades de ocupación en enfermos mentales y general en personas de la tercera edad por medio de plan casero |
| evaluar y entrenar en actividades del auto cuidado como verterse, comer, higiene personal y en otras actividades de la vida diaria para lograr la mayor independencia posible | Si_X_ No___ | Se evalúa y entrena al paciente en actividades del auto cuidado como vestirse, comer, higiene personal y en otras actividades de la vida diaria para lograr la mayor independencia posible |
| educar y orientar al paciente y a sus cuidadores sobre técnicas y estratégicas que permitan facilitar la adaptación de los objetos de uso cotidiano | Si_X_ No___ – | Se brinda educación y orientación al paciente y a sus cuidadores sobre técnicas y estratégicas que permitan facilitar la adaptación de los objetos de uso cotidiano |
| Dar indicaciones generales y entrenamiento a pacientes y familiares sobre cuidados óseos, prevención de escaras, postura correcta en lecho, movilización de paciente postrado, prevención de lesiones y de la fatiga física del cuidador. | Si_X_ No___ | Se brindan indicaciones generales y entrenamiento a pacientes y familiares sobre cuidados óseos, prevención de escaras, postura correcta en lecho, movilización de paciente postrado, prevención de lesiones y de la fatiga física del cuidador. |
| Realizar la implementación de un plan de tratamiento en casa, para que el paciente y su núcleo familiar continúen el proceso de rehabilitación y eviten complicaciones por falta de continuidad y cumplimiento de las indicaciones emitidas por el especialista. | Si_X_ No___ | Se Realiza la implementación de un plan de tratamiento en casa, para que el paciente y su núcleo familiar continúen el proceso de rehabilitación y eviten complicaciones por falta de continuidad y cumplimiento de las indicaciones emitidas. |
| Vigilar la conservación y el buen estado del material que se utiliza en fisioterapia, así como de los aparatos, procurando que estén en condiciones de perfecta utilización. | Si_X_ No___ | Se Vigila la conservación y el buen estado del material que se utiliza en fisioterapia, así como de los aparatos, procurando que estén en condiciones de perfecta utilización. |
| Poner en conocimiento del médico tratante cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia de los pacientes. | Si_X_ No___ | Se Pone en conocimiento del médico tratante cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia de los pacientes. |
| Trabajar en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente. | Si_X_ No___ | Se Trabaja en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente. |
| 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 Realiza el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. |
| 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 Cumple 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. |
| 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_X_ No___ | Se Aplica el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo. |

| | | |
|---|---|---|
| Portar el carnet institución que lo identifique como contratista de la unidad prestadora de salud Boyacá en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. | Si_X_ No___ | Se Porta el carnet de la institución que me identifica como contratista de la unidad prestadora de salud Boyacá en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. |
| ingreso de los usuarios al SISAP | Si_X_ No___ | Se realiza ingreso de los usuarios al SISAP |
| Ingreso y salida de insumos en el KARDEX. | Si_X_ No___ | Se realiza Ingreso y salida de insumos en el KARDEX. |
| 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 en la nacionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá | Si_X_ No___ | se da cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la en la nacionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos | Si_X_ No___ | Se reporta dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos |
| Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato, tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial | Si_X_ No___ | Se da cumplimiento a la cláusula de Confidencialidad e integridad de la información institucional: |
| Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información, confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en os campos correspondientes. b) la que no | Si_X_ No___ | Se da cumplimiento a la Cláusula de Confidencialidad |

| | | |
|---|---|---|
| sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial | | |
| Cumplimiento de la normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Lay 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional | Si_X_<br>No___ | Se da cumplimiento a la cláusula de Cumplimiento de la normatividad |
| Las demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá o el supervisor del contrato. | Si_X_<br>No___ | cumplió con las labores asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá o el supervisor del contrato. |

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) | | |
| 1. El oferente cuenta con la inscripción de los servicios médicos ofertados a través del Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de la Protección Social.<br><br>2. Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.<br><br>3. Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de Seguridad Social y Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Sena cuando a ello haya lugar, de acuerdo con los artículos 282 de la Ley 100 de 1.993, 1 de la Ley 828 de 2003, Decreto 1703 de 2002. Para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura mensual certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el representante legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo. | SI | Cumple de manera puntual con las referencias técnicas ofertadas, tiene inscritos los servicios como fisio terapeuta que oferta, y paga mensualmente las obligaciones para los distintos aportes |

**1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

No se presentaron novedades

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (313) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (30) 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 DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS $2.686.620,00 moneda legal colombiana, con abono a la siguiente cuenta:

Nombre del Beneficiario: LUZ MARINA ACEVEDO COBOS
Banco: CAJA SOCIAL
Tipo de Cuenta: cuenta de ahorros
Número de Cuenta: 24005371688

**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 | $ 30.717.022 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 28.030.402 | 91% |
| Valor total facturado | $ 25.343.782 | 83% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 5.373.240 | 17% |
| Valor pagado | $ 25.343.782 | 83% |
| Valor pendiente de entrega | $ 2.686.620 | 9% |

**a. 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 deductions** | **No. orden de pago** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 del 01/03/2023 | $ 2.686.620 | 01/02/2023 al 28/02/2023 | $ 2.686.620 | 012 | | | |

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

**5. RECOMENDACIONES**

En términos de cumplimiento al contrato se está desarrollando en la parte contractual de manera efectiva y con los topes asignados promedios, pero se están obviando las entregas de la información para radicación de cuentas en los términos establecidos

**6. CONCLUSIONES**

| | | |
|---|---|---|
| El contratista cumplió con lo establecido en | **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). |

| | | |
|---|---|---|
| las cláusulas contractuales | **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,


Subintendente **JOHN ALFONSO TORRES DUEÑAS**
Jefe Establecimiento Primario de salud Sogamoso
Supervisor Contrato No. 95-7-20072-2022
Correo electrónico: alfonso.torres1409@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3505561041

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Sogamoso, 01 de marzo del 2023 |
| 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. | 95-7-20072-2022 |
| Constancia de recibido No. | 12 |
| Contratista: | ACEVEDO COBOS LUZ MARINA |
| NIT del contratista: | 24.080.512 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FISIOTERAPEUTA |
| 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: | Vigencia 2022 por un valor de $22.657.162,00 + Modificación N. 001 por un valor de $ 8.059.860 para un Total de: $30.717.022 |
| Plazo de ejecución: | 18/04/2022 al 30/03/2023 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No Aplica |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Establecimiento De Sanidad Policía Primario Sogamoso - Unidad Prestadora de Salud Boyacá - Cra. 14 con calle 11 esquina |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | NO APLICA |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Subintendente JOHN ALFONSO TORRES DUEÑAS<br>Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud Sogamoso |
| Fecha de entrega certificada: | 01/02/2023 AL 28/02/2023 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2022 – 2023 | Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
| | UPRES BOYACA | 16 | Fisioterapeuta | $2.686.620,00 | $2.686.620,00 | $0 | $2.686.620,00 |
| Acta de recepción de bienes | No Aplica | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 01/03/2023 | $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 Fisioterapeuta de 44 horas semanales y 190 horas mensuales en el ESPRI de Sogamoso - 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. 12 correspondiente al periodo del 01 de febrero al 28 de febrero del 2023.

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 | Establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica. | Si_X_ No___ | Se realizan las valoración previas y personalizadas del paciente y se emite el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica. |
| 2 | Plantear unos objetivos terapéuticos, diseñar un plan terapéutico y realizar el tratamiento fisioterapéutico a pacientes de consulta externa y hospitalizada y visitas domiciliarias de acuerdo a la necesidad y al requerimiento que en términos generales incluye aplicación de calor húmedo, crioterapia, ultrasonido, tens, masaje, drenaje, linfático manual. | Si_X_ No___ | Se Plantean unos objetivos y un plan terapéutico para realizar el tratamiento fisioterapéutico incluyendo aplicación de calor húmedo, crioterapia, ultrasonido, tens, masaje, drenaje, linfático manual. Ejercicios terapéuticos |
| 3 | Aplicar métodos de evaluación inicial y final, la utilización de escalas de valoración funcional y test de balance articular, muscular, sensitivo, circulatorio, así con la evaluación del dolor. | Si_X_ No___ | Se Aplican métodos de evaluación inicial y final, la utilización de *escalas de* valoración funcional y test de balance articular, muscular, sensitivo, circulatorio, así con la evaluación del dolor. |
| 4 | Evaluar y entrenar al paciente a compensar las diferencias sensoriales preceptúales y cognoscitivas | Si_X_ No___ | Se evalúan y entrenar al pacientes en las diferencias sensoriales preceptúales y cognoscitivas |
| 5 | Promueve aprendizaje de habilidades y capacidades físicas perdidas o no desarrolladas previamente por el paciente | Si_X_ No___ | Se Promueve al aprendizaje de habilidades y capacidades físicas perdidas o no desarrolladas previamente por el paciente |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | considera las necesidades, motivaciones, intereses, potenciales y recursos individuales | Si_X_ No___ | Se realiza tratamiento según las necesidades, motivaciones, intereses, potenciales y recursos individuales |
| 7 | lograr que el paciente participe y colabore activamente con la rehabilitación | Si_X_ No___ | Se logra que el paciente participe y colabore activamente con la rehabilitación |
| 8 | educar a la familia en lograr la independencia del paciente y reducir la sobreprotección | Si_X_ No___ | Se realiza educación a la familia en lograr la independencia del paciente y reducir la sobreprotección |
| 9 | estimular el adiestramiento y la ejecución de actividades de ocupación en enfermos mentales y general en personas de la tercera edad | Si_X_ No___ | Se estimula el adiestramiento y la ejecución de actividades de ocupación en enfermos mentales y general en personas de la tercera edad por medio de plan casero |
| 10 | evaluar y entrenar en actividades del auto cuidado como verterse, comer, higiene personal y en otras actividades de la vida diaria para lograr la mayor independencia posible | Si_X_ No___ | Se evalúa y entrena al paciente en actividades del auto cuidado como vestirse, comer, higiene personal y en otras actividades de la vida diaria para lograr la mayor independencia posible |
| 11 | educar y orientar al paciente y a sus cuidadores sobre técnicas y estratégicas que permitan facilitar la adaptación de los objetos de uso cotidiano | Si_X_ No___ _ | Se brinda educación y orientación al paciente y a sus cuidadores sobre técnicas y estratégicas que permitan facilitar la adaptación de los objetos de uso cotidiano |
| 12 | Dar indicaciones generales y entrenamiento a pacientes y familiares sobre cuidados óseos, prevención de escaras, postura correcta en lecho, movilización de paciente postrado, prevención de lesiones y de la fatiga física del cuidador. | Si_X_ No___ | Se brindan indicaciones generales y entrenamiento a pacientes y familiares sobre cuidados óseos, prevención de escaras, postura correcta en lecho, movilización de paciente postrado, prevención de lesiones y de la fatiga física del cuidador. |
| 13 | Realizar la implementación de un plan de tratamiento en casa, para que el paciente y su núcleo familiar continúen el proceso de rehabilitación y eviten complicaciones por falta de continuidad y cumplimiento de las indicaciones emitidas por el especialista. | Si_X_ No___ | Se Realiza la implementación de un plan de tratamiento en casa, para que el paciente y su núcleo familiar continúen el proceso de rehabilitación y eviten complicaciones por falta de continuidad y cumplimiento de las indicaciones emitidas . |
| 14 | Vigilar la conservación y el buen estado del material que se utiliza en fisioterapia, así como de los aparatos, procurando que estén en condiciones de perfecta utilización. | Si_X_ No___ | Se Vigila la conservación y el buen estado del material que se utiliza en fisioterapia, así como de los aparatos, procurando que estén en condiciones de perfecta utilización. |
| 15 | Poner en conocimiento del médico tratante cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia de los pacientes. | Si_X_ No___ | Se Pone en conocimiento del médico tratante cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia de los pacientes. |
| 16 | Trabajar en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente. | Si_X_ No___ | Se Trabaja en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente. |
| 17 | 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 Realiza el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. |
| 18 | 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 Cumple 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. |
| 19 | 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_X_ No___ | Se Aplica el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo. |
| 20 | Portar el carnet institución que lo identifique como contratista de la unidad prestadora de salud Boyacá en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. | Si_X_ No___ | Se Porta el carnet de la institución que me identifica como contratista de la unidad prestadora de salud Boyacá en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21 | ingreso de los usuarios al SISAP | Si_X_ No___ | Se realiza ingreso de los usuarios al SISAP |
| 22 | Ingreso y salida de insumos en el KARDEX. | Si_X_ No___ | Se realiza Ingreso y salida de insumos en el KARDEX. |
| 23 | 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 en la nacionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá | Si_X_ No___ | me comprometo 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 en la nacionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| 24 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos | Si_X_ No___ | Me comprometo a reportar dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos |
| 25 | Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato, tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial | Si_X_ No___ | Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato, tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial |
| 26 | Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información, confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en os campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial | Si_X_ No___ | Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información, confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en os campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 27 | Cumplimiento de la normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Lay 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional | Si_X_ No___ | Cumplimiento de la normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Lay 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional |
| 28 | Las demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá o el supervisor del contrato. | Si_X_ No___ | Las demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá o el supervisor del contrato. |
| 29 | Pago aportes parafiscales vigentes | Si_X_ No___ | No. 4486143801 del 27/02/2023 |
| 30 | 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.

**SI. JOHN ALFONSO TORRES DUEÑAS**
Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud