| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 6 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión: 5 1172261546 | | |

**GS-2024- - DEBOY-29.25**

Chiquinquirá, 01 de agosto del 2024

Señor coronel
MARCOS WILSON FORERO RUGE
Comandante Policía Metropolitana de Tunja
Carrera 11 No. 19 – 85 Centro Histórico
Tunja. -

**ASUNTO:** Informe de supervisión del contrato No. **95-7-20119-24**

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO** __**X**__ **O FINAL** ____

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/07/2024** | **Hasta** | **31/07/2024** |

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-2024-064244-DEBOY,** el señor Coronel, **MARCOS WILSON FORERO RUGE**, obrando en calidad de Comandante Metropolitana de Tunja, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor Intendente EDUARDO JOSÉ VILLALBA MONTIEL, Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá**.**

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: (3)**

1. informe de supervisión del mes de **abril** del periodo comprendido entre el 11/04/2024 y el 30/04/2024, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-079532-DEBOY** del 01/05/2024.

2. informe de supervisión del mes de **mayo** del periodo comprendido entre el 01/05/2024 y el 31/05/2024, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-101238-DEBOY** del 01/06/2024.

3. informe de supervisión del mes de **junio** del periodo comprendido entre el 01/06/2024 y el 30/06/2024, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-119565-DEBOY** del 01/07/2024.

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 95-7-20119-24 |
| Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra | Servicios Profesionales como Médico General y de Apoyo a la Gestión para la Unidad Prestadora de Salud de Boyacá. |
| Contratista | WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA |
| Representante legal | No aplica |
| Valor inicial del contrato u orden de compra | $ 14.642.154,00 |
| Valor adiciones del contrato u orden de compra | No aplica |
| Valor total del contrato u orden de compra | $ 13.828.701,00 |
| Plazo de ejecución inicial | SEIS (06) MESES |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra | 11/04/2024 |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente) | 30/09/2024 |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es) | No aplica |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es) | No aplica |
| Adiciones | No aplica |
| Modificatorios | Modificación 001 reducción de 10 días por valor de $ 813.453,00 |
| Prorrogas | No aplica |
| Otros | No aplica |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

El jefe del Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá desarrollo los seguimientos a las actividades desarrolladas por la profesional en beneficio de nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Cumplir con el objeto contractual. (cumple)

2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. (cumple)

3. Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule (cumple)

4. Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule (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. (cumple)

Realiza las acciones establecidas en la gestión documental aplicando la normatividad vigente (cumple)

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Ccumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social) | SI | No. 9469016893 del 23/07/2024 |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLIO | OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS |
|---|---|---|
| Realizar el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados, diligenciando la historia clínica del paciente de manera completa y elaborar epicrisis cuando se requieran, aplicando los derechos de los pacientes. | Si X No__ | De acuerdo al informe de auditoría cumplió |
| Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse. | Si X No__ | Según el informe de auditoria se cumplió con la especificación. |
| Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico. | Si X No__ | Cumplió con la descripción. |
| Realizar la notificación semanal o inmediata de las enfermedades de notificación obligatoria de sus actividades médicas según los lineamientos del sistema de Vigilancia Epidemiológica al Área correspondiente. | Si X No__ | No se presentaron en el presente periodo supervisado. |
| Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor del riesgo para la población. | Si X No__ | El contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| Realizar remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contrarreferencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado. | Si X No__ | Cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| Asegurar la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | Si X No__ | Cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente. | Si X No__ | Se ajusto a la condición. |
| Integrar el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente. | Si X No__ | Se cumplió con la especificación. |

| | | |
|---|---|---|
| Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnóstico y/o manejo del paciente según el caso. | Si X No__ | Dio los manejos de acuerdo a las guías. |
| Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad. | Si X No__ | Se cumplió con la especificación. |
| Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de salud del subsistema de salud de la Policía Nacional y cuando el paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente, el profesional debe solicitar autorización previa al comité técnico científico de autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad, para su prescripción en el formato vigente. | Si X No__ | Según auditoria se cumplió con el item especifico. |
| Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | Si X No__ | No se presentaron eventos para reportar. |
| Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica. | Si X No__ | Se ajusta al lineamiento institucional para esta especificación. |
| Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad. | Si X No__ | Cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| Aplicar las guías de manejo, protocolos, manuales de procesos y procedimientos en todas las actividades de atención del paciente conforme a los lineamientos de la Dirección de Sanidad. | Si X No__ | De acuerdo al porcentaje obtenido en el informe de auditoría el contratista cumplió satisfactoriamente con la especificación. |
| Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente. | Si X No__ | El contratista cumple con el nivel requerido para la atención. |
| Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | Si X No__ | No se presentaron eventos para reportar en el presente periodo supervisado. |
| Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. | Si X No__ | No se tienen situaciones que permitan inferir |
| Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo. | Si X No__ | Cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. | Si X No__ | Cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la unidad Prestadora de Salud Boyacá | Si X No__ | Cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual. | Si X No__ | Cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| el contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá | Si X No__ | Cumplió satisfactoriamente con la obligación. |

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

Dentro de la supervisión hecha no se presentan a la fecha ningún tipo de novedades en la prestación de los servicios profesionales de médico general.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (119) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (61) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

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

La Policía Nacional realizará los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por SEIS (06) MESES, que se efectuarán entre el 1 al 15 de cada mes de la presente anualidad. Cada pago del presente contrato se efectuará en mensualidades vencidas de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC) por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL TRECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS MONEDA LEGAL ($2.440.359,00). De acuerdo a la Resolución No 300 del 24/06/2022 *"Por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la Dirección de Sanidad"*. Los pagos se harán en la cuenta que se indica en el numeral 13 del presente contrato: los cuales se efectuarán una vez se perfeccione el presente documento y se emita el recibo a satisfacción para cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos del pago, **LA CONTRATISTA** deberá presentar los documentos correspondientes, con una antelación no inferior a diez (10) días a la fecha prevista para el mismo, de igual forma teniendo encuentra la **Ordenanza 030** del 25 de octubre del 2005 " **POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISIÓN DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA**" y el Comunicado **035** del 26 de agosto del 2022 "**POR MEDIO DE LA CUAL SE DAN ORIENTACIONES PARA LA LIQUIDACION Y PAGO DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC**" el Contratista realizara el pago correspondiente por concepto de estampilla liquidando el 1% al valor mensual en el Banco de Bogotá, echo este proceso se generara un código QR que emitirá la respectiva estampilla, el cual será escaneado y verificado por la unidad encargada de la entidad contratante, requisito indispensable como soporte para el pago; su incumplimiento tendrá como efecto la reprogramación presupuestal para el mes siguiente. Así mismo, **LA CONTRATISTA** deberá relacionar en la respectiva cuenta de cobro, el número o referencia de la planilla de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, mes vencido, que le corresponden según la ley.

**4.1. Ejecución Financiera y Pagos:**

Dentro de la información suscrita se puede evidenciar en los porcentajes de pago la presente información así:

| **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 | $ 13.828.701,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 8.947.983,00 | 65% |
| Valor total facturado | $ 8.947.983,00 | 65% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 2.440.359,00 | 18% |
| Valor pagado | $ 6.507.624,00 | 47% |
| Valor pendiente de entrega | $ 4.880.718,00 | 35% |

**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 de ducciones | No. orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta de cobro No. 4 | $2.440.359,00 | del 01/07/2024 al 31/07/2024 | $2.440.359,00 | 4 | $0,00 | $0,00 | Pendiente |

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

## 5. RECOMENDACIONES

El cumplimiento contrato se evidencia de manera normal el contratista cumple con las responsabilidades asignadas para el objeto del mismo como Odontóloga general y Apoyo a la Gestión.

## 6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

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

Atentamente,

Eduardo Villalba M.

_____

Intendente **EDUARDO JOSÉ VILLALBA MONTIEL**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá
Supervisor Contrato No. 95-7-20119-24
Correo electrónico: deboy.espri-chi@policia.gov.co
No. Celular: 3505560995

1172261546

| Página 1 de 5 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Chiquinquirá, 01 de agosto de 2024 |
| Unidad: | Metropolitana de Tunja - Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoría:<br>Contrato de prestación de servicios: **X**<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro:<br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 95-7-20119-24 |
| Constancia de recibido No. | 04 |
| Contratista: | WILLIAM ANDRES MONTERO OSPINA |
| NIT del contratista: | 7.321.441 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERAL, para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá. |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | No Aplica |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 13.828.701,00 |
| Plazo de ejecución: | 11/04/2024 al 30/09/2024 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No Aplica. |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Establecimiento de salud primario de policía Chiquinquira, carrera 9 # 14-60 barrio centro - Unidad Prestadora de Salud Boyacá |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO__**X**_ | No Aplica |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Intendente EDUARDO JOSÉ VILLALBA MONTIEL.<br>Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá |
| Fecha de entrega certificada: | 01/07/2024 al 31/07/2024 |

| | | |
|---|---|---|
| Página 2 de 5 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024 | Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar* | Valor a pagar |
| | UPRES DEBOY | 16 | Médico general | $2.440.359.00 | $2.440.359.00 | $0 | $2.440.359.00 |
| Acta de recepción de bienes | No Aplica | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 04 | 01/08/2024 | $2.440.359.00 | $0,00 | $2.440.359.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $2.440.359.00 | $0,00 | $2.440.359.00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Médico General de 4 horas diarias, 22 horas semanales y 95 horas mensuales en el ESPRI Chiquinquirá al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No. 04 correspondiente al periodo del 01 de julio al 31 de julio del 2024.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

| NO. | OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLIO SI__ NO__ | OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados, diligenciando la historia clínica del paciente de manera completa y elaborar epicrisis cuando se requieran, aplicando los derechos de los pacientes. | **SI X NO__** | El contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| 2 | Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que deba seguirse. | **SI X NO__** | Diagnóstico y prescribió tratamientos. |
| 3 | Coordinar, controlar y evaluar el desarrollo de actividades relacionadas con el apoyo diagnóstico y terapéutico. | **SI X NO__** | Evaluó el apoyo diagnóstico y terapéutico. |
| 4 | Realizar la notificación semanal o inmediata de las enfermedades de notificación obligatoria de sus actividades médicas según los lineamientos del sistema de Vigilancia Epidemiológica al Área correspondiente. | **SI X NO__** | No se presentaron casos que reportar. |
| 5 | Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean | **SI X NO__** | Realizo la vigilancia, pero no se presentaron situaciones con factor de |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | factor del riesgo para la población. | | riesgo. |
| 6 | Realizar remisión de pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a las normas establecidas para el sistema de remisión, referencia y contrarreferencia y dejar registro en la historia clínica del proceso realizado. | **SI X NO__** | El contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| 7 | Asegurar la prestación de los servicios de salud de conformidad con los lineamientos que determine el modelo de atención en salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. | **SI X NO__** | El contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| 8 | Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando sea pertinente según el estado de salud del paciente. | **SI X NO__** | El contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| 9 | Integrar el equipo interdisciplinario de atención en salud, estableciendo y manteniendo las relaciones de coordinación necesarias, con el fin de ofrecer atención integral al paciente. | **SI X NO__** | Se realizo según los lineamientos. |
| 10 | Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnóstico y/o manejo del paciente según el caso. | **SI X NO__** | Se realizo evidencia en las historias clínicas de cada paciente. |
| 11 | Educar al paciente en autocuidado, hábitos de vida saludable y prevención de la enfermedad. | **SI X NO__** | Se realizo según los lineamientos |
| 12 | Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de salud del subsistema de salud de la Policía Nacional y cuando el paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente; el profesional debe solicitar autorización previa al comité técnico científico de autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad, para su prescripción en el formato vigente. | **SI X NO__** | Se prescribieron los medicamentos incluidos en el plan de salud del subsistema de salud de la Policía Nacional. |
| 13 | Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | **SI X NO__** | El contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| 14 | Realizar las actividades establecidas en la gestión documental, aplicando la normatividad vigente, en cuanto al manejo de la historia medico laboral e historia clínica. | **SI X NO__** | Permanentemente se actualiza con la información obtenida del cove municipal. |
| 15 | Participar en los programas de promoción, educación y prevención de las enfermedades de la comunidad. | **SI X NO__** | El contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| 16 | Aplicar las guías de manejo, protocolos, manuales de procesos y procedimientos en todas las actividades de atención del | **SI X NO__** | Según el informe mensual de auditoria su calificación se encuentra dentro del rango satisfactorio. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | paciente conforme a los lineamientos de la Dirección de Sanidad. | | |
| 17 | Seguir los estándares, normas y niveles de calidad establecidos con relación a la atención de los usuarios del subsistema y seguridad del paciente. | **SI X NO**__ | Según el informe mensual de auditoria su calificación se encuentra dentro del rango satisfactorio. |
| 18 | Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | **SI X NO**__ | Cumplió satisfactoriamente con lo solicitado en la obligación. |
| 19 | Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. | **SI X NO**__ | Se cumplió con la especificación de acuerdo al manual de archivo institucional. |
| 20 | Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo. | **SI X NO**__ | Se cumplió con la especificación de acuerdo al manual de archivo institucional. |
| 21 | Portar el carnet institución que lo identifique como contratista del área de sanidad en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual. | **SI X NO**__ | El profesional porta su respectivo carnet durante el tiempo que presta su servicio en las instalaciones del ESPRI. |
| 22 | asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la unidad Prestadora de Salud Boyacá | **SI X NO**__ | No se presentaron eventos adversos ni incidentes que haya tenido que reportar. |
| 23 | Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y que tengan relación con la naturaleza del objeto contractual. | **SI X NO**__ | Asistió a los eventos programados. |
| 24 | el contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la misionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá | **SI X NO**__ | El contratista cumplió satisfactoriamente con la obligación. |
| 25 | Pago aportes parafiscales vigentes | **SI X NO**__ | No. 9469016893 del 23/07/2024 |
| 26 | Aporte apoyo ordenanza No. 030 | **SI X NO**__ | Estampillas $24.404 |

1172261546

| | | |
|---|---|---|
| Página 5 de 5 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

**NOTA: p**ara la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Eduardo Villalba M.

Intendente **EDUARDO JOSÉ VILLALBA MONTIEL**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Chiquinquirá

1172261546