**No. GS -2023** 041976 **DEATA-RASES 8**

Barranquilla, 31 de mayo de 2023

Señor mayor
**GUSTAVO ADOLFO VENEGAS VELASQUEZ**
Jefe Regional de Aseguramiento No.8
Soledad

**ASUNTO:** Informe de Supervisión del contrato No.67-7-200072-2023

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO__X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | 24/04/2023 | **Hasta** | 30/04/2023 |

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 RASES No.8 CDO 007-2021, el señor Teniente Coronel Carlos Enrique Sánchez Florez, 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.** | 67-7-200072-2023 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | PRESTAR SERVICIOS DE REHABILITACIÓN A LOS USUARIOS CON PATOLOGIA CONSIDERADO COMO TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA Y/O NEURODESARROLLO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y/O NEURODESARROLLO DEL MINISTERIO DE SALUD, PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL |

| | |
|---|---|
| | SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL, AUTORIZADOS POR LOS FALLOS DE TUTELAS EN EL MUNICIPIO DE SABANALARGA |
| **Contratista** | **CENTRO REHABILITACION INTEGRAL DE SABANALARGA "CERIS"** |
| **Representante legal** | **NEILA DEL CARMEN AHUMADA NAVARRO** |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | $90.000.000 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | NA |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | NA |
| **Plazo de ejecución inicial** | 2 MESES |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 24/04/2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 30/06/2023 |
| **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.** Atender a la usuaria con respeto sin ningún tipo de discriminación con relación a los pacientes particulares, aclarando sus dudas, | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| y suministrándole la información concerniente al tipo de estudio a realizar | SI | |
| 11. El proponente favorecido debe comprometerse a facturar los servicios dentro de los treinta (30) días siguientes a la prestación del servicio. | SI | |
| 12. 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 | |
| 13. Informar al supervisor del contrato una vez se haya ejecutado el 50% y luego el 80% del valor del mismo. | | |
| 14. 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 | |
| 15. 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<br>SI | |
| 16. 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. | | |
| 17. 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<br>SI | |

| | | |
|---|---|---|
| 18. 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 | |
| 19. 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 | |
| 20. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas | | |
| 21. 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 | |
| 22. 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<br>SI | |
| 23. En las complicaciones imputables al prestador del servicio, estas no serán reconocidas ya que corren por cuenta de este. | SI | |
| 24. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias. | | |
| 25. 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 | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | | |
| 26. 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 Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos) | SI | |
| 27. 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 | |
| 28. 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 | |
| 29. 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 | |
| 30. **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 | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. | | |
| 31. 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 | |
| 32. 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<br>SI | |
| 33. 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 | |
| 34. 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<br>SI | |
| 35. Realizar los diagnósticos y tratamientos acordes a los protocolos y guías de manejo | | |

| | | |
|---|---|---|
| establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional. | SI | |
| 36. el contratista deberá expedir <u>paz y salvo</u> 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 | |
| 37. certificación mensual de no tener facturas pendientes con los servicios del mes. | SI | |
| 38. 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 | |
| 39. Se requiere que el servicio se preste en el municipio de Sabanalarga, con criterios de oportunidad, continuidad, accesibilidad, seguridad, eficacia, eficiencia y pertinencia. | | |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** | | |
| El oferente garantiza que desarrollará el siguiente programa: PRESTAR SERVICIOS DE REHABILITACIÓN A LOS USUARIOS CON PATOLOGIAS CONSIDERADO COMO TRANSTORNO DE DE ESPECTRO AUTISTA Y/O NEURODESARROLLO, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y/O NEURODESARROLLO DEL MINISTERIO DE SALUD,PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS EN EL ACUERDO No.002 DE ABRIL DE 2001POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELAS EN EL MUNICIPIO DE SABANALARGA<br>El programa debe incluir:<br><br>a. Evaluación Interdisciplinaria Institucional, Revaloración y seguimiento.<br>b. Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular.<br>c. Sesiones individuales y/o grupales con participación de los diferentes profesionales: PROFESIONAL DE LA SALUD CON FORMACIÓN EN ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, TERAPEUTA DE LENGUAJE PSICOLOGIA, ASI COMO ATENCION POR FISIOTERAPIA | SI | . |

| | | |
|---|---|---|
| (SEGÚN LO ESTABLEZCA POR ESCRITO DENTRO DEL PLAN DE TRABAJO)<br>d. Talleres para el desarrollo de habilidades en expresiones artísticas y lúdicas, según su grado de autonomía.<br>e. Manejo y orientación a padres de familia, con el fin de brindar herramientas de empoderamiento, mínimo dos (02) durante la ejecución del contrato. Se deberá entregar un acta por cada actividad realizada con anexos fotográficos y firmas de asistencia al Establecimiento de Salud Policial Complementario.<br>f. Servicio de Transporte para el Usuario y su Acompañante. (DEL LUGAR DE RESIDENCIA AL CENTRO INTEGRAL (PUERTA A PUERTA)<br>**CONDICIONES ESPECIFICAS** | SI | |
| 2.1. El oferente realizará una valoración inicial al usuario (de acuerdo al valor que maneje la entidad en relación al precio del mercado), con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar las cuales deben ser explicadas a los padres de cada usuario de forma individual y así mismo quedando estipuladas por medio de actas.<br>2.2. El oferente prestará el servicio a la usuaria de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la carta de autorización firmada por el Supervisor del Contrato.<br>2.3. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento.<br>2.4. El Oferente deberá comunicar el Plan de Tratamiento al grupo familiar, con el fin de lograr el compromiso de participación activa y permanente por parte del mismo.<br>2.5. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario.<br>2.6. Al finalizar el contrato, el Oferente deberá realizar una evaluación de cierre del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación.<br>2.7. El Oferente permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato<br>2.8. El Oferente se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos.<br>2.9. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.<br>2.10. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, | SI<br>SI<br>SI<br>SI<br>SI | |

| | | |
|---|---|---|
| el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.<br>2.11. El oferente deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.<br>2.12. El Oferente deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.<br>2.13. El oferente deberá responder por los eventos adversos que surjan en desarrollo de la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos.<br>2.14. Contar con el programa de seguridad del paciente en cumplimiento a la política de seguridad del paciente manejado por el ministerio de salud.<br>2.15. El oferente deberá prever las quejas de los usuarios y si se llegases a presentar recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.<br>2.16. El oferente informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre y del usuario que presenta la inasistencia.<br>2.17. El Oferente brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.<br>2.18. el oferente se compromete a cumplir con lo estipulado en el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista, y aquellos con Trastorno de Conducta, Síndrome de Down, Retardos mentales que en su mayoría son intervenidos bajo Enfoque Terapéutico A.B.A y otros métodos de intervención conductual y otros usuarios con Parálisis Cerebral y Otros trastornos Generalizados.<br>**TALENTO HUMANO**<br><br>Con el fin de garantizar la idoneidad del personal técnico y profesional que realizará las terapias, el proponente deberá ofertar como mínimo el siguiente talento humano, así como entrenamiento supervisado y certificado de mínimo 1000 horas en este tipo de terapias) experiencia mínima de dos (2) años de experiencia profesional, así:<br><br>➢ DOS (02) PROFESIONALES DE LA SALUD CON FORMACIÓN EN ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO,<br>➢ DOS (02) TERAPEUTAS OCUPACIONALES<br>➢ DOS (02) TERAPEUTAS DE LENGUAJE<br>➢ DOS (02) FISIOTERAPEUTAS<br>➢ DOS (02) PSICOLOGIA<br>➢ UNA (01) TRABAJADORA SOCIAL<br><br>Para verificar el cumplimiento de estos requerimientos del talento humano descrito, el proponente debe anexar por cada empleado el diligenciamiento del formato **Anexo No 7** Idoneidad del Talento Humano, firmado por el representante legal de la entidad proponente, | SI<br><br>SI<br><br>SI<br><br>SI<br><br>SI | |

| | | |
|---|---|---|
| además de los soportes que acrediten la formación académica profesional exigida y certificación que acredite la experiencia profesional con las horas de entrenamiento mínima exigida. Para dichos profesionales el oferente se comprometerá a vincular Laboralmente los funcionarios ofertados una vez se le hayan adjudicado el contrato.<br><br>El servicio de transporte deberá contar con un auxiliar de transporte en todos los recorridos realizadas con nuestros usuarios | SI | |
| **INSTALACIONES:** El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con una única sede que cuente con las siguientes áreas:<br><br>1. Áreas terapéuticas para trabajo grupal<br>2. Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual<br>3. Zonas verdes, salón o patio para actividades recreativas<br>4. Baños independientes para hombres y mujeres. Los baños para personas en situación de discapacidad para hombres y mujeres, los cuales deben contar con adaptaciones y rampas de acceso en caso de requerirlas<br>5. Las instalaciones deben tener buena iluminación y ventilación.<br>6. La sede donde se ejecuta el contrato debe tener buena accesibilidad para personas en condición de discapacidad.<br>7. Las instalaciones deberán cumplir con los requisitos fijados para prestar el servicio por el sistema obligatorio de garantía de la calidad de acuerdo a la resolución 2003 del 2014 y de acuerdo a la normatividad vigente.<br>8. Las instalaciones eléctricas deben estar en buenas condiciones con sus protectores para descargas eléctricas.<br>9. Las instalaciones deben cumplir lo establecido de acuerdo a la normatividad vigente al momento de dar inicio el contrato.<br>**10.** Con el fin de brindar comodidad y oportunidad a nuestros usuarios, el oferente debe ofertar todos los servicios requeridos en una misma sede, en la cual debe estar ubicado el centro de rehabilitación integral de Sabanalarga CERIS. | SI | |
| **PORTAFOLIO DE SERVICIOS OFERTADOS**<br><br>5.1. El proponente debe ofertar como mínimo dentro del paquete de terapias lo que se describe a continuación:<br><br>**HABILITACION** vigente en el Registro especial de prestadores de servicios de salud, esta habilitación debe estar registrada en el REPS de la página del Ministerio de Salud. Códigos<br><br>• PSICÓLOGIA CLÍNICA, (CODIGO PRESTADOR 344)<br>• TERAPIA OCUPACIONAL, (CODIGO PRESTADOR 728)<br>• TERAPIA DEL LENGUAJE, (CODIGO PRESTADOR 740)<br>• FISIOTERAPIA (CÓDIGO PRESTADOR 739)<br>• TRABAJADORA SOCIAL<br><br>5.2. Los cuales deben estar debidamente habilitados por la autoridad de salud competente de la jurisdicción; adicionalmente deben ofertar los siguientes servicios: | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| • ATENCION POR PROFESIONALES DE LA SALUD CON FORMACIÓN EN ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO, COMO:<br>• EDUCACIÓN ESPECIAL<br>• NEUROPSICOLOGÍA | SI | |
| Para el servicio de **Transporte** el proponente CERTIFICARA con firma del representante legal, cumplir con lo siguiente: contar como mínimo tres vehículos con capacidad no inferior a seis personas. Este servicio podrá ser ofertado, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 431 del 14 de Marzo del 2017 el cual modifico y adiciono el capítulo 6 del título 1 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1079 del 2015, en relación a la prestación del servicio público de transporte terrestre automotor especial, y se dictan otras disposiciones. Deben garantizar el trasporte de los pacientes y su acompañante desde su vivienda al instituto donde se va a realizar el tratamiento terapéutico y así mismo al finalizar el ciclo de terapias deben regresarlos a sus viviendas las cuales abarca la ciudad de Barranquilla dentro del área metropolitana y fuera del área metropolitana, igualmente es necesario tener en cuenta que algunos niños llevan un coche neurológico especial, por su propia condición de discapacidad física. El servicio de transporte deberá contar con un auxiliar de transporte en todos los recorridos realizados con nuestros usuarios. | SI | |
| **Lo anterior será objeto de verificación en VISITA TECNICA** | | |
| El Oferente deberá cumplir con las normas universales de **Bioseguridad**, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, así como con la normatividad vigente para el manejo de desechos comunes sólidos, así como de desechos intrahospitalarios sólidos y líquidos de acuerdo a la normatividad establecida para tal efecto por el ministerio de salud y el ministerio del medio ambiente. | SI | |
| **Lo anterior será objeto de verificación en VISITA TECNICA** | | |
| El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” y la Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo | | |
| Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración “Moderadamente Aceptable” (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | SI | |
| Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la emp Formulario de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional Referencia: compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es “PRESTAR SERVICIOS DE REHABILITACIÓN A LOS USUARIOS CON PATOLOGIA CONSIDERADO COMO | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA Y/O NEURODESARROLLO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y/O NEURODESARROLLO DEL MINISTERIO DE SALUD, PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS EN EL ACUERDO No. 002 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL, AUTORIZADOS POR FALLOS TUTELA EN EL MUNICIPIO DE SABANALARGA ". El (los) suscrito (s) a saber (nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente) domiciliado en (domicilio de la persona firmante), identificado con (documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición), quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta (n) su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: Certifico que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados, que tiene implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a los establecido en título 4, capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo", así mismo, que cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de resa (según modelo).<br>acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo. Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad Institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada. NOMBRE DEL OFERENTE _____<br>NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE _____ DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Cédula de ciudadanía o NIT) _____ DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____ | SI<br><br>SI<br><br>si | |

**a. 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:**

La Regional de Aseguramiento de salud No.8 efectuara el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando el CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la Regional de aseguramiento en salud No.8 para efectuar el pago .Estos documentos soportes de la facturacion, deberán ser acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme a los cupos de pac autorizados por la Direccion del Tesoro Nacional y de acuerdo al derecho de turno señalado en el articulo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete la Regional de aseguramiento de Salud No8 seran cancelados dentro de los sesenta(60) días calendario siguiente a aquel en que hay sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Direccion de Sanidad.

**PARAGRAFO TERCERO**: Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

**NOMBRE BENEFICIARIO**: CENTRO REHABILITACION INTEGRAL SABANALARGA “CERIS”
**BANCO**: BANCOLOMBIA
**TIPO DE CUENTA**: CUENTA CORRIENTE
**NUMERO DE CUENTA**: 401.078994-96
**OFICINA**: SABANALARGA

**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 | $90.000.000,00 | - |
| Valor total de las entregas | $3.854.968,00 | 4.28% |
| Valor total facturado | $3.854.968,00 | 4.28% |
| Valor facturado pendiente de pago | 0 | 0% |
| Valor pagado | ,00 | 0% |
| Valor pendiente de entrega | $86.145.032,00 | 95.71% |

**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** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26/05/2023 | $3.854.968 | 06/03/2023 | $3.854.968 | FE4383<br>FE4384<br>FE4386<br>FE4387 | $826.656<br>$826.656<br>$1.375.000<br>$826.656 | 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, diseñinación 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 04/05/2023
Correo electrónico:bibia.alvarez@correo.policia.gov.co
No. Celular:3006242772