**No. GS – 2024 –** 009323 **– DEATA / UPRES-REH**

Soledad, 08 de febrero de 2023

Señora Mayor
**JOHANA CECILIASANCHEZ AYALA**
Jefe Regional de Aseguramiento N° 8 (E)
Av. Circunvalar # 45-124
Soledad

**ASUNTO: I**nforme de Supervisión del 67-7-200317-2023.

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO__X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | 01/12/2023 | **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 acto administrativo No. PN-RASES 8-SA-MC-033-2023 SECOP II o comunicación oficial No GS-2023-014977-REGI8 de 15 de Diciembre del 2023, la señora mayor JOHANA SANCHEZ AYALA obrando en calidad de Jefe de la RASES N° 8, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señora Patrullera JULIS ESTHER BOCKELMAN BENITEZ.

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

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

1. Informe de supervisión del mes de septiembre, periodo comprendido entre el 04/09/2023 y el 30/09/2023, presentado mediante comunicación oficial N° GS 2023-014556-REGI8 del 01/10/2023
2. Informe de supervisión del mes de octubre, periodo comprendido entre el 01/10/2023 y el 31/10/2023, presentado mediante comunicación oficial N° GS 2023-095855-DEATA del 07/11/2023
3. Informe de supervisión del mes de noviembre, periodo comprendido entre el 01/11/2023 y el 30/1/2023, presentado mediante comunicación oficial N° GS 2023-097559-DEATA del 07/12/2023

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 67-7-200317-2023 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | Prestar servicios de terapias comportamentales tipo aba y neurodesarrollo con transporte incluido a pacientes con trastorno de espectro autista y/o comportamentales de la Unidad Prestadora Atlántico de acuerdo a lo estipulado en el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral. Y la prestación de servicios de rehabilitación cognitiva y neuropsicología transporte incluido a pacientes con parálisis cerebral, espectro autista y/o comportamentales de la Unidad Prestadora De Salud Atlántico |
| **Contratista** | ESTIMA SAS IPS |
| **Representante legal** | Eimy Echeverria |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | Vigencia 2023: $325.000.000<br>Vigencia 2024: $306.000.000<br><br>**TOTAL: $631.000.000** |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | $791.000.000 |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | $116.000.000 |
| **Plazo de ejecución inicial** | 6 MESES Y 26 DIAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 05/09/2023 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31/03/2024 |
| **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** | 001 Adición por 160.000.000 vig 2023 |
| **Modificatorios** | N/A |
| **Prorrogas** | N/A |
| **Otros** | Se solicitó sustitución mediante comunicado oficial GS-2023-097422-DEATA y GS-2023-097333 –DEATA, Por un valor de $34.898.843 vig 2024. |

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

**1.1 Acciones adelantadas:**

- Se realiza reunión presencial el día 29 de agosto con los representantes de la entidad, para presentación del nuevo supervisor, coordinar la facturación y agendamientos de los usuarios de manera oportuna.

- Se realiza reunión presencial el día 05 de octubre con los representantes de la entidad, para presentación del nuevo supervisor, coordinar la facturación y agendamientos de los usuarios de manera oportuna.

- Se solicita adición por $160.000.000 para la vigencia 2023 mediante comunicación oficial GS-2023-088770-DEATA por aumento de la demanda de paciente que solicitan el servicio.

- Mediante oficio GS-2023-014834-REGI8 informa la ordenadora del gasto RASES 8 la modificación 001, adición por $160.000.000 para la vigencia 2023.

- Se solicitó sustitución mediante comunicado oficial GS-2023-097422-DEATA y GS-2023-097333 – DEATA, Por un valor de $34.898.843 vig 2024.

- Mediante comunicado oficial GS-2023-014977-REGI8, se notifica al nuevo supervisor del contrato.

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

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 1. Cumplir con el objeto contractual. | SI | |
| 2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | |
| 3. Responder en los plazos que la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. | SI | |
| 4. 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 | |
| 5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Regional de | | |

| | | |
|---|---|---|
| Aseguramiento en Salud No,8 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. | SI | |
| 6. 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 | |
| 7. 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. 8 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | |
| 8. 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 | |
| 9. 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 | |
| 10. 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 | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| la ejecución del contrato, cuando haya lugar. | | |
| 11. 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, sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda. | SI | |
| 12. 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 perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres. | SI | |
| 13. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor. | SI | |
| 14. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitaria | SI | |
| 15. Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| 16. El CONTRATISTA se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios, se base en el Plan de Servicios de Sanidad Policial (Acuerdo 002 CSSMP de 2001), en el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSPN (Acuerdo 052 de 3 de septiembre del 2013 y 046 CSSMP y demás normas que lo complementen o modifiquen) y en la Resolución 057del 07 de febrero de 2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad que se pueden consultar en la página www.mindefensa.gov.co y los cuales hacen parte integral del presente contrato. | SI | |
| 17. Deben contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación. | SI | |
| 18. El contratista debe designar funcionario, e informar teléfono, correo electrónico, ubicación física en la IPS, que permita a los usuarios y a las personas que delegue la Regional de Aseguramiento en Salud no.8, realizar contacto con la IPS con el fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato, incluyendo problemas relacionados con la oportunidad o con la autorización de servicios, códigos o tarifas. Igualmente asignar una persona encargada de asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato. | SI | |
| 19. Permitir al Auditor Médico Concurrente de la Regional de Aseguramiento en Salud no.8, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| los servicios de salud; así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual. | | |
| 20. El contratista deberá coordinar las fechas de entrega de facturación con el Supervisor del contrato, para efectos de expedición del Recibido A Satisfacción, ya que las facturas con sus respectivos RAS, deberán ser radicadas en la Ventanilla única de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud no.8 los primeros cinco días del mes. | SI | |
| 21. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco primeros días de cada mes, en la Oficina de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud no.8 ubicada en el primer piso de la clínica de la Policía Regional del Caribe, con el fin de garantizar el pago de dicha factura el mes siguiente de prestada, acompañada de la siguiente información: | SI | |
| • Recibido a satisfacción RAS expedido por el supervisor del contrato (Jefe de Referencia y Contrarreferencia) | SI | |
| • Fecha de prestación del servicio | SI | |
| • Relación de usuarios atendidos con número de documento de identificación y procedimientos realizados de acuerdo al objeto de los términos de referencia (Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS) | SI | |
| • Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes | SI | |
| • Número del contrato contra el cual se facturan los servicios | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| 22. El contratista deberá reportar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Sanidad Policial, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio. | SI | |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| CONDICIONES TECNICAS MINIMAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|
| **EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO:**<br>Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos iguales o similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que CERTIFIQUEN la realización de contratos celebrados y ejecutados, de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual, cuya suma sea igual o supere el cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado para el presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar mínimo cuatro (2) certificaciones por contratos ejecutados, en caso de unión temporal o consorcio se deberá acreditar la experiencia de acuerdo a los porcentajes de participación de cada uno de los integrantes de estas. En todo caso el proponente deberá allegar copia del contrato y/o certificado o acta de cumplimiento a satisfacción expedida por parte de la entidad contratante y/o Acta de liquidación con concepto favorable del cumplimiento del objeto contractual.<br>Cada certificación del contrato debe contener la siguiente información:<br>A. Nombre o razón social del Contratante.<br>B. Nombre o razón social del Contratista.<br>C. Objeto del Contrato.<br>D. Número de Contrato.<br>E. Valor Total del Contrato en pesos.<br>F. Plazo de Ejecución<br>G. Fecha de Iniciación del contrato.<br>H. Fecha de terminación del contrato.<br><br>**(ANEXAR CERTIFICACIONES) (APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |
| **CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL DEL PROPONENTE:**<br><br>El contratista deberá presentar certificación firmada por el representante legal, en donde soporte la suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos).<br><br>Los servicios de rehabilitación requieren de tecnología e infraestructura por lo que se hace necesario que el prestador-proponente se encuentre debidamente habilitado para ello en su jurisdicción, de acuerdo al decreto 1011 / 2006 y la Res 1043 / 06 expedida por el Ministerio de Protección Social<br><br>(**ANEXAR CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL**). **(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |

| | | |
|---|---|---|
| **CAPACIDAD INSTALADA (INSTALACIONES):**<br><br>El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con sede que pueda ofrecer las siguientes áreas y servicios solicitados, garantizando la atención al total de la población referida de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO, independiente de la población particular que estén atendiendo la institución:<br><br>**APLICA GRUPO #1**<br>• Áreas terapéuticas para terapias ABA mínimo debe contar con 5 consultorios.<br>• Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual, mínimo 5<br>• Áreas lúdicas, tales como zona verde, salón o patio para actividades recreativas.<br>• Baños independientes para hombres y mujeres. Los baños para personas en situación de discapacidad para hombres y mujeres, niños y niñas los cuales deben contar con adaptaciones y rampas de acceso en caso de requerirlas.<br>• Espacios que faciliten procesos de adaptación de los pacientes a las actividades diarias de la vida adaptado para niños, adolescentes y adultos<br>• Las instalaciones deben tener buena iluminación y ventilación.<br>• La sede donde se ejecuta el contrato debe accesibilidad según la norma habilitante para personas en condición de discapacidad.<br>• Las instalaciones eléctricas deben estar en buenas condiciones con sus protectores para descargas eléctricas.<br>• Las instalaciones deben cumplir lo establecido de acuerdo a la normatividad vigente al momento de dar inicio el contrato.<br><br>**APLICA GRUPO #2**<br>• Áreas terapéuticas para terapias mínimo debe contar con 1 consultorios.<br>• Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual, mínimo 1<br>• Áreas lúdicas, tales como zona verde, salón o patio para actividades recreativas.<br>• Baños independientes para hombres y mujeres. Los baños para personas en situación de discapacidad para hombres y mujeres, niños y niñas los cuales deben contar con adaptaciones y rampas de acceso en caso de requerirlas.<br>• Espacios que faciliten procesos de adaptación de los pacientes a las actividades diarias de la vida adaptado para niños, adolescentes y adultos<br>• Las instalaciones deben tener buena iluminación y ventilación.<br>• La sede donde se ejecuta el contrato debe accesibilidad según la norma habilitante para personas en condición de discapacidad.<br>• Las instalaciones eléctricas deben estar en buenas condiciones con sus protectores para descargas eléctricas.<br>• Las instalaciones deben cumplir lo establecido de acuerdo a la normatividad vigente al momento de dar inicio el contrato.<br><br>**APLICA GENERAL**<br>Con el fin de brindar comodidad y oportunidad a nuestros usuarios, el oferente debe ofertar todos los servicios requeridos en una misma sede. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable o no favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.<br><br>**(A VERIFICAR EN VISITA TECNICA)** | **X** | |
| **MODELO DE ATENCION**: Entregar formalmente junto con la propuesta el MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD ofertado por la entidad participante.<br><br>(**ANEXAR MODELO ATENCION EN SALUD**)**(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |
| **PORTAFOLIO DE SERVICIOS**: El proponente debe anexar su portafolio de servicios habilitados que oferte acorde con las especificaciones y requerimientos de la Unidad Prestadora de Salud | **X** | |

| | | |
|---|---|---|
| Atlantico - Regional de Aseguramiento de Salud No.8, indicando teléfonos, fax, e-mail de la entidad para los contactos respectivos con los servicios ofertados.<br><br>(**ANEXAR PORTAFOLIO DE SERVICIOS**)**(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | | |
| **HABILITACION** vigente en el Registro especial de prestadores de servicios de salud, esta habilitación debe estar registrada en el REPS de la página del Ministerio de Salud. Códigos<br>• PSICÓLOGIA CLÍNICA, (CODIGO PRESTADOR 344)<br>• TERAPIA OCUPACIONAL, (CODIGO PRESTADOR 728)<br>• TERAPIA DEL LENGUAJE, (CODIGO PRESTADOR 740)<br>• FISIOTERAPIA (CÓDIGO PRESTADOR 739)<br>• TRABAJO SOCIAL.<br>• NEUROPSICOLOGIA.<br><br>**(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |
| El oferente informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre y del usuario que presenta la inasistencia | **X** | |
| **PERSONAS ENLACE**<br><br>El oferente tiene que informar en su oferta las personas de enlace, suministrando la siguiente información: NOMBRES – TELEFONO – CORREO ELECTORNICO.<br><br>(**ANEXAR CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL**). | **X** | |
| Los oferentes aportaran certificación firmada por el representante legal donde certifican que cumplen con el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO PAMEC como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS POLICÍA NACIONAL CONDICIONES TECNICAS De acuerdo a lo anterior deberá certificar que cumple con las políticas y buenas prácticas de seguridad del paciente estipuladas por el Ministerio de Salud y protección Social<br><br>(**ANEXAR CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL**)**(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |
| **SEGURIDAD DEL PACIENTE**:<br><br>Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.<br><br>(**ANEXAR CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL**)**(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |
| El oferente garantiza que desarrollará el siguiente programa: REHABILITACIÓN A PACIENTES CON PATOLOGIAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS USUARIOS CON TRANSTORNOS DENOMINADOS COMO DE ESPECTRO AUTISTA, A TRAVÉS DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS INTERDISCIPLINARIAS INCLUIDAS DENTRO DEL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA TENDIENTES A MEJORAR, MANTENER O RESTAURAR HABILIDADES, DESTREZAS Y CAPACIDADES, PROPICIANDO ESTRATEGIAS EFICACES PARA CONSEGUIR SU MÁXIMA AUTONOMÍA, INTERACCIÓN, MOVILIDAD, DESEMPEÑO Y/O REHABILITACIÓN INTEGRAL COGNITIVA CONDUCTUAL Y DE NEURODESARROLLO BRINDANDO SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y ASESORÍA A LOS PADRES O CUIDADORES PRIMARIOS MEDIANTE HERRAMIENTAS PARA LA ACEPTACIÓN, COMPRENSIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD.<br>El programa debe incluir: | **X** | |

| | | |
|---|---|---|
| a. Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular.<br>b. Sesiones individuales con participación de los diferentes profesionales, en espacios compartidos y/o exclusivos, dependiendo del caso.<br>c. Talleres para el desarrollo de habilidades en expresiones artísticas y lúdicas, según su grado de autonomía, actividades didácticas para grupo pediátrico y actividades manuales propias para la población adulta.<br>d. Educación y sensibilización a los familiares, con el fin de brindar herramientas de empoderamiento, mínimo dos (2) por mes durante la ejecución del contrato.<br>Se deberá entregar un acta por las Juntas del equipo interdisciplinario realizado con anexos fotográficos y firmas de asistencia al supervisor del contrato.<br>e. Servicio de Transporte para el Usuario y su Acompañante. (DEL LUGAR DE RESIDENCIA A LA IPS. PUERTA A PUERTA) | | |
| **CONDICIONES ESPECIFICAS**<br><br>1. Evaluación inicial Interdisciplinaria Institucional a través de un equipo base, Psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje, profesionales de la salud con formación en análisis del comportamiento y trabajo social, que brindará la atención al usuario, con la finalidad de establecer evaluación del tratamiento hasta ahora recibido, y otra evaluación a los 3 meses transcurrido el contrato para determinar el avance o no del tratamiento rehabilita torio realizado.<br>2. El oferente prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la orden de autorización firmada por la Oficina de referencia de la Regional de Aseguramiento de salud No.8.<br>3. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento.<br>4. El Oferente deberá comunicar el Plan de Tratamiento al grupo familiar, con el fin de lograr el compromiso de participación activa y permanente por parte del mismo.<br>5. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario, en el caso de adultos talleres manuales de bisutería, pintura, etc.<br>6. Al finalizar el contrato, el Oferente deberá realizar una evaluación de cierre del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación.<br>7. El Oferente permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato<br>8. El Oferente se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos.<br>9. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área, y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.<br>10. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.<br>11. El oferente deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2003 del 2014.<br>12. El Oferente deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.<br>13. El oferente deberá responder por los eventos adversos que surjan en desarrollo de la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos, así mismo realizar el análisis de casis mediante Protocolo de Londres en un plazo no mayor a 7 días. | **X** | |

| | | |
|---|---|---|
| 14. Contar con el programa de seguridad del paciente en cumplimiento a la política de seguridad del paciente manejado por el ministerio de salud, debe demostrar el proceso de seguridad a riesgos.<br>15. El oferente deberá prever las quejas de los usuarios y si se llegases a presentar recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.<br>16. El oferente informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre y del usuario que presenta la inasistencia.<br>17. El Oferente brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.<br>18. el oferente se compromete a cumplir con lo estipulado en el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista, y aquellos con Trastorno de Conducta, Síndrome de Down, Retardos mentales que en su mayoría son intervenidos bajo Enfoque Terapéutico A.B.A y otros métodos de intervención conductual y otros usuarios con Parálisis Cerebral y Otros trastornos Generalizados<br><br>(**ANEXAR CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL**)**(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | | |
| El oferente deberá cumplir con la normatividad legal vigente en implementación de **sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo** según la Decreto 1072 del 2015 y Resolución 0312 del 2019 Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes. | **X** | |
| **EXPERIENCIA DEL PERSONAL:**<br>El oferente debe garantizar la idoneidad del personal profesional que realizará las actividades en cumplimiento del objeto del contrato, por cual se debe anexar con la presentación de la oferta las hojas de vidas del personal profesional con las respectivas certificaciones y experiencia conforme a la normatividad vigente aplicable a personal de la salud tales como Decreto 1335/90.<br>**APLICA GRUPO #1**<br>Según el análisis de la demanda el mínimo para garantizar la prestación del servicio requerida según la necesidad<br>CINCO (05) TERAPEUTAS OCUPACIONALES<br>CINCO (05) TERAPEUTAS DE LENGUAJE<br>CINCO (05) FISIOTERAPEUTAS<br>CINCO (05) PSICOLOGOS.<br>UN (01) TRABAJADOR(A) SOCIAL<br><br>**APLICA GRUPO #2**<br>Según el análisis de la demanda el mínimo para garantizar la prestación del servicio requerida según la necesidad<br>CINCO (01) TERAPEUTAS OCUPACIONALES<br>CINCO (01) TERAPEUTAS DE LENGUAJE<br>CINCO (01) FISIOTERAPEUTAS<br>CINCO (01) PSICOLOGOS.<br><br>Para este ítem deben diligenciar **FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO**, Para cada funcionario por separado.<br>De igual manera el personal debe estar inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en salud (RETHUS)<br><br>NOTA1: **APLICA GRUPO #1** Todo el personal contar con formación y entrenamiento en Terapias de Análisis de Comportamiento Aplicado ABA, para el tratamiento de personas con diagnóstico de trastornos del espectro autista y trastorno de hiperactividad y déficit de atención, al igual que la formación y entrenamiento en terapias de neurodesarrollo, exceptuando de lo anterior al trabajador social. | **X** | |

| | | |
|---|---|---|
| NOTA 2: **APLICA GRUPO #1** Todo el personal contar con experiencia laboral en Terapias de Análisis de Comportamiento Aplicado ABA, para el tratamiento de personas con diagnóstico de trastornos del espectro autista y trastorno de hiperactividad y déficit de atención, al igual que la formación y entrenamiento en terapias de neurodesarrollo<br><br>NOTA 2: **APLICA GRUPO #2** Todo el personal contar con experiencia laboral en Terapias de rehabilitación cognitiva.<br><br>**(A VERIFICAR EN VISITA TECNICA) y** (**ANEXAR CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL**) | | |
| Para el servicio de **Transporte** el proponente CERTIFICARA con firma del representante legal, cumplir con lo siguiente: Contar con los vehículos propios o contrato con una empresa dedicada al transporte especial de pacientes. Este servicio podrá ser ofertado, de acuerdo a lo establecido:<br><br>Decreto 348 del 2015 y a la normatividad vigente que para tal expide el ministerio de transporte. Para la prestación de este servicio Se deberán regir a lo establecido en el decreto 348 del 2015, resolución 1069 de 2015 y demás normas vigentes, en el Decreto 431 del 14 de Marzo del 2017 el cual modifico y adiciono el capítulo 6 del título 1 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1079 del 2015, en relación a la prestación del servicio público de transporte terrestre automotor especial, y se dictan otras disposiciones.<br><br>Deben garantizar el trasporte de los pacientes y su acompañante desde su vivienda al instituto donde se va a realizar el tratamiento terapéutico y así mismo al finalizar el ciclo de terapias deben regresarlos a sus viviendas las cuales abarca la ciudad de Barranquilla dentro del área metropolitana y fuera del área metropolitana, igualmente es necesario tener en cuenta que algunos niños llevan un coche neurológico especial, por su propia condición de discapacidad física.<br><br>**(A VERIFICAR EN VISITA TECNICA) y** (**ANEXAR CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL**). ). **(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |
| El oferente deberá cumplir con la normatividad ambiental vigente establecida para tal efecto por el ministerio ambiente y desarrollo sostenible, sobre el manejo de residuos sólidos (aprovechables y no aprovechables) para lo cual debe anexar el documento PGIRHS actualizado (resolución 2184 de 2019), el cual evidencie el uso de contenedores y puntos ecológicos, rutas de evacuación de residuos, cuarto de acopio y aquellos aspectos establecidos en la Guía para la formulación, implementación, evaluación, seguimiento, control y actualización de los Planes de gestión integral de residuos sólidos (PGIRS) además de la certificación de entrega de los materiales reciclables por una empresa certificada para tal fin.<br>En caso de que la entidad cuente con tanques de almacenamiento de agua potable, el oferente debe presentar informe de lavado de tanque por lo menos una vez al año teniendo en cuenta los lineamientos del decreto 1575 de 2007 “por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano”.<br><br>El oferente deberá anexar certificación firmada por el representante legal, la implementación de compra sostenible y buenas prácticas ambientales que aseguren el Ahorro y uso eficiente de agua y energía en las instalaciones.<br>**(A VERIFICAR EN VISITA TECNICA)(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |
| El oferente deberá presentar el 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 85% en adelante 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 | **X** | |

| | | |
|---|---|---|
| empresa que conforman 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<br><br>**(ANEXAR CERTFICACION)(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | | |
| Anexa protocolo de Bioseguridad de acuerdo a la normatividad legal vigente).<br><br>**(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |
| **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**<br>El oferente presentará la afiliación a Seguridad Social Integral del personal contratado que ejecutará la tarea contratada (EPS, AFP, ARL), obligándose a mantener dicha afiliación y nivel de la cobertura del riesgo, durante la totalidad del tiempo necesario para la ejecución de la actividad contratada ). **(APLICA GRUPO #1 Y GRUPO #2)** | **X** | |

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

- Entidad radico facturación en la oficina de central de cuentas y a la fecha se encuentra bajo revisión de los médicos auditores para posteriormente ser obligada y pagada.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (116) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (90) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

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

La Regional de Aseguramiento en Salud N° 8, cancelara el valor del contrato a favor del contratista dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura comercial en la oficina central de cuentas del Establecimiento de Sanidad Policial Atlántico con los siguientes soportes: recibo a satisfacción firmado por el supervisor del contrato, presentar una relación detallada especificando el trabajo realizado al equipo, los repuestos reemplazados y el valor correspondiente, la cual debe ser firmado por el supervisor y el contratista, la acreditación de que le contratista se encuentra al día con los pagos de los aportes parafiscales relativos al sistema general de salud y al Sena, ICBF y caja de compensación (ley 828 de 2003). El pago se hará a la siguiente cuenta:

**NOMBRE DEL BENEFICIARIO:** ESTIMA S.A.S IPS
**BANCO:** BANCOLOMBIA
**TIPO DE CUENTA:** CUENTA DE AHORROS
**NUMERO DE CUENTA:** 59925041763
**OFICINA:** BARRANQUILLA

**4.1. Ejecución Financiera y Pagos:**

| **a. Balance general de pagos y entregas** | | |
|---|---|---|
| | **Valor en pesos** | **% del valor del contrato u orden de compra** |
| Valor total del contrato u orden de compra | $791.000.000 | 100% |
| Valor total de las entregas | $450.101.157 | 56.9% |
| Valor total facturado | $450.101.157 | 56.9% |
| Valor facturado pendiente de pago | $0 | 0% |
| Valor pagado | $450.101.157 | 56.9% |
| Valor pendiente de entrega | $340.898.843 | 43.0% |

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

| No. de acta o constancia de recibido | Valor recibido | Fecha de recibido | Valor facturado | No. factura | Valor pagado | Valor deducciones | No. orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 | $220.057.661 | NOV/2023 | $220.057.661 | - | $211.255.355 | $8.802.306 | 406829023 |
| 002 | $ 104.942.339 | DIC/2023 | $104.942.339 | - | $ 100.744.645 | $ 4.197.694 | 455962123 |
| 003 | $ 101.313.466 | DIC/2023 | $ 101.313.466 | - | $ 97.260.927 | $ 4.052.539 | 455962223 |
| 004 | $ 23.787.691 | DIC/2023 | $23.787.691 | - | $22.836.183 | $ 951.508 | 455962723 |

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

***5.*** **RECOMENDACIONES:** El contrato se ha tenido una buena ejecución sin ningún tipo de novedades en la prestación del mismo.

**6. CONCLUSIONES**

| | | |
|---|---|---|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | **SI _X_** | Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soporte (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros). |
| | **NO___** | En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas. |

Atentamente,

Firma Julis Bockelman

Patrullera JULIS ESTHER BOCKELMAN BENITEZ
Supervisor Contrato 67-7-200317-2023
Correo electrónico: Julis.bockelman3937@correo.policia.gov.co
N. Celular 3004310090