**No. GS-2024- 0 1 5 9 2 6 -DETOL/ RASES- 29.25**

Neiva, 05 de enero del 2024

Señor(a) mayor
JOSE FERNANDO LEON AGUDELO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.2
Carrera 22 sur No 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio
Neiva - Huila

Asunto: Informe de supervisión del contrato No. 85-5-20122-23

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO__X _ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **23/12/2023** | **Hasta** | **31/12/2023** |

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

**INFORMACIÓN GENERAL:**

- Mediante comunicación oficial No. GS-2023-20221-REGI2 del 23 de diciembre 2023, el señor Mayor JOSE FERNANDO LEON AGUDELO, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor Subintendente, EIMER ORLANDO VARGAS RAMIREZ.

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

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

| No DE INFORME SUPERVISION | INFORME DE SUPERVISION | PERIODO | FECHA DE PRESENTACION |
|---|---|---|---|
| 1 | DICIEMBRE | 23/12/2023 AL 31/12/2023 | 05/01/2024 |

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No.** | **85-5-20221-23** |
| | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, PARA LOS |

| | |
|---|---|
| **Objeto del Contrato.** | USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2 EN EL MUNICIPIO DE CUNDAY EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA. |
| **Contratista** | **HOSPITAL FEDERICO ARBELAEZ E.S. E** |
| **Representante legal** | **EDWIN JOSE MOLANO OSPINA** |
| **Valor inicial del contrato.** | Tres Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos M/CTE ($3.750.000,00) |
| **Valor adiciones del contrato.** | N/A |
| **Valor total del contrato.** | Tres Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos M/CTE ($3.750.000,00) |
| **Plazo de ejecución inicial** | Seis (06) meses y Diez y Nueve (9) días. |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato.** | N/A |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente).** | N/A |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | N/A |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | N/A |
| **Adiciones** | N/A |
| **Modificatorios** | N/A |
| **Prorrogas** | N/A |
| **Otros** | N/A |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

El contratista cumple con su objeto contractual durante este tiempo trascurrido de nueve (09) Días, no se presentó ninguna novedad respecto a la prestación de servicios de salud contratados para los usuarios del Subsistema de Salud de La Policía Nacional en el Municipio de Cunday – Tolima.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplir con el objeto contractual. | SI | CUMPLE |
| Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | CUMPLE |
| Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule | SI | CUMPLE |
| 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 | CUMPLE |
| Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la regional de Aseguramiento en Salud No 2 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | CUMPLE |
| 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 Regional de Aseguramiento en Salud No 2 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | CUMPLE |
| 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 | CUMPLE |
| Restituir a LA POLICÍA NACIONAL 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 de que se hayan suministrado. | SI | CUMPLE |
| Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos" y el registro de la factura electrónica de venta. | SI | CUMPLE |
| CATALOGACIÓN - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación. | SI | CUMPLE |
| 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 | CUMPLE |
| Dar cumplimiento a la Resolución 971 de 2021: "Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo del Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia" cuando se lleguen a presentar casos que requieran este tipo de atención. | SI | CUMPLE |
| Brindar atención preferencial a la primera infancia, infancia, adolescencia y gestantes; población desplazada, víctimas de violencia y conflicto armado, población adulto mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en situación de discapacidad en todos los servicios asistenciales y administrativos de conformidad con el Instructivo 008 DISAN-PLANE-70. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos hospitalarios de BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD. | SI | CUMPLE |
| Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. | SI | CUMPLE |
| Todos los servicios de salud que sean clasificados según la norma vigente como mediana complejidad, ofertados por la entidad, serán prestados mediante el ámbito hospitalario. En el caso de que sean necesitados y/o requeridos para el ámbito ambulatorio, estos servicios se prestaran una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, y el supervisor del contrato, previa revisión, verificación y análisis de auditoria médica (referencia y contrarreferencia) y sea notificada la entidad prestadora. | SI | CUMPLE |
| El oferente deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones. Las tarifas ofertadas se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento decretado por el Gobierno Nacional y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo a lo decretado por el Gobierno Nacional. | SI | CUMPLE |
| Una vez sean actualizados los precios de medicamentos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de las entidades, esta, deberá presentar informe detallado donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo, las nuevas tarifas se aplicarán una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima previa revisión de auditoria médica y se notifiquen a las entidades. | SI | CUMPLE |
| Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | CUMPLE |
| Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | CUMPLE |
| El oferente debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. | SI | CUMPLE |
| Para la autorización del servicio, 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). (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). Boletín de autorización vigente Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, por lo tanto, si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima a los correos detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co. para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. Boletín de autorización vigente Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima a los correos detol.upres- | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co, por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 los correos detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co, para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. | | |
| Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. | SI | CUMPLE |
| EL CONTRATISTA se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, por lo cual se adelantarán las actuaciones y verificaciones a que haya lugar garantizando el debido proceso y si llegare a determinarse responsabilidad alguna, deberá asumir los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte debe ser notificado a los siguientes correos: detol.upres@policia.gov.co. | SI | CUMPLE |
| Una vez sean actualizados los precios de medicamentos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de las entidades, esta, deberá presentar informe detallado donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo, las nuevas tarifas se aplicarán una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud N.º 2 - UPRES Tolima previa revisión de auditoria médica y se notifiquen a las entidades. | SI | CUMPLE |
| El oferente se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, SALVO en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | SI | CUMPLE |
| El oferente debe dar a conocer a la Regional de Aseguramiento en Salud N.º 2 – UPRES Tolima las Guías de manejo institucionales. | SI | CUMPLE |
| El oferente DEBE SUMINISTRAR A LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 -UPRES Tolima DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima o el ordenador del gasto. 5.) Enviar el primer día hábil de cada semana a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima la información de | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional). | | |
| El oferente debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el trámite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima. | SI | CUMPLE |
| Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. | SI | CUMPLE |
| Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. | SI | CUMPLE |
| Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. | SI | CUMPLE |
| Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | SI | CUMPLE |
| El PRESTADOR se compromete a recolectar y reportar mensualmente al Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co. | SI | CUMPLE |
| Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | CUMPLE |
| Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y hospitalización, en caso de que estos hayan sido contratados por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima, lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". | SI | CUMPLE |
| Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima. | SI | CUMPLE |
| Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima para que esta genere la autorización. | | |
| Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso. | SI | CUMPLE |
| Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. | SI | CUMPLE |
| Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario; se deberá enviar reporte al correo detol.upres-rem@policia.gov.co y detol.upres-gas@policia.gov.co, los primeros 5 de cada mes. | SI | CUMPLE |
| Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes. | SI | CUMPLE |
| Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. | SI | CUMPLE |
| Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. | SI | CUMPLE |
| Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. | SI | CUMPLE |
| Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, este hecho. | SI | CUMPLE |
| Solicitar autorización a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. | SI | CUMPLE |
| Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2- UPRES Tolima podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. | SI | CUMPLE |
| Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud N.º 2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | CUMPLE |
| Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 – UPRES Tolima realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. | SI | CUMPLE |
| Informar oportunamente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios.**53.** Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. | SI | CUMPLE |
| Informar cuando se presente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. | SI | CUMPLE |
| Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. | SI | CUMPLE |
| Permitir a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | CUMPLE |
| El PRESTADOR permitirá que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| al correo electrónico que disponga para tal efecto LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. | | |
| Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. | SI | CUMPLE |
| Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. | SI | CUMPLE |
| El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. | SI | CUMPLE |
| El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. | SI | CUMPLE |
| Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación. | SI | CUMPLE |
| El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | CUMPLE |
| Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM) vigente, es decir los medicamentos deben ser identificados de esta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. | SI | CUMPLE |
| En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, El Oferente deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. | SI | CUMPLE |
| Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | | |
| Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. | SI | CUMPLE |
| Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia. | SI | CUMPLE |
| Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | CUMPLE |
| Garantizar la atención de recién nacidos. | SI | CUMPLE |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima o a cualquier tercero. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | CUMPLE |
| Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. | SI | CUMPLE |
| No usar el nombre de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia. | SI | CUMPLE |
| Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | CUMPLE |
| Garantizar la atención de recién nacidos. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada procedimiento. | SI | CUMPLE |
| Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº2 - UPRES Tolima por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | CUMPLE |
| Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 - UPRES Tolima y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. | SI | CUMPLE |
| No usar el nombre de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 - UPRES Tolima para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada procedimiento. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 - UPRES Tolima por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada. | SI | CUMPLE |
| Es obligación por parte del OFERENTE publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite. | SI | CUMPLE |
| El OFERENTE deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados. | SI | CUMPLE |
| El oferente acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad expedida por el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional. | SI | CUMPLE |
| El oferente debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el oferente se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y oferentes e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial. | SI | CUMPLE |
| Las demás obligaciones que de la naturaleza del presente contrato se deriven o impongan las normas legales. | SI | CUMPLE |
| Reportar mensualmente la ejecución del contrato al supervisor del contrato diligenciando el siguiente formato:<br><br>Contratista — Nombre o Razón Social<br>No del Contrato — Numero Asignado por Contratación | SI | CUMPLE |

| | |
|---|---|
| Valor del Contrato | Valor Asignado incluye adiciones |
| Fecha del reporte | Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa) |
| Valor ejecutado | Valor de las actividades que ya se han realizado a la fecha del corte |
| Valor facturado | Valor de las actividades presentado a central cuentas a la fecha del corte |
| Valor Programado | Valor de remisiones que han recibido, pero no se han atendido a la fecha del corte |
| Saldo | Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado) |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra) | | |
| **Sistema Único De Habilitación De Los Servicios De Salud.** El contratista debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. | SI | CUMPLE |
| **Portafolio De Servicios.** El contratista presentó el portafolio de servicios donde relacionó la capacidad instalada, servicios de salud ofertados, habilitados e inscritos en el registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud del Departamento de Caldas, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, incluyó el modelo de atención en salud junto con la propuesta. | SI | CUMPLE |
| **Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en prestación de los servicios de salud.** El contratista tiene implementado el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social *"...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud...".* | SI | CUMPLE |
| **Idoneidad del Talento Humano.** La Institución Prestadora de servicios de salud dispone del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados, y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. | SI | CUMPLE |
| **Historia Clínica Y Registros.** Deberá realizar el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y cumplirá con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 00839 | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| de 2017 y ley 2015 de 2020 en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clínica.<br><br>El prestador tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la Unidad Prestadora De Salud Huila por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la Unidad Prestadora De Salud Huila o a cualquier tercero.<br><br>La historia clínica utilizada en la modalidad extramural es custodiada por el prestador de servicios de salud que oferta y presta el servicio de salud en la modalidad extramural y cuenta con los siguientes registros:<br><br>• Modalidad extramural domiciliaria<br>• Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.<br>• Nombre de los pacientes atendidos<br>• Registros de referencia y contrarreferencia, cuando se requieran Cuidados por parte del personal de salud<br>• Cuidados encargados a la familia cuando aplique<br><br>Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial | | |
| **OTRAS CONDICIONES TECNICAS** | | |
| El servicio de urgencias debe prestarse de forma ininterrumpida todos los días de la semana, las 24 horas, los 365 días del año.<br>Se debe salvaguardar igualdad de condiciones clínicas teniendo prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor.<br>En dado caso de solicitud de atención en el servicio de urgencias para una **URGENCIA VITAL**, tal y como lo consagra la Ley, la atención no requiere autorización previa para la aplicación de los cuidados correspondientes a su necesidad en **ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS**, pero precisa ser avisada dentro de las 24 horas hábiles siguientes a su prestación según Decreto 4747 de 2007. Debe tenerse en cuenta que las URGENCIAS VITALES de conformidad con su definición científica, no requieren autorización, Decreto 4747 del 2007, por lo que este horario no da lugar a interpretaciones tendientes a afectar de manera alguna el acceso, la calidad ni la oportunidad del servicio; sin embargo, dichas urgencias vitales deberán ser reportadas por el contratista, durante las 24 horas hábiles calendarios siguientes a su atención. Servicios de baja y mediana complejidad. La solicitud de autorización se debe realizar a la línea (1) 5804400 ext 7646, 7426, 7695, 7617 y Avantel 3504131671 y 3505546128, correo electrónico disan.griss-aut@policia.gov.co; disan.griss-crf@policia.gov.co; disan.refer-nal@policia.gov.co. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| Prestar único y exclusivamente el servicio dispuesto mediante autorización escrita y firmada por el Medico de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. La solicitud de servicios ambulatorios se debe realizar al correo detol.upres-mun@policia.gov.co. | SI | CUMPLE |
| EL CONTRATISTA debe garantizar los servicios complementarios para la atención de urgencias a través de servicios propios o disponibles, a saber, hospitalización, sala de partos, radiología básica, laboratorio clínico, quirófano y suministro de medicamentos para la atención de la urgencia, dichos servicios deben ser solicitados a través el Anexo 3 Resolución No. 3047 de 2008 y aplicaran los tiempos de autorización definidos en dicha resolución. La solicitud de autorizaciones se debe realizar al correo detol.upres-pro@policia.gov.co | SI | CUMPLE |
| Formular los medicamentos en nombre genérico y no comercial, verificando que esten incluidos en el Manual de Medicamentos de la Policía Nacional vigente Acuerdo 052 del 1 de abril de 2013 y los demás que lo adicionen sustituyan modifiquen, en el momento del inicio del contrato y durante la ejecución del mismo el cual será entregado antes de la fecha de iniciación del contrato.<br><br>El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.<br><br>Realizar entrega completa de los medicamentos, en caso de pendientes se deber garantizar la entrega en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice según lo establecido en la Resolución 1604 de 2013<br><br>Para la formulación de medicación no incluidos en el ACUERDO 052 del 03 de septiembre de 2013 del SSMP No se admiten formatos institucionales del contratista, solo cuando una orden judicial, tutela, o la condición clínica del paciente amerite la administración urgente, se debe dar cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida, único caso en el cual la justificación técnica del suministro será reportada a la Unidad Prestadora de Salud Tolima. Con posterioridad, en el formato de justificación diseñado para tal fin por el SSPN según formatos de aprobación conforme a lo dispuesto en la Resolución 00438 del 28 de noviembre de 2017 (por la cual se modifica parcialmente la resolución 057 del 07 de febrero de 2017 mediante la cual se reorganiza el comité técnico científico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. El no reporte ante el CTC será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable del CTC. | SI | CUMPLE |
| Prestar los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), de acuerdo a las necesidades requeridas a todos los afiliados y beneficiarios de la Policía Nacional-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos presentando documento de identidad y carné de servicios de salud, previa autorización oficina de referencia y contra-referencia. | SI | CUMPLE |
| Cuando el afiliado requiera por su patología, la atención en una Institución de mayor complejidad y dicha patología esté cubierta por el | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, el CONTRATISTA deber realizar de trámite de referencia y contrareferencia según lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 con envío de la información al correo detol.upres-rem@policia.gov.co y teléfono 3505561170. | | |
| Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | CUMPLE |
| Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | CUMPLE |
| Informar al supervisor del contrato una vez se encuentre ejecutado en un Cincuenta (50%) y Ochenta (80%). respectivamente. | SI | CUMPLE |
| 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 presenten, (notificar por escrito identificación del funcionario, correo electrónico y número telefónico). | SI | CUMPLE |
| Prestar en forma continua y permanente los servicios a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional- Unidad Prestadora de Salud Tolima, bajo los principios de eficacia, universalidad, calidad y solidaridad. | SI | CUMPLE |
| Presentar en medio magnético la relación de los servicios habilitados y contratados utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), con el respectivo valor según tarifa pactada, que permita el cargue de la información en el aplicativo dispuesto por la Policía Nacional para la respectiva actualización de los contratos. | SI | CUMPLE |
| Facturar los servicios de salud prestados de acuerdo a la clasificación utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), tarifas pactadas y en forma independientes los servicios prestados, presentar en medio magnético el soporte respectivo que permita el cargue de la información en los aplicativos de la Policía Nacional. Igualmente hacer entrega de RIPS según resolución 3374 del 2000, los cuales serán validados al momento de la radicación de la factura, en caso de presentar errores se debe realizar la corrección de los mismos en un máximo de 72 horas a partir del reporte. | SI | CUMPLE |
| EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | CUMPLE |
| Prestar servicios a los pacientes con sospecha y/o confirmación de COVID 19 según los lineamientos del ministerio de salud y de la protección social, se incluyen atenciones para diagnóstico y tratamiento. | SI | CUMPLE |
| Prestar el servicio de vacunación el cual incluye la vacunación contra el COVID 19 dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 109 de | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| 2021 y demás normas que la adiciones o modifiquen, en coordinación con la UPRES TOLIMA | | |
| Presentar informe semanal al Área de promoción y mantenimiento de la salud de usuarios vacunados por COVID al correo detol.upres-pym@policia.gov.co .El documento debe incluir: nombre completo del usuario, sexo, documento de identidad, edad, dirección, teléfono, nombre del biológico, fecha de colocación de primera dosis, fecha programación de segunda dosis/ fecha de colocación de segunda dosis, etapa de priorización a la que pertenece el usuario. | SI | CUMPLE |
| **MEDIO AMBIENTE.** El contratista a través de certificación se compromete a dar cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (componente interno) de acuerdo al Decreto 351 de 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades", Resolución 1164 de 2002 "Por el cual se adopta el Manual de Procedimientos Para La Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares" , Decreto No. 4741 del 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", y las normas que lo modifiquen y/o adicionen.<br><br>El contratista deberá cumplir con la normatividad ambiental que le aplique relacionada con vertimientos, gestión de residuos, emisiones atmosféricas, saneamiento básico y manejo de sustancias. | SI | CUMPLE |
| **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.** El contratista presentó la certificación del cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que será desarrollado por un profesional con licencia de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1072/2015 y la Resolución 00312 de 2019.<br><br>Presentó 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 | CUMPLE |
| **PLAN DE CONTINGENCIA COVID-19.** El contratista presentó el Protocolo de bioseguridad frente a COVID-19, dando cumplimiento a la Resolución 01155 de 2020 "Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en la prestación de los servicios de salud, incluidas las actividades administrativas, de apoyo y alimentación. | SI | CUMPLE |
| **GESTIÓN AMBIENTAL**<br>El contratista garantizará de manera certificada que los insumos y materiales que utiliza en sus procesos y procedimientos son biodegradables y amigables con el medio ambiente. | SI | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| Garantizando que los suministros que utiliza en sus procesos y procedimientos no contengan ningún componente que posea las siguientes clasificaciones:<br><br>Contacto con ácidos libres de gases tóxicos<br>Posibles efectos cancerígenos<br>Que puedan causar alteraciones genéticas hereditarias<br>Que puedan causar cáncer por inhalación<br>Que puedan causar efectos irreversibles<br>Peligrosos para la capa de ozono<br>Que puedan perjudicar la fertilidad<br>Que generen riesgo durante el embarazo y efectos adversos para el feto<br>Que puedan resultar nocivos para el lactante | | |

## 1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

El Hospital Federico Arbeláez de Cunday - Tolima no presento Facturación durante este periodo trascurrido de nueve (09) Días.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido nueve (09) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando Ciento Ochenta y Dos (182) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Unidad Prestadora de Salud Tolima pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Ibagué (Tolima), después de verificada la relación de documentación enviada mensualmente de acuerdo con la entrega, dentro de los sesenta días (60) días hábiles siguientes a la radicación de la factura comercial en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la unidad prestadora de salud Tolima, ubicada en la Carrera 22 Sur No. 26 A – 21 de la ciudad de Neiva, acompañada del recibo a satisfacción técnico - económico expedido por el Supervisor del Contrato, cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes, teniendo en cuenta el derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC).

### 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 | $ 3.750.000,00 | 100,00% |
| Valor total de las entregas | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor total facturado | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor pagado | $ 0,00 | 0,00% |
| Valor pendiente de entrega | $ 0,00 | 0,00% |

| | |
|---|---|
| a. | **Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado** (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**) |

| NO. DE ACTA O CONSTANCIA DE RECIBIDO | VALOR RECIBIDO | FECHA DE RECIBIDO | VALOR FACTURADO | NO. FACTURA | VALOR PAGADO | VALOR DEDUCCIONES | NO. ORDEN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**4.2 Entrada de Bienes *N/A***

**5. RECOMENDACIONES**

**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** ___ | 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_____

Grado y Nombres: Subintendente **EIMER ORLANDO VARGAS RAMIREZ**
Cargo Responsable Establecimiento Primario de Atención en Salud - BAGAG
Supervisor Contrato No. **85-5-20221-23**
Correo electrónico: eimer.vargas@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3135778687