**No. GS.2023** 040465 **DEATA/RASES 8**

Barranquilla, 25 de mayo de 2023

Señor Mayor
**GUSTAVO ADOLFO VENEGAS VELASQUEZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.8
Soledad

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No.67-7-200006-2023

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO__X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | 01/03/2023 | **Hasta** | 31/03/2023 |

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 acto administrativo No. PN SECSA DEATA MIC- 006-2023 o comunicación oficial GS-2023-015457, el señor Mayor Gustavo Adolfo Venegas Velásquez, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en salud No.8, nombró supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señora SM 106 Bibiana Álvarez

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:**

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 67-7-200006-2023 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | SUMINISTRO DE ELEMENTOS ORTESICOS SOBRE MEDIDAS Y PREFABRICADOS Y PRODUCTOS DE APOYO PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO |
| **Contratista** | **CENTRO ORTOPEDICO ALEX BARRAZA S.A.S** |

| | |
|---|---|
| **Representante legal** | **ALEX ANTONIO BARRAZA ANGUILA** |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $45.000.000 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | NA |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $45.000.000 |
| **Plazo de ejecución inicial** | 5 MESES |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 01/03/2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 29/07/2023 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | NA |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | NA |
| **Adiciones** | NA |
| **Modificatorios** | NA |
| **Prorrogas** | NA |
| **Otros** | NA |

## 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.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 1. Cumplir con el objeto contractual. | SI | |
| 2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| 3. El contratista debe cumplir con el estándar de tiempo de duración de cada sesión de las diferentes terapias. Ese estándar debe ser mínimo de cuarenta y cinco (45) minutos. | SI | |
| 4. Responder en los plazos que la Seccional establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. | SI | |
| 5. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por si o por un tercero se cause a la administración o a terceros. | SI | |
| 6. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Jefatura Seccional de Sanidad Atlántico, y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | |
| 7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. | SI | |
| 8. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. | SI | |
| **9.** Garantizar la atención oportuna y de calidad a los pacientes según la entrega de un **cronograma de sesiones requeridas por la paciente.** | SI | |
| 10. El proponente favorecido debe comprometerse a facturar los servicios dentro de los treinta (30) días siguientes a la prestación del servicio. | SI | |
| 11. Presentar mensualmente un informe estadístico en medio magnético de los RIPS (Archivos planos) sobre la atención de la | | |

| | | |
|---|---|---|
| usuaria, discriminando cada uno de los servicios prestados. | SI | |
| 12. Informar al supervisor del contrato una vez se haya ejecutado el 50% y luego el 80% del valor del mismo. | SI | |
| 13. Reportar los siguientes INDICADORES DE CALIDAD requeridos mensualmente por la oficina de Garantía de la Calidad de la Seccional: OPORTUNIDAD, SATISFACCION DEL USUARIO, y REPORTE EVENTOS ADVERSOS | SI | |
| 14. Disponer de una o varias líneas telefónicas directas y servicio de FAX para la Coordinación previa de los servicios de Referencia y Contra referencia de pacientes. Debe asignar un empleado que sirva de ENLACE con la Seccional a través del SUPERVISOR DEL CONTRATO, entregando al supervisor el nombre, cargo del empleado, teléfonos fijos o celulares, correo electrónico, a través del cual se puedan resolver las posibles dificultades administrativas o asistenciales que bien pudieran presentarse en el proceso. | SI | |
| 15. El contratista Realizar una evaluación inicial, por parte de todos los profesionales para determinar las condiciones de la paciente y organizar el plan de trabajo. | SI | |
| 16. El contratista debe llevar el registro de la asistencia y atención de la usuaria Informando mensualmente todas las novedades al supervisor del contrato. Este registro deberá estar firmado por parte del padre o acompañante del paciente. | SI | |
| 17. Elaborar un plan de trabajo, través del cual se monitoree el seguimiento y evaluación. El plan de trabajo debe presentarse mensualmente y además debe entregarse a la supervisora del contrato y a los padres de la menor un informe conteniendo de los avances o dificultades en cada caso. | SI | |
| 18. El contratista debe garantizar el servicio de transporte propio al paciente tanto en el trayecto de ida al centro y regreso a la residencia del paciente. | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| 19. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas | SI | |
| 20. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | |
| 21. Atender a la usuaria con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas 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 | |
| 22. En las complicaciones imputables al prestador del servicio, estas no serán reconocidas ya que corren por cuenta de este. | SI | |
| 23. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias. | SI | |
| 24. Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante. | SI | |
| 25. Deben contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos) | | |
| 26. El contratista debe designar funcionario, e informar teléfono, correo electrónico, ubicación física en la IPS, que permita a la usuaria y a las personas que delegue la Seccional Sanidad Atlántico, realizar contacto con la IPS con el fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato, incluyendo problemas relacionados con la oportunidad o con la autorización de servicios, códigos o tarifas. | SI | |
| 27. Permitir al Auditor de garantía de la calidad de la Seccional Sanidad Atlántico, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud; así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual. | SI | |
| 28. El contratista deberá garantizar, la atención y seguimiento a la usuaria víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por las normas del ministerio y Secretaría de Salud. | SI | |
| 29. **INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA SECCIONAL SANIDAD ATLANTICO DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. | SI | |
| 30. El contratista deberá coordinar las fechas de entrega de facturación con el Supervisor del contrato, para efectos de expedición del Recibido A Satisfacción, ya que las facturas con sus respectivos RAS, deberán ser radicadas en la Ventanilla única de cuentas de la Seccional Sanidad Atlántico los primeros cinco días del mes. | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| 31. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago | SI | |
| 32. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco primeros días de cada mes, en la Oficina de Central de Cuentas de la Seccional Sanidad Atlántico ubicada en el primer piso de la clínica de la Policía Regional del Caribe, con el fin de garantizar el pago de dicha factura el mes siguiente de prestada, acompañada de la siguiente información: Recibido a satisfacción RAS expedido por el supervisor del contrato (Jefe de Referencia y Contrarreferencia) Fecha de prestación del servicio. Relación de la usuaria atendida con número de documento de identificación y procedimientos realizados de acuerdo con el objeto de los términos de referencia (Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes Número del contrato contra el cual se facturan los servicios. | SI<br>SI | |
| 33. El contratista deberá reportar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Sanidad Policial, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio. | SI | |
| 34. Realizar los diagnósticos y tratamientos acordes a los protocolos y guías de manejo establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional. | SI | |
| 35. el contratista deberá expedir paz y salvo al momento de terminación de la ejecución del contrato en el cual conste, la no existencia de facturación pendiente por radicar en la seccional sanidad Atlántico y que se encuentra apto para la liquidación del contrato). | SI<br>SI | |

| | | |
|---|---|---|
| 36. certificación mensual de no tener facturas pendientes con los servicios del mes. | | |
| 37. Una vez inicie el contrato la empresa debe presentar a la supervisora del contrato el plan de trabajo mensual de las actividades o tratamientos de rehabilitación a realizar con los beneficiarios. | SI | |
| 38. Se requiere que el servicio se preste en el municipio de Sabanalarga, con criterios de oportunidad, continuidad, accesibilidad, seguridad, eficacia, eficiencia y pertinencia. | SI | |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** | | |
| . | | . |
| **CONDICIONES TECNICAS MINIMAS** | | |
| **GRUPO 1 - ELEMENTOS PARA COLUMNA VERTEBRAL SOBRE MEDIDAS** | | |
| C.T.L.S.O. Ortesis Cérvico Toraco Lumbo Sacro. Barras en duro aluminio y acero | SI | |
| T.L.S.O. Ortesis Toraco Lumbosacra. Barras en duro aluminio y acero. | | |
| L.S.O. Ortesis Lumbo Sacro. Barras en aluminio | | |
| L.S.O. Ortesis Lumbo Sacro. Con extensión a muslo | | |
| CORSET TIPO SOMI NACIONAL en Polipropileno | | |
| CORSET TIPO JEWETH NACIONAL. Polipropileno y fomi | | |
| CORSET TIPO MILWAUKEE | | |
| CORSE TIPO MINERVA | | |
| CORESE TIPO MINERVA SOMI IMPORTADO | | |
| CORSE KNIGHT | | |
| **GRUPO 2 - ELEMENTOS PARA COLUMNA VERTEBRAL PREFABRICADOS** | | |
| COLLAR DE THOMAS SEMIRRIGIDO, TALLAS S,M Y L espuma densidad media | | |
| COLLAR DE THOMAS BLANDO, TALLAS S,M Y L L espuma densidad media | | |
| COLLAR DE PHILADELFIA TALLAS S,M Y L plastorote y velcro | SI | |
| FAJA LUMBOSACRA EN ELASTICO TALLAS S,M Y L Y/O CAMPS | | |
| SOPORTE DE ESPALDA EN ELÁSTICO, TRANSPIRABLE Y/O ESPALDERA | | |
| COSTILLERO ELABORADO EN LONA Y CIERRE EN VELCRO | | |
| CORRECTOR DE POSTURA TALLAS S,M Y Laminado en poliéster y reata | | |
| **GRUPO 3 - ELEMENTOS PARA MIEMBRO SUPERIOR SOBRE MEDIDAS** | | |
| DE MANO POSICION FUNCIONAL, ANTIESPASTICA EN POLIETILENO. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | FÉRULA DE INMOVILIZACION PARA MUÑECA Y ANTEBRAZO neopreno de 4 mm velcro | | |
| | FÉRULA DINAMICA PARA LESION DE NERVIO PERIFERICO aluminio y fomi | | |
| | FÉRULA DINÁMICA PARA FLEXIÓN DE DEDOS. | | |
| | FÉRULA DINÁMICA PARA EXTENSIÓN DE DEDOS | | |
| | FÉRULA CANALETA PARA DEDOS Y ANILLOS ANTIDEFORMANTES EN POLIETILENO | | |
| | FÉRULA PARA DEDO TIPO ZIMMER | SI | |
| | FÉRULA DE JOINT JACK | | |
| | FERULA EN NEOPRENE PARA TENOSINOVITIS, TENDINITIS,ESTABILIZADORA.Y/O Q | | |
| | BRACE TIPO SARMIENTO CON ARTICULACIÓN DE CODO en polipropileno y velcro | | |
| | BRACE TIPO SARMIENTO PARA HÚMERO CON MOLDE en polipropileno y velcro | | |
| | BRACE TUBULAR PARA FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO en polipropileno y velero | | |
| | **GRUPO 4 - ELEMENTOS PARA MIEMBRO SUPERIOR PREFABRICADOS** | | |
| 1 | ÓRTESIS ABDUCCIÓN DE HOMBRO TIPO AVIÓN en espuma de alta densidad | | |
| 2 | INMOVILIZADOR DE HOMBRO UNIVERSAL ADULTO. Tela acolchada reata y v | | |
| 3 | INMOVILIZADOR DE HOMBRO UNIVERSAL JUNIOR. Tela acolchada reata y ve | | |
| 4 | INMOVILIZADOR DE MUÑECA EN ELASTICO CON FÉRULA, TALLAS S,M,L Y | SI | |
| 5 | INMOVILIZADOR DE MUÑECA EN NEOPRENE CON FÉRULA, TALLAS S,M ELASTICO PARA MUÑECA | | |
| 6 | SOPORTE DE CODO PARA EPICONDILITIS EN ELASTICO neoprene y velcro | | |
| 7 | SOPORTE DE CODO PARA EPICONDILITIS EN NEOPRENE y velcro | | |
| 8 | SOPORTE PARA MUÑECA EN NEOPRENE – MUÑEQUERA neoprene y velcro | | |
| 9 | RODILLO DE BOBATH espuma alta densidad y tela acolchada | | |
| | **GRUPO 5 - ELEMENTOS PARA MIEMBRO INFERIOR SOBRE MEDIDAS** | | |
| 1 | ORTESIS H KAFO ADULTO CON BARRAS EN DUROALUMINIO Y ARTICULAC | | |
| 2 | ORTESIS KAFO ADULTO CON ARTICULACION DE RODLLA Y TOBILLO. BARF Y ARTICULACIÓN EN ACERO | | |
| 3 | ORTESIS KAFO BILATERAL CON BANDA PELVICA. BARRAS EN DUROALU EN ACERO. | | |
| 4 | ORTESIS KAFO SIN ARTICULACION. BARRAS EN DUROALUMINIO. | | |
| 5 | ORTESIS AFO ADULTO neoprene y velcro | | |
| 6 | ORTESIS AFO CON ARTICULACION DE TOBILLO FLEXIBLE DE ALTA RESIST | | |
| 7 | ORTESIS H KAFO PEDIATRICA. BARRAS EN DUROALUMINIO Y ARTICULAC | | |
| 8 | ORTESIS KAFO PEDIATRICA. BARRAS EN DUROALUMINIO Y ARTICULACIO | SI | |
| 9 | ORTESIS KAFO PEDIATRICA SIN ARTICULACIÓN. BARRAS EN DUROALUMI | | |
| 10 | ORTESIS AFO PEDIATRICA | | |
| 11 | ORTESIS AFO PEDIÁTRICA CON ARTICULACIÓN DE TOBILLO FLEXIBLE DE | | |
| 12 | ORTESIS ANTIGENUVALGO O ANTOGENUVARO | | |
| 13 | ORTESIS TWISTER CON CONECTORES PARA AFO platina aluminio,cable de | | |
| 14 | ORTESIS DE DENNIS BRAUWN CON ARTICULACIÓN GRADUABLE PARA RO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 | ORTESIS ABDUCCION DE CADERA ADULTO en aluminio y cuero | | |
| 16 | APARATO DE MARCHA RECIPROCA en polipropileno aluminio y cuero | | |
| 17 | APARATO DE PERTHES en cuero y aluminio | | |
| 18 | BRACE TIPO SARMIENTO PARA FEMUR CON MOLDE en polipropileno y velcr | | |
| 19 | BRACE TIPO SARMIENTO PARA TIBIA MOLDE en polipropileno y velcro | | |
| 20 | BRACE DE RODILLA CON ARTICULACION LIBRE O DE BLOQUEO Y/O INMO neoprene ,aluminio y velcro | | |
| 21 | BRACE PATELAR neoprene y velcro | | |
| 22 | FERULA DE MILGRAM | | |
| 23 | FERULA DE MILGRAM ARTICULADA | | |
| 24 | FERULA DE CRAIG | | |
| 25 | PLANTILLA PARA PIE ANESTÉSICO, DIABÉTICO BAJO ESTRICTO MOLDE e | | |
| 26 | PLANTILLA EN PLASTAZOTE BAJO ESTRICTO MOLDE SEGÚN ORDEN MÉD | | |
| 27 | PLANTILLAS U.C.B.L CON MOLDE en polipropileno | | |
| 28 | PLANTILLAS U.C.B.L ESTANDAR PARA PIE PLANO, FLEXIBLES | | |
| 29 | PLANTILLA EN CUERO Y CORCHO - ALMOHADILLA ESCAFOIDEA - REALCE ARCO LONGITUDINAL, APOYO METATARSIANO, APOYO ESPOLÓN METATARSIANO, SEGÚN ÓRDEN MÉDICA | | |
| 30 | PARAPODIUM | | |
| | **GRUPO 6 - ELEMENTOS PARA MIEMBRO INFERIOR PREFABRICADO** | | |
| 1 | PLANTILLA LARGA EN SILICONA DE ALTO IMPACTO, ALTA VISCOCIDAD, LAF ORDEN MÉDICA - ARCO LONGITUDINAL, APOYO METATARCIANO, APOYO BOTÓN METATARSIANO | | |
| 2 | PLANTILLA 3/4 A NIVEL METATARSIANO EN SILICONA DE ALTO IMPACT LARGA DURACIÓN, SEGÚN ORDEN MÉDICA - ARCO LONGITUDINAL, A APOYO ESPOLÓN CALCANEO, BOTON METATARSIANO | SI | |
| 3 | PLANTILLA TALONERA EN SILICONA DE ALTO IMPACTO, ALTA VISCOCID SEGÚN ÓRDEN MÉDICA | | |
| 4 | TALONERA TULLIS ALTO IMPACTO en polietileno | | |
| 5 | TALONERA TULLIS BAJO IMPACTO en polietileno | | |
| 6 | TALONERA VISCOLASTICA PARA ESPOLON CALCANEO | | |
| 7 | ALMOHADILLA DE ABDUCCION | | |
| 8 | ALMOHADILLA DE FREIDJKA | | |
| 9 | ARNES DE PAVLICK | | |
| 10 | RING PARA COXIS | | |
| 11 | CORRECTOR DE JUANETE EN NEOPRENE – UNIDAD | | |
| 12 | CORRECTOR DE JUANETE EN JERSILON ACOLCHADO - UNIDAD | | |
| 13 | PROTECTOR DE JUANETE ANILLO. COJIN DE GEL CON CUBIERTA EN ESPU | | |
| 14 | SOPORTE PARA MUSLO EN NEOPRENE TALLAS S,M Y L | | |
| 15 | SOPORTE PARA RODILLA EN NEOPRENE CON CENTRADOR DE RÓTULA Y | | |
| 16 | SOPORTE PARA RODILLA EN NEOPRENE CON CENTRADOR DE RÓTUL BLOQUEO | SI | |
| 17 | SOPORTE PARA RODILLA EN NEOPRENE CON CENTRADOR ROTULA Y BA | | |
| 18 | SOPORTE PARA RODILLA EN NEOPRENE CON CENTRADOR DE RÓTULA T RODILLERA ROTULA ABIERTA | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19 | | SOPORTE PARA RODILLA EN ELÁSTICO TALLAS S, M Y L | | |
| 20 | | SOPORTE PARA TOBILLO EN NEOPRENE TALLAS S, M, L Y XL | | |
| 21 | | SOPORTE PARA TOBILLO TIPO "8" EN NEOPRENE TALLAS S, M Y L | | |
| 22 | | SOPORTE PARA TOBILLO EN ELASTICO TALLAS S, M ,L Y XL | | |
| 23 | | SOPORTE PARA HERNIA BILATERAL / BRAGUERO | | |
| 24 | | MEDIA ANTIEMBÓLICA CADERA | | |
| 25 | | MEDIA ANTIEMBÓLICA MUSLO | | |
| 26 | | MEDIA ANTIEMBOLICA RODILLA | | |
| 27 | | ZAPATO PARA YESO TALLAS S, M Y L | | |
| | | **GRUPO 7 - CALZADO ORTOPÉDICO** | | |
| 1 | | CALZADO ORTOPÉDICO NÚMEROS 18 AL 29 | | |
| 2 | | CALZADO ORTOPÉDICO NÚMEROS 30 AL 34 | | |
| 3 | | CALZADO ORTOPÉDICO NÚMEROS 35 AL 43 | | |
| 4 | | CALZADO ORTOPÉDICO PARA PIE ANESTÉSICO ADULTO | | |
| 5 | | REALCE POR CENTIMETRO ADICIONAL | | |
| 6 | | TACONES THORQUEL PAR | SI | |
| | | **GRUPO 8 - ADITAMENTOS FUNCIONALES** | | |
| 1 | | CALZADORES | | |
| 2 | | ADAPTADOR PARA CUCHARA | | |
| 3 | | ADAPTADOR PARA LAPIZ-ESFERO | | |
| 4 | | ADAPTADOR CEPILLO PEINARSE | | |
| 5 | | ADAPTADOR PARA VASO | SI | |
| 6 | | ADAPTADOR PARA TELEFONO | | |
| 7 | | ADAPTADOR PARA CEPILLO DENTAL | | |
| 8 | | ADAPTADOR PARA MAQUINA DE AFEITAR | | |
| 9 | | ASIENTO FUNCIONAL PARA SOPORTE SILLA DE RUEDAS PEDIÁTRICO MEDIDAS | | |
| | | **GRUPO 9 – PRODUCTOS DE APOYO** | | |
| 1 | | BASTON TRIPODE | | |
| 2 | | BASTON CUATRO PUNTOS | | |
| 3 | | BASTON TIPO PARAGUA | | |
| 4 | | BASTON PARA INVIDENTE | | |
| 5 | | CAMINADOR EN ALUMINIO NACIONAL PLEGABLE ADULTO | | |
| 6 | | CAMINADOR EN ALUMINIO NACIONAL PLEGABLE NIÑO | | |
| 7 | | CAMINADOR EN ALUMINIO FIJO | | |
| 8 | | CAMINADOR PLEGABLE CON RUEDAS DELANTERAS | | |
| 9 | | BASTON CANADIENSE | | |
| 10 | | MULETAS EN ALUMINIO ADULTO | SI | |
| 11 | | MULETAS EN ALUMINIO NIÑO | | |
| 12 | | COJIN ATIESCARA | | |
| 13 | | COLCHONETA ANTIESCARA | | |
| 14 | | SILLA DE RUEDAS ESTANDAR | | |
| | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | **GARANTÍA MÍNIMA.**<br>El oferente deberá ofrecer una garantía **mínima de 6 meses** sobre defectos de fabricación de los elementos ofertados. | SI | |
| 2 | **RECURSO HUMANO**<br><br>**Personal Profesional y Técnico**: El oferente para la conceptualización científica de la terminación de los elementos o entrenamiento terapéutico con el elemento deberá contar con profesionales en las siguientes áreas:<br><br>**GRUPO** / **PROFESION** / **No. PROFESIONALES**<br>GRUPOS 1, 3, 5, 7, 8 / Técnico Ortesista certificado / 1<br><br>El Recurso Humano debe contar con mínimo dos (2) año de experiencia.<br><br>Para la verificación de este criterio se deberá diligenciar la totalidad del **Anexo No. 4 Idoneidad del recurso humano.** En el cual deberá anexar las certifi caciones de experiencia e idoneidad del personal ofertado. | SI | |
| 3 | **INSTALACIONES**<br><br>El oferente deberá contar con una capacidad instalada con las siguientes condici<br><br>**GRUPO** / **ZONA**<br>GRUPOS 1, 3, 5, 7, 8 / - Área para toma de moldes<br>- Taller para elaboración de los elementos ortésicos.<br>GRUPOS 2, 4, 6, 8 / - Área para el almacenamiento de los elementos.<br><br>El comité Técnico verificará este requisito mediante visita a las instalaciones del oferente | SI | |

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

NO HAY NOVEDADES

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido () días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando () días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

**4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

El pago se realizará en moneda legal colombiana, en forma dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la aprobación de la garantía única y la radicación de la factura de suministro de elementos ortesicos, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el supervisor del contrato, con los documentos

requeridos por la Dirección Administrativa y Financiera de acuerdo con el derecho al turno y la programación del plan anual de caja (PAC).
**PARAGRAFO TERCERO**: Los pagos se harán a la siguiente cuenta:
**NOMBRE BENEFICIARIO**: CENTRO ORTOPEDICO ALEX BARRAZA S.A.S
**BANCO**: BANCO CAJA SOCIAL
**TIPO DE CUENTA**: CUENTA CORRIENTE
**NUMERO DE CUENTA**: 21003760810
**OFICINA**: BARRANQUILLA

**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 | $45.000.000,00 | - |
| Valor total de las entregas | $6.931.162.00 | 15.40% |
| Valor total facturado | $6.931.162.00 | 15.40% |
| Valor facturado pendiente de pago | ,00 | % |
| Valor pagado | ,00 | % |
| Valor pendiente de entrega | $38.068.838.00 | 84.59% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19/04/2023 | $6.931.162 | 19/04/2023 | $6.931.162 | FBE 1846 | $6.931.162 | $0 | consultar SECOP II o Tesorería unidad |

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

***5.*** **RECOMENDACIONES**
***El contrato se ha tenido una buena ejecución sin ningún tipo de novedades*.**

**6. 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 soporte (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. |

SM-106
**Ruth Bibiana Álvarez Clopatofsky**
Fisioterapeuta ESPCO Clínica DEATA
Teléfonos: +57 (300) 624-2772
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
**POLICÍA NACIONAL**
Dirección de Sanidad



El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, son únicamente para el uso del destinatario y pueden contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseñín ación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto la información contenido, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma, es ilegal.


Supervisor Contrato u orden de Compra No. FBE 1846 03/04/2023
Correo electrónico:bibia.alvarez@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3006242772