**No.** GS-2023-003056-DEATA **DEATA**

Soledad, 11 de enero de 2023

Teniente coronel **CARLOS ENRIQUE SANCHEZ FLOREZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 8

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 67-7-200218-2022

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X__ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/11/2022** | **Hasta** | **30/11/2021** |

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 de GS-2022-061227-DEATA de fecha 29/08/2022, el señor Teniente Coronel CARLOS ENRIQUE SÁNCHEZ FLÓREZ, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 8, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora Teniente ERIKA T CALDERÓN LÓPEZ.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 02**
- GS-2022-074950-DEATA Informe de supervisión Agosto
- GS-2022-074957-DEATA Informe de Supervisión Septiembre
- GS-2023-002959-DEATA Informe de Supervisión Octubre

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 67-7-200218-2022 |
| **Objeto del Contrato /** | "SERVICIOS DE AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PARA TRASLADO DE |

| | |
|---|---|
| **instrumento de agregación de la orden de compra** | LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8. QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y TALENTO HUMANO REQUERIDOS PARA ESTE FIN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ADEMAS TRASLADO BASICO Y/O MEDICALIZADO NECESARIOS PARA MITIGAR LA CRISIS OCASIONADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19, CON DIFICULTA RESPIRATORIA SEVERA (COVID-19), SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS Y/O AVALADOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL, POR EL MINISTERIO DE SALUD" |
| **Contratista** | IPS **"**MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S." |
| **Representante legal** | LUIS CARLOS MARTINEZ BULA |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | VIG 2022 $7.000.000,00<br><br>VIG 2023 $18.000.000,00<br><br>TOTAL $25.000.000.00 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | N/A |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $ 25.000.000.00 |
| **Plazo de ejecución inicial** | 04 MESES 02 DIAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 29/08/2022 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31/12/2022 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 01/01/2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 30/06/2023 |
| **Adiciones** | N/A |
| **Modificatorios** | Modificación No. 01 del Contrato No. 67-7-200218-2022; sustitución para la vigencia 2023 por valor de dieciocho millones de pesos M/CTE ($ 18.000.00) y prórroga del plazo de ejecución por 06 meses, sumada a la fecha del plazo inicial; para un **total de diez (10) meses y dos (02) días**. Con fecha de inicio 29/09/2022 y terminación 30/06/2023. |
| **Prorrogas** | 06 meses de ejecución |
| **Otros** | N/A |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

- Mediante comunicación oficial GS-2022-081017-DEATA del 08 de noviembre; se solicita la sustitución de recursos y prórroga del contrato.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO | $ 25.000.000,00 | PLAZO EJECUCION | 4 MESES | FECHA INICIO | 29/08/2022 |
| | | | | FECHA FINAL | 31/12/2022 |
| SUSTITUCION PRESUPUESTAL | VIGENCIA 2022 | VALOR A SUSTITUIR | $18.000.000,00 | NUEVO VALOR DEL CONTRATO | $18.000.000,00 |
| PRORROGA VIGENCIA 2023 | 6 MESES | NUEVA EJECUCION DEL CONTRATO | 10 MESES | FECHA INICIO | 01/01/2023 |
| | | | | FECHA FINAL | 30/06/2023 |

- Mediante comunicación oficial GS-2022-013903-REGI8 del 25/11/2023, se informa la Modificación No. 01 del Contrato No. 67-7-200218-2022; concerniente a la sustitución para la vigencia 2023 por valor de dieciocho millones de pesos M/CTE ($ 18.000.00) y prórroga del plazo de ejecución por 06 meses, sumada a la fecha del plazo inicial; para un total de diez (10) meses y dos (02) días. Con fecha de inicio 29/09/2022 y terminación 30/06/2023.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 1. El supervisor del contrato será quien designe el ordenador del gasto de la unidad, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018.<br>2. Deberá rendir informes mensuales por escrito sobre la ejecución del contrato, teniendo en cuenta los formatos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera de la Policía Nacional, que se encuentran en la POLIRED/ SGI / Suite Visión Empresarial.<br>3. Cumplir con los tiempos estipulados para la revisión de la información entregada por el contratista para la emisión de los Recibidos a Satisfacción.<br>4. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno al establecimiento de sanidad policial complementario del atlántico de la policía nacional sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. | SI | |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** | | |
| El oferente debe tener como mínimo tres (03) vehículos habilitados así: Mínimo dos (02) ambulancias para traslado básico y un mínimo de | SI | Verificada en la evaluación técnica |

| | | |
|---|---|---|
| dos (02) ambulancias para traslado medicalizado. Se verificará por visita de Técnica y auditoría posterior a la presentación de las propuestas. | | |
| Certificación de la secretaria de salud del Atlántico y capacidad instalada vigente. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Anexar copia de los documentos legales de cada vehículo habilitado. Incluyendo SOAT, revisión técnico mecánica vigente. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Constancia de habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS) CODIGOS : 601 (transporte asistencial básico) - 602 (transporte asistencial Medicalizada) | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| EXPERIENCIA: Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de mínimo dos certificaciones y/o dos contratos ejecutados dentro de los últimos dos (02) años, que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, numero del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista debidamente suscrita por el representante legal del contratante del proponente o por la persona autorizada para tal fin. Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Certificar que cuentan como mínimo con dos equipos de transporte para neonatos, y anexar las especificaciones técnicas de los mismos. Se verificará por visita de auditoría posterior a la presentación de las propuestas. Es requerido en caso de que alguna de nuestras usuarias, dé a luz mellizos, gemelos o más neonatos y sea necesario el traslado de los infantes a un establecimiento de salud de mayor complejidad al de la red propia. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Recurso humano: Para verificar este aspecto, el Oferente deberá certificar la idoneidad y experiencia, directamente relacionada con el objeto del presente proceso, mediante la presentación de los siguientes documentos:<br>-Un coordinador responsable de la totalidad de las ambulancias con las que cuente el servicio que podrá ser Médico o Enfermera.<br>-Tripulantes de ambulancia Médico con certificado de formación en la competencia de soporte vital avanzado de mínimo 48 horas<br>-Enfermera o Tecnólogo en atención pre hospitalaria auxiliar de enfermería con certificado de formación en la competencia de soporte vital avanzado de mínimo 48 horas.<br>-Conductor con capacitación en primeros auxilios de mínimo 40 horas.<br>-Con certificados de inscripción ante la Secretaria de Salud de Distrital de Barranquilla o Secretaria de Salud Departamental del Atlántico y experiencia mínima de un año en el área específica | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Anexar copia de los diplomas del personal de médico y de enfermería que se desempeñaran en las ambulancias, así misma certificación de que tienen el soporte BLS y ACLS | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Guías de manejo, procesos y procedimientos. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Las ambulancias deben contar con un sistema de comunicación permanente, para poder realizar seguimiento y monitoreo.<br>Certificado expedido por el representante legal en cuanto a la dotación de equipos para soporte vital avanzado. | SI | Ha cumplido durante la ejecución del contrato |
| Cronograma avalado por el representante legal en cuanto a la revisión y mantenimiento periódico de los equipos biomédicos. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Las ambulancias deben contar con la oportunidad y disponibilidad durante las 24 horas del día de domingo a domingo. | SI | Ha cumplido durante la ejecución del contrato |
| Certificado expedido por el representante legal donde se garantice la oportunidad en la atención para el servicio básico y Medicalizada expresado en tiempo de respuesta el cual debe ser para traslados de | NO | PARCIALMENTE<br>De las solicitudes elevadas; no se llevó a cabo la prestación de un |

| | | |
|---|---|---|
| urgencia en 30 minutos máximo que se contaran desde el momento del llamado hasta la llegada de la ambulancia al servicio y otros traslados como estudios en tiempo máximo de 1 hora que se contaran desde el momento del llamado hasta la llegada de la ambulancia. | | servicio, por condiciones ajenas a las establecidas en el contrato; faltando a la oportunidad de respuesta y prestación del servicio. |
| Cumplir con lo estipulado en la normatividad relacionada a continuación: NTC 3729: Tipología vehicular. Ambulancias de transporte terrestre. Resolución 2003 de 2014 | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Anexar inscripción del REPS que tiene el servicio de ambulancia con cobertura en área geográfica en el Departamento del Atlántico y Distrito de Barranquilla | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Debe certificar por escrito que está en disposición de realizar trasporte de ambulancia por fuera del Departamento | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST. El oferente deberá cumplir con la normatividad legal vigente en implementación de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo según la Decreto 1072 del 2015 y Resolución 1111 del 2017 Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes. El oferente deberá anexar A LA OFERTA la evaluación al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo según los estándares mínimos establecidos en la Resolución 1111 del 2017, y constancia de verificación por la ARL, el cual será verificado por esta administración | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| El proponente debe poseer las licencias reglamentadas por la ley. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Constancia de antecedentes del representante de registro de Medidas correctivas | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| El contratista debe Cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo 1072 del 26 de mayo de 2015, en concordancia con el Decreto 052 del 12 de enero de 2017 y demás normas que lo complementen o modifiquen. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| Identificar la persona(s) contacto y teléfonos para los casos en los que se requiera | SI | Ha cumplido durante la ejecución del contrato |
| Diligenciar el Formato CERTIFICADO SGSST. Con el cual certifica que cumple con la aplicación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. | SI | Verificada en la evaluación técnica |
| El representante legal deberá tener la situación Militar definida (HOMBRE) | SI | Verificada en la evaluación técnica |

## 1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

La Entidad llevó a cabo radicación de la facturación de las atenciones realizadas en el mes de OCTUBRE por valor de $ 2.460.000 Pesos M/CTE; con RAS generado el 04/11/2022; pero, con recepción por parte de central de cuentas con fecha 15/11/2022; debido al cargue en Olimpia.

Así mismo; se genera reporte de recepción de facturación realizada por la Entidad, correspondiente a servicios prestados en el mes de NOVIEMBRE por valor de $ 3.363.500 Pesos M/CTE. Sin embargo; se procedió a realizar glosa a las facturas que se relacionan así:

| FECHA | FACTURA | MOTIVO GLOSA |
|---|---|---|
| 17/11/2022 | MAD-795294 | Traslado fallido, con cobro completo |
| 18/11/2022 | MAD-795296 | Traslado fallido, con cobro completo |
| 22/11/2022 | MAD-795300 | No se prestó el servicio |

Frente a las anteriores glosas informadas al área de cartera de la Entidad; se realizó solicitud a la Entidad, posterior a revisión y asesoría por parte de auditoría de cuentas médicas para la correspondiente recepción de notas créditos.

- Así mismo; se relaciona el **requerimiento remitido a la Entidad**, a través del cual se genera la glosa y se exige el cumplimiento de las condiciones técnicas pactadas en el presente contrato; se adjuntan a la presente.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (92) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (210) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

### 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de aseguramiento en salud No 8 pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en municipio de soledad - Atlántico, en pagos mensuales de acuerdo a la facturación del contratista, que deberá corresponder a los suministros recibidos en el mes inmediatamente anterior, dentro de los Treinta (30) Días Hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la Ventanilla Única Central de Cuentas del Grupo Administrativo y Financiero de la unidad prestadora de salud atlántico, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la Institución. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual. Se le recuerda al contratista que las facturas serán electrónica por medio de la página Olimpia.

El pago se hará a la siguiente cuenta:

**NOMBRE BENEFICIARIO: "**MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S."
**NIT:** 9009274419
**BANCO**: BANCO DE BOGOTA
**TIPO DE CUENTA:** CORRIENTE
**NUMERO DE CUENTA:** 096164629

#### 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 | $ 25.000.000.00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $2.767.500.00 | 11.07 % |
| Valor total facturado | $2.767.500.00 | 0 % |
| Valor facturado pendiente de pago | $0.00 | 0 % |
| Valor pagado | $2.767.500.00 | 0 % |
| Valor pendiente de entrega | $ 22.232.500 | 88.93% |

| a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. De acta o constancia de recibido** | **Valor recibido** | **Fecha de recibido** | **Valor facturado** | **No. Factura** | **Valor pagado** | **Valor deducciones** | **No. Orden de pago** |
| 1 | $ 92.500,00 | 5/10/2022 | $ 92.500,00 | MAD-791700 | $ 92.500,00 | 0.00 | 372078222 |
| 1 | $185.000,00 | 5/10/2022 | $185.000,00 | MAD-791699 | $185.000,00 | 0.00 | 372078222 |
| 1 | $ 20.000,00 | 12/10/2022 | $ 20.000,00 | MAD-792689 | $ 20.000,00 | 0.00 | 372241622 |
| 1 | $ 10.000,00 | 12/10/2022 | $ 10.000,00 | MAD-792690 | $ 10.000,00 | 0.00 | 372078222 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793781 | $205.000,00 | 0.00 | 377972222 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793782 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793783 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793784 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793785 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793786 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793787 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793788 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793789 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793790 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793791 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |
| 2 | $205.000,00 | 2/11/2022 | $205.000,00 | MAD-793792 | $205.000,00 | 0.00 | 377970722 |

**A. Entrada de Bienes N/A**

**5. RECOMENDACIONES**

Sin observaciones

**6.CONCLUSIONES**

| | | |
|---|---|---|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | **SI _X_** | Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros). |
| | **NO_X__** | En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó verbalmente al ordenador del gasto; con el requerimiento ordenado a la Entidad; las cuales obran como soporte en la presente supervisión. |

Atentamente,

Firma_____


TE. Erika Tatiana Calderón López
Oficina de Referencia y Contrarreferencia
Supervisora del Contrato No. 67-7-200218-2022
Correo electrónico: erika.calderon4499@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3115595387

**ANEXOS:**

**- REQUERIMENTO No. 1 fecha 22/11/2022**

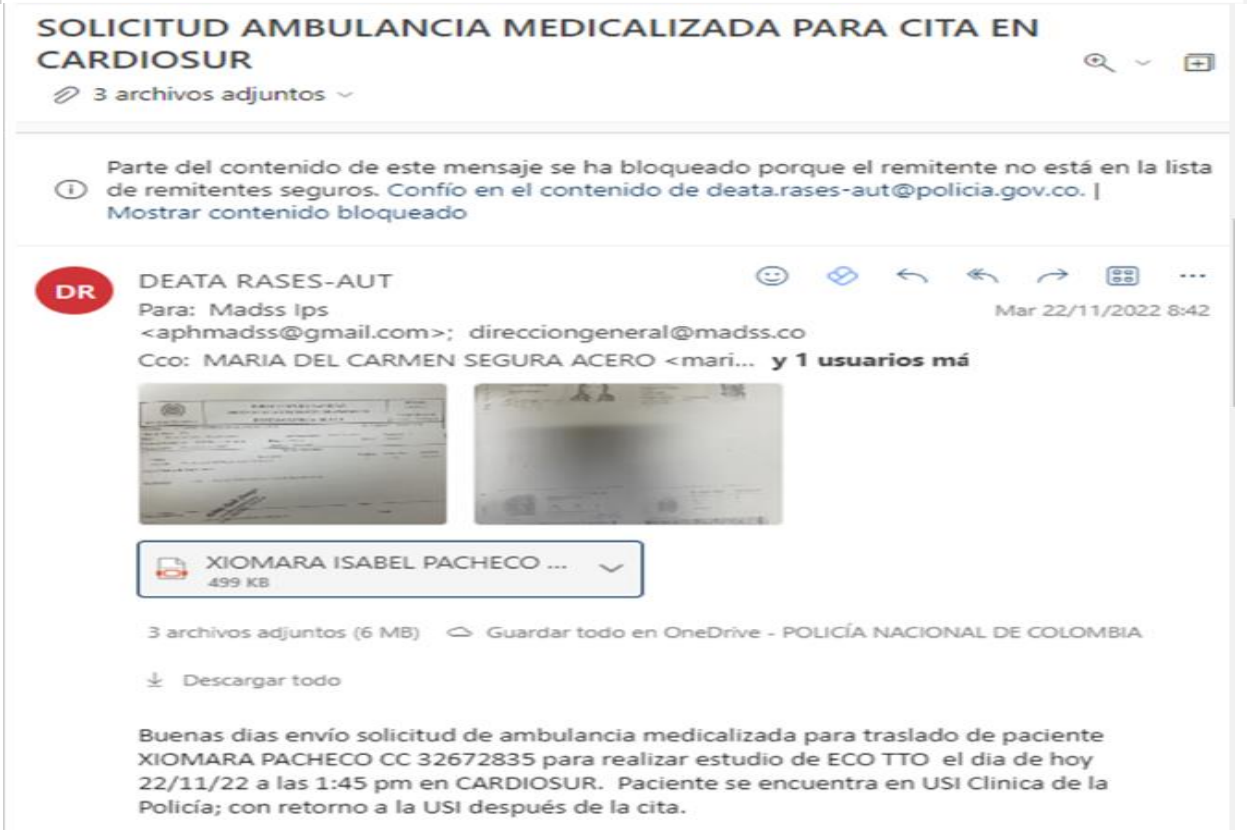
El mar, 22 nov 2022 a las 14:17, ERIKA TATIANA CALDERON LOPEZ (<erika.calderon4499@correo.policia.gov.co>) escribió:

Señor
LUIS CARLOS MARTÍNE BULA
Representante Legal
IPS MADSS S.A.S
NIT 9009274419
Carrera 42H No. 84B-93 Barranquilla
Teléfono 3012968082
direcciongeneral@madss.co

Asunto: Requerimiento Cumplimiento Contrato No. 67-7-200218-22 Ambulancia medicalizada

Buenas tardes; de manera atenta y respetuosa me dirijo a ustedes con el fin de poner en conocimiento; que el día de hoy 22/11/2022 sobre las 08:42 horas se solicitó servicio de ambulancia medicalizada para la usuaria XIOMARA PACHECO CC 32672835; quien debía cumplir cita para la realización de un ecocardiograma transtorácico sobre las 13:45 en la Entidad CARDIOSUR, para lo cual se envió la orden de autorización correspondiente.

Al momento de la solicitud; se informó las condiciones médicas relevantes de la paciente, entre ellas, que la paciente contaba con obesidad extrema, entre otras. Telefónicamente me informan sobre las 11:52 horas; que requieren conocer el peso de la paciente, porque las camillas con las que se cuentan para el servicio, soportan un peso de 120 kilogramos. Se hizo la verificación con el servicio de la USI donde se encuentra la paciente, informándonos que la paciente cursa con un peso de 135 kilogramos; a lo que refieren no poder realizar el traslado; por no contar con una camilla en la que puedan movilizar a la paciente.



Paciente dx obesidad extrema+ hta+ dm + celulitis en miembro inferior, requiere oxígeno por canula nasal.

ADJUNTO ORDEN DE AUTORIZACION

22/11/22, 08:36 Formulario

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

**DIRECCION DE SANIDAD**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD**

**Número de Autorización** 3984265 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 22/11/2022 08:34:15

Información del Prestador

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S SIGLA MADSS | **Identificación Prestador** | 900927441 |
| **Departamento** | ATLANTICO | **Municipio** | BARRANQUILLA |
| **Dirección** | CARRERA 42H NO.87-17 PISO 2 | **Teléfono** | 3052999444 |

Información del Paciente

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | XIOMARA ISABEL PACHECO DE PEREZ | **Identificación Paciente** | 32672835 |
| **Departamento** | ATLANTICO | **Municipio** | BARRANQUILLA |
| **Dirección** | CLL 45E NO 1C-13 | **Teléfono** | 3005522018 |
| **Fecha de Nacimiento** | 7/4/1963 | | |

Servicio(s) Autorizado(s)

| Código CUPS | Nombre CUPS | Cantidad |
|---|---|---|
| 602T02 | TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO | 1 |

Datos de Internación

**Fecha Desde** **Fecha Hasta**

**Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización** Hospitalización

**Observaciones** TRASLADO PARA REALIZAR ESTUDIO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO EN ENTIDAD CARDIOSUR CON RETORNO A LA USI CLÍNICA DE LA POLICÍA DIAGNOSTICO L031
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 067-7-200218-22.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

| | |
|---|---|
| **Nombre** | LIZETH PATRICIA OLIVELLA HERNANDEZ |
| **Registro Médico** | 00 |
| **Cargo** | AUTRORIZACIONES |
| **Teléfono** | |

**IMPORTANTE : Autorización válida por 3 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.**

Pasado unos minutos, y debido al requerimiento realizado del cumplimiento del servicio, el operador refiere que el médico del servicio de hospitalización o de referencia, podrían firmar un consentimiento informando, asumiendo la responsabilidad del traslado de la paciente; y, lo que el uso no adecuado de la camilla disponible pudiera generar en nuestra usuaria. Por supuesto, que me negué, porque no pueden trasladar una responsabilidad de prestación del servicio, a la Entidad contratante; y menos, al personal de salud adscrito al Subsistema de Salud de la Policía Nacional; de un procedimiento que está suscrito en el contrato del asunto así como en el objeto del contrato suscrito con ustedes así:

"SERVICIOS DE AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PARA TRASLADO DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASGURAMIENTO EN DALID NRO. 8 **QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS** Y TALNETO HUMANO REQUERIDOS PARA ESTE FIN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, ADEMAS TRASLADO BÁSICO Y/O MEDICALIZADO NECESARIOS PARA MITIGAR LA CRISIS OCASIONADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19 CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA (COVID-19), SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS Y/O AVALADOS TÉCNICA Y CINETÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO ANCIONAL, POR EL MINISTERIO DE SALUD". **(subrayado y en negrilla a propósito)**

De conformidad con lo anterior; me dirijo ante usted, con el fin de solicitarle; **estudie la posibilidad de verificar la viabilidad y a través de quien corresponda; se realice el traslado de nuestra paciente en la fecha y hora que se programe la realización NUEVAMENTE de su procedimiento diagnóstico, en la Entidad CARDIOSUR**; el cual es requerido dentro de la conducta de manejo médico, incidiendo en su estancia hospitalaria y definición de conductas para su evolución.

Es de anotar; que el presente requerimiento; obra dentro de los parámetros de contratación establecidos, incluido dentro del objeto del contrato; y además, que el peso y condiciones morfológicas de nuestros usuarios, no pueden ser un factor excluyente en la prestación del servicio. Incluso, precisamente para eso se realiza la contratación de servicio de ambulancia medicalizada; porque tenemos usuarios en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, que cursa con patologías de alta complejidad que requiere de este servicio; el cual, fue solicitado de manera oportuna Y NO FUE PRESTADO, POR UNA CONDICIÓN AJENA A LAS CONDICIONES TÉCNICAS CONTRACTUALES.

Por lo anteriormente expuesto; solicito por favor se pueda informar a esta supervisión, el mecanismo de acción que como Entidad contratada va a liderar; **para brindar la cobertura requerida por nuestra usuaria**; para proceder a la reprogramación de su cita y de esta manera, favorecer la toma de decisiones médicas requeridas por el personal en salud a cargo de la paciente.

Agradezco su atención a la presente y oportuna respuesta, la cual es importante frente al factor de estancia hospitalaria de nuestra paciente.

Atentamente,

Teniente **ERIKA T CALDERÓN LÓPEZ**
Supervisora del Contrato No. 67-7-200218-22