**No.** GS-2023-016071-REGI3

Pereira, 05 de octubre de 2023

Señor Mayor
**RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.3 (E)
Pereira

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. **86-7-20046-23**

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO _X_ O FINAL __**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/09/2023** | **Hasta** | **30/09/2023** |

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 GS-2023-016056-DERIS del 23 de marzo de 2023, la señora Mayor **HELLEN JOHANA JIMENEZ OREJUELA** Obrando en calidad de Jefe Regional de aseguramiento en salud N° 3, nombró como supervisor del contrato a la señora Subintendente YULIET LISETH MARIN VARGAS.

Mediante comunicación oficial GS-2023-012163-REGI3 del 31 de julio de 2023, el señor Mayor **RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA** Obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, nombró como supervisor del contrato a la señora Patrullera ALEJANDRA CARMONA VIVAS, durante el periodo vacacional de la señora Subintendente YULIET LISETH MARIN VARGAS.

Mediante comunicación oficial GS-2023-014558-REGI3 del 01 de septiembre de 2023, el señor Mayor **RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA** Obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, nombró como supervisor del contrato a la señora Subintendente YULIET LISETH MARIN VARGAS.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 6**

1. Informe de supervisión del mes MARZO del periodo comprendido entre el 23/03/2023 al 31/03/2023, presentado mediante comunicación oficial GS-2023-S/N-REGI3
2. Informe de supervisión del mes ABRIL del periodo comprendido entre el 01/04/2023 al 30/04/2023, presentado mediante comunicación oficial GS-2023-S/N-REGI3
3. Informe de supervisión del mes MAYO del periodo comprendido entre el 01/05/2023 al 31/05/2023, presentado mediante comunicación oficial GS-2023-009133-REGI3.
4. Informe de supervisión del mes **JUNIO** del periodo comprendido entre el **01/06**/2023 al **30/06**/2023, presentado mediante comunicación **oficial GS-2023 011435 -REGI3.**
5. Informe de supervisión del mes **JULIO** del periodo comprendido entre el **01/07**/2023 al **31/07**/2023, presentado mediante comunicación **oficial GS-2023-011926-REGI3**
6. Informe de supervisión del mes **AGOSTO** del periodo comprendido entre el **01/08**/2023 al **31/08**/2023, presentado mediante comunicación **oficial GS-2023-014253-REGI3**
7. Informe de supervisión del mes **SEPTIEMBRE** del periodo comprendido entre el **01/09**/2023 al **30/09**/2023, el cual **está** en trámite de elaboración, radicación y posteriormente se **realizará** el cargue en secop ll.

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 86-7-20046-23 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITOS REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.** |
| **Contratista** | INSTITUTO DE EPILEPSIA Y PARKINSON DEL EJE CAFETERO S.A.<br>**NIT:** 816.007.055-7 |
| **Representante legal** | HANS CARMONA VILLADA<br>C.C 10.128.269 expedida en Pereira |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | **SETESCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($ 750.000.000,00)** vigencia 2023 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | **ADICION 001** por la suma de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000) ADICION 002** por la suma de **CIENTO SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($175.000.000)** |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | **MIL CIENTO VEINTICINCO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($ 1.125.000.000,00)** vigencia 2023 |
| **Plazo de ejecución inicial** | 23 DE MARZO DE 2023 AL 31 DE DICIEMBRE 2023 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | N/A |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | Del 23/03/2023 al 31/12/2023 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 29/06/2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 31/12/2023 |
| **Adiciones** | ADICION 001 DEL 28/06/2023<br>ADICION 002 DEL 02/08/2023 |
| **Modificatorios** | N/A |
| **Prorrogas** | N/A |
| **Otros** | N/A |

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

**1.1 Acciones adelantadas:**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Certifico que la entidad cumple con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, se avala el pago de las facturas que se relacionan a continuación por los servicios prestados durante el mes SEPTIEMBRE 2023, donde cada uno de los documentos que soportan los pagos han sido verificados y corresponden tanto a los servicios prestados; como a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional se verifican pagos parafiscales en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1150 de 2007 artículo 23, Ley 789 de 2002 articulo 50.

**2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplir con el objeto contractual. | SI | NINGUNA |
| Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | NINGUNA |
| El oferente responderá los requerimientos acordes a los términos de ley. | | |
| Se compromete a cumplir con lo establecido en el decreto 1703/02 y la Ley 510/03 en lo referente a la afiliación y aportes al Sistema general de Seguridad Social del personal a su cargo. A certificar la afiliación a una ARP del todo personal contratado y a presentar junto con la factura copia de la planilla única de pago | SI | NINGUNA |
| Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de la (UNIDAD CORRESPONDIENTE), dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelando los pagos caundo hay lugar, de esta forma se publicarán las pólizas en la página de Contratación Pública - SECOP II. | SI | NINGUNA |
| 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 sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. | SI | NINGUNA |
| 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 | NINGUNA |
| 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 | NINGUNA |
| Restituir a la Regional de Aseguramiento en Salud No 3 los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado. | SI | NINGUNA |
| El contratista debe presentar constancia de inscripción en el registro especial Nacional del Ministerio de Salud, de conformidad con el artículo 11 del decreto 855 de 1994 o en su defecto el certificado de requisitos mínimos esenciales de salud. | SI | NINGUNA |
| Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar. | SI | NINGUNA |
| Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, si discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda. | SI | NINGUNA |
| Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | | |
| En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor. | SI | NINGUNA |
| Atención del evento adverso prevenible; este corre por cuenta del prestador una vez se analice el caso, y se defina por ambas partes la responsabilidad unilateral de la IPS en la generación del evento adverso. | SI | NINGUNA |
| Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias, polizas. | SI | NINGUNA |
| 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 o de los usuarios que se encuentren hospitalizados a la fecha, en atención a la Resolución No. 00173 del 09 mayo 2012 “por la cual se regula en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional el procedimiento para el reconocimiento y pago de cuentas, de servicios de salud ocasionados por atenciones de urgencias”. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante. | SI | NINGUNA |
| Deben contar con la 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 y cada una de las IPS sedes alternas puestas 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 | NINGUNA |
| Una vez recibida la referencia, tendrá la obligación de hacer contra referencia del paciente atendido. | SI | NINGUNA |
| El oferente utilizara las guías de manejo establecidas por la institución y/o el Ministerio de Salud y de la Protección Social en los usuarios de la Regional de Aseguramiento Numero 3 | SI | NINGUNA |
| Para la autorización del servicio que no sean de urgencias, el contratista deberá cumplir con el siguiente PMTO: Demostración de derechos y autorización: a. El usuario se presenta en la IPS o proveedor que brinda los servicios a la USP y presenta el carné que acredita los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia VIGENTE de que se encuentra en trámite, expedida por la oficina de afiliaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No 3. b. Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). c. Todo procedimiento adicional que no haga parte del PMTO o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la USP, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. d. Todo servicio, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante la Junta de Evaluación de Medicamentos, para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del prestador, siempre en cuando este formato conserve toda la información de los parámetro exigidos por la Dirección de Sanidad, Regional de Aseguramiento en Salud No 3 y remitirlo a la central de autorización de la | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| USP, para que ésta adelante el trámite ante la Junta de Evaluación de Medicamentos del nivel central. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente. En este caso, el NO reporte será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable de la Junta de Evaluación de Medicamentos. Dicha coordinación deberá ser previamente con el supervisor del contrato el cual dejará documentos soportes en la carpeta de proceso. e. Los formatos de referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. f. Contrarreferencia: Luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitirse a la USP el formato de contrarreferencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y recomendaciones de tratamiento. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contrarreferencia para ser autorizadas. g. El contratista bajo condiciones técnicas y científicas en salud, administrara los medicamentos (no regulados y/o uso común.) “El oferente al momento de presentar la propuesta deberá allegar listado de medicamentos según PRECIO VENTA de medicamentos por molécula de menor valor de acuerdo al último reporte en el SISMED. La entidad o entidades que resulten adjudicatarias deberán sostener mencionados precios durante toda la ejecución del contrato”. | | |
| Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas al alta, harán parte de la misma atención inicial de urgencia y con cargo al mismo valor. | SI | NINGUNA |
| Todos los casos de atención de pacientes en urgencias, que requieran hospitalización deberán ser valorados previamente por médico especialista del contratista. | SI | NINGUNA |
| En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores 5 años y adulto mayor. | SI | NINGUNA |
| Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias, cualquier novedad informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No 3. | SI | NINGUNA |
| Presentar las facturas de los servicios hospitalarios firmadas por el usuario o persona responsable; para los demás servicios prestados el usuario o persona responsable deberá firmar la autorización generada por el servicio de referencia y contra referencia de la PONAL. | SI | NINGUNA |
| Presentar junto con las facturas, archivo EXCEL que contenga la siguiente información, número factura fecha de factura, fecha de la atención, Nombre y apellido, diagnóstico código C.U.P.S., valor de la factura, edad del usuario. Nota: el Excel debe contener número de factura, fecha de factura, fecha de atención, nombre del paciente, número de identificación, diagnostico o procedimiento, valor facturado y edad del paciente | SI | NINGUNA |
| Informar a la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, a la oficina de Central de Cuentas, al Supervisor del Contrato, a la oficina de Contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 y a la oficina de referencia y contra referencia cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%). | SI | NINGUNA |
| . Participar en las reuniones mensuales con el supervisor del contrato, Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 3, auditor de calidad, auditor de cuentas médicas y oficina atención al usuario por parte de sanidad PONAL Caldas; por parte de la IPS contratada sestará el gerente, el coordinador del convenio, auditor de calidad, jefe de facturación; en caso de | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| ausencia del gerente este designará una persona con capacidad de toma de decisiones, donde harán entrega del valor facturado a la fecha y análisis de la ejecución del contrato, verificando el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el contrato. | | |
| Toda fotocopia que se requiera para la legalización del pago deberá ser asumida por la entidad contratada. | SI | NINGUNA |
| Se solicita la respectiva retroalimentación en el caso de OBSERVACIÓNES, quejas o sugerencias que el personal de la policía nacional coloque en los buzones que para tal fin tenga la entidad contratista. | SI | NINGUNA |
| Informar al paciente y a los familiares a través del médico especialista o el médico hospitalario, el estado de salud del paciente, su evolución, pronóstico y tratamiento de la patología o patologías que presente el usuario durante la internación. | SI | NINGUNA |
| . Las Historias Clínicas y la formulación ambulatoria deben estar Sistematizadas o en letra a mano legible. 34. El oferente aportara certificación firmada por el representante legal o quien esté autorizado, que la entidad cumple con toda la normatividad vigente en el sistema de seguridad y salud en el trabajo. | SI | NINGUNA |
| El contratista informara cualquier novedad en la prestación de servicios o cualquier remisión a los correos deris.rase3@policia.gov.co; deris.rase3-aut@policia.gov.co, deris.rase3-sai@policia.gov.co; y teléfono 3164770 ext 8341,8340, 8339, celular 3505588095. | SI | NINGUNA |
| Criterios Ambientales:  Garantizar que todo el material que se entregue en las unidades policiales en forma digital, se realice en un medio reutilizable, así mismo ceñirse la Directiva presidencial 04 de 2012 Aplicar las buenas prácticas ambientales, participar en programas y exigencias del sistema de gestión ambiental.  Garantizar la disposición final de los residuos sólidos peligrosos y especiales. Decreto 1076 de 2015.  Con el objetivo, de evitar escapas de sustancias nocivas que contaminen las personas y sus bienes, deterioren los suelos y el medio ambiente en general. Ley 1672 del 19 julio del 2013.  Presentar al supervisor del contrato, las hojas de seguridad de todos los productos e insumos utilizados.  Presentar el plan de manejo ambiental para la mitigación de los aspectos e impactos ambientales generados en sus actividades productivas.  Garantizar la prestación y disponibilidad de las hojas de seguridad de todas las sustancias químicas utilizadas para la limpieza y desinfección. | SI | NINGUNA |
| El contratista debe cumplir con lo establecido en el numeral sexto de la resolución 00090 del 15 de enero del 2018, con ocasión a la realización de la liquidación en los 60 días siguientes vencido el plazo de ejecución. | SI | NINGUNA |
| Certificado cumplimiento de las obligaciones del Decreto 4741 de 2005 “Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral”, firmado por el representante legal de la entidad. | SI | NINGUNA |
| Certificado cumplimiento de las obligaciones del Decreto 351 de 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades” firmado por el representante legal de la entidad. | SI | NINGUNA |
| Certificado cumplimiento de las obligaciones del Decreto 3930 de 2010 “Por el cual se reglamenta usos del agua y residuos liquidas y se dictan otras disposiciones”, firmado por el representante legal de la entidad. | SI | NINGUNA |
| Certificado cumplimiento de las obligaciones de la Resolución 1164 de 2002 “Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia”, firmado por el representante legal de la entidad. 41. Certificado cumplimiento de las obligaciones de la Resolución 0631 de 2015 “Por la cual se establecen los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de aguas superficiales | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| y a los sistemas de alcantarillado público y se dictan otras disposiciones", firmado por el representante legal de la entidad. | | |

**CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No. 002 por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial. | SI | NINGUNA |
| Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente documento. | SI | NINGUNA |
| Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo 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, la moral y las buenas costumbres. | SI | NINGUNA |
| **El CONTRATISTA** debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional, 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, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato. | SI | NINGUNA |
| Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por el médico de referencia y Contra-referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA. | SI | NINGUNA |
| El **CONTRATISTA** se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Cinco (05) días del mes siguiente en la Oficina Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, acompañada de la siguiente información<br><br>□ Fecha de prestación del servicio.<br>□ Relación de los pacientes atendidos con número de identificación.<br>□ Procedimientos realizados de acuerdo al objeto del contrato.<br>□ Presentar Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, así como todos los documentos que soporten los eventos facturados en la misma, acompañadas de la fotocopia del documento de identidad del usuario y carné. Fotocopia de los soportes de la prestación de cada uno de los servicios facturados. | SI | NINGUNA |
| El CONTRATISTA dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud. | SI | NINGUNA |
| El **CONTRATISTA** designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presentan relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato. Diligenciar la siguiente información:<br><br>Melissa Lopez<br>Teléfonos 3207212481 | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| Correo electrónico: coordinacion.financiera@neurocentro.co | | |
| Informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. | SI | NINGUNA |
| EL **CONTRATISTA** debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato. | SI | NINGUNA |
| El **CONTRATISTA** debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Jefatura de Sanidad, pero garantizará la prestación del servicio a los usuarios. | SI | NINGUNA |
| Debe realizar los trámites para la legalización del contrato dentro de los tres (03) días hábiles siguientes contados a partir de la firma del Contrato. | SI | NINGUNA |
| Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal, conforme a las normas pertinentes estuviera obligado. | SI | PLANILLA No 27354806 del 11/08/2023 |
| Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes. | SI | NINGUNA |
| El **CONTRATISTA** debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de 2006. | SI | NINGUNA |
| Presentar guías de manejo actualizadas para las patologías del sistema nervioso central en la población adulta e infantil, lo cual servirá de soporte para el proceso de referencia durante la ejecución del contrato. | SI | NINGUNA |
| El **CONTRATISTA** presentara la totalidad de las facturas de los servicios realizados en el mes vencido, lo anterior para llevar una ejecución del contrato más efectiva. | SI | NINGUNA |
| **TODA ORDEN MEDICA QUE SEA REMITIDA POR LA IPS CONTRATADA CON DESTINO PARA LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3 DEBERÁ SER DILIGENCIADA ADECUADAMENTE CON EL INGRESO DE LOS CÓDIGOS CUPS – SANIDAD POLICIA (ACUERDO 002/2001) EN CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE INTEROPERABILIDAD Y ESTANDARIZACIÓN DE DATOS UTILIZANDO PARA TAL EFECTO**. | SI | NINGUNA |
| Si dentro del proceso de atención el medico especialista de la IPS contratada, observa que el servicio se encuentra fuera del Plan de Beneficios de la Policía Nacional, en la misma consulta se realizara el diligenciamiento del formato CTC, el cual se debe radicar en la ventanilla de la Regional de Aseguramiento en salud No. 3. | SI | NINGUNA |
| Designar un coordinador médico quien cumplirá las funciones de interlocutor entre el contratista y los médicos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, para resolver las inquietudes médicas que se presenten. Diligenciar la siguiente información:<br><br>CARLOS PERDOMO<br>Teléfonos 3207212481<br>Correo electrónico: carlosjaviersv@yahoo.es | SI | NINGUNA |
| El **CONTRATISTA** mediente escrito dirigido a la regional de aseguramiento No.3 informara que cuenta con los protocolos (NUEROLOGIA) para la realización de todos los servicios o estudios ofertados y estos estarán dispuestos para cualquier verifiacion. | SI | NINGUNA |

| | | |
|---|---|---|
| Los usuarios que requieren Juntas médicas para definir procedimientos quirúrgicos, implantes de dispositivos médicos (bombas o estimuladores para el dolor), la IPS debe notificar la fecha y hora de la junta médica a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, lo anterior para realizar acompañamiento a la IPS en la junta médica. | SI | NINGUNA |
| El **CONTRATISTA** deberá presentar el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud del Departamento de Risaralda, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos:<br><br>El oferente debe presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994.<br>Requisitos para la atención de servicio<br><br>Horarios de Atención<br>Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial, correo electrónico)<br>Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos<br>Entrega de resultados<br>Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contrarreferencia)<br>Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias.<br>Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta | SI | NINGUNA |
| Para los no incluye insumos especiales, materiales o equipos especiales para estos excluyes se acepta una intermediación máxima del 12% y siempre se debe tener el aval de referencia y contrareferencia de Sanidad Policía, para dicho aval se debe enviar mínimo 2 cotizaciones o informar a referencia la exclusividad del insumo o material, para su aval. | SI | NINGUNA |
| Si el **CONTRATISTA** que desarrolla la hospitalización u otro servicio con un aliado estratégico, deberá informar mediante escrito firmado por las partes (representante legal de quien presenta la propuesta y el aliado estratégico) que prestaran el servicio objeto contratar, y que responderán según sea su grado por las controversias que se presente (se debe anexar también certificación de habilitación del servicio del aliado estratégico ejemplo (internación). | SI | NINGUNA |
| El **CONTRATISTA** mediante escrito informara el cumplimiento de lo establecido en la Directiva Administrativa Permanente No. 001 del de 2019 “DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA POR MATERNIDAD Y PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO | SI | NINGUNA |

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

Ninguna

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (189) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando un total de (90) para que finalice el plazo de ejecución, es decir hasta el 31 de diciembre de 2023.

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

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 se obliga a pagar el valor del presente contrato al Contratista, por mensualidades vencidas o su equivalente por fracciones de mes según el caso.

El pago se realizará dentro de los 30 días calendario siguientes, una vez presentada la cuenta de cobro y la planilla que acredite el pago de aportes a salud, pensión y riesgos profesionales, el informe de actividades junto con los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).

Por su parte, el Supervisor del Contrato deberá presentar el recibido técnico a satisfacción, certificación de cumplimiento o informe mensual de supervisión, así como la respectiva evaluación del contratista.

Nota: el contratista deberá de estar debidamente registrado en la plataforma del SECOP ll, para que asimismo publique los documentos requeridos para el pago a través de esta plataforma,

**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 | 1.125.000.000 | 100% |
| Valor total de las entregas | 951.550.752 | 84,58% |
| Valor total facturado | 951.550.752 | 84,58% |
| Valor facturado pendiente de pago | 272.862.471 | 24,25% |
| Valor pagado | 678.688.281 | 60,33% |
| Valor pendiente de entrega | 173.449.248 | 15,42% |

**b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo**

| No. de acta o constancia de recibido | Valor recibido | Fecha de recibido | Valor facturado | No. factura | Valor pagado | Valor deducciones | No. orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RAS 01 QUIPU 736 DEL 26/04/2023 | 450.657 | 26/04/2023 | 450.657 | CF-298-23 MES MARZO | 441.644 | 9.013 | 164792123 |
| RAS 02 QUIPU 973-974 DEL 19/05/2023 | $266.360.321 | 19/05/2023 | $266.360.321 | CF-298-23 MES ABRIL | 197.175.153 | 4.023.983 | 167060423 |
| RAS 03 QUIPU 1242.1243 DEL 27/06/2023 | 269.845.278 | 27/06/2023 | 269.845.278 | CF-300-23 MES MAYO | 260.567.572 | 5.317.706 | 233648123 |
| RAS 04 QUIPU 1471 DEL 24/07/2023 | 128.740.558 | 24/07/2023 | 128.740.558 | CF-303-23 - CF-304-23 MES JUNIO | 80.511.467 | 1.643.091 | 249151323 |
| RAS 05 QUIPU 1770 DEL 14/08/2023 | 125.038.652 | 14/08/2023 | 125.038.652 | CF-305-23 y CF-306-23 MES JULIO | 111.236.519 | 2.270.133 | 290726523 |
| RAS 06 QUIPU LG 1770 DEL 27/08/2023 | 11.532.000 | 27/08/2023 | 11.532.000 | FVE43565 | 11.301.360 | 230.640 | 290726323 |
| RAS 07 QUIPU LG 1242-1243 DEL 29/08/2023 | 3.960.000 | 29/08/2023 | 3.960.000 | FVE39762 FVE39931 | 3.880.800 | 79.200 | 298627123 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RAS 8 QUIPU 1989-1990 DEL 15/09/2023 | 170.211.612 | 15/09/2023 | 170.211.612 | CF-307-23 | PENDIENTE DE PAGO | PENDIENTE DE PAGO | PENDIENTE DE PAGO |
| RAS 09 QUIPU 2055 DEL 27/09/2023 | 59.625.400 | 27/09/2023 | 59.625.400 | CF-310-23 | PENDIENTE DE PAGO | PENDIENTE DE PAGO | PENDIENTE DE PAGO |
| RAS 10 LG 973-974 DEL 06/10/2023 | 65.161.185 | 06/10/2023 | 65.161.185 | levante de glosa radicado QUIPU 973-974 | PENDIENTE DE PAGO | PENDIENTE DE PAGO | PENDIENTE DE PAGO |

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

NO APLICA

**5. RECOMENDACIONES**

El contratista prestó el servicio dentro del plazo establecido, cumpliendo con los parámetros, especificaciones técnicas y condiciones del contrato.

**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 soportes (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. |

Atentamente,

Firma_____

Subintendente YULIET LISETH MARIN VARGAS
Supervisor Contrato No. No. 86-7-20046-23
Correo electrónico: yuliet.marin3538@correo.policia.gov.co
**No. Celular: 3108598972**