Página 1 de 11	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		

No. _7_ REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1

GS-2024-142297**- DEBOY 29.25**

Tunja, 02 de agosto de 2024

Señor teniente coronel
CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N 1
Carrera 68 B BIS No. 44-58
Bogotá D.C.

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-7-20210-23**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _ _ _ O FINAL _X_

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/05/2024**	**Hasta**	**31/05/2024**

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-2023- S/N /REGI1-GRUCO de fecha 22/11/2023, el Señor Capitán YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ, obrando en calidad de Jefe (E) Grupo de Contratos RASES No 1, notifica como supervisor del contrato del asunto al Jefe Central de Agendamiento de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá señora Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: SEIS (06)**

1. Informe de supervisión del mes noviembre de 2023 del periodo comprendido entre el 22/11/2023 y el 30/11/2023, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-006339-DEBOY** de fecha 13/01/2024.
2. Informe de supervisión del mes diciembre de 2023 del periodo comprendido entre el 01/12/2023 y el 31/12/2023, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-006345-DEBOY** de fecha 13/01/2024.
3. Informe de supervisión del mes enero de 2024 del periodo comprendido entre el 01/01/2024 y el 31/01/2024, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-031211-DEBOY** de fecha 21/02/2024.

4. Informe de supervisión del mes febrero de 2024 del periodo comprendido entre el 01/02/2024 y el 29/02/2024, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-067427-DEBOY** de fecha 16/04/2024.
5. Informe de supervisión del mes marzo de 2024 del periodo comprendido entre el 01/03/2024 y el 31/03/2024, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-067445-DEBOY** de fecha 16/04/2024.
6. Informe de supervisión del mes abril de 2024 del periodo comprendido entre el 01/04/2024 y el 30/04/2024, presentado mediante comunicación oficial No. **GS-2024-083303-DEBOY** de fecha 09/05/2024.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contrato No.	81-7-20210-23
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO EN ODONTOLOGÍA (ENDODONCIA, PERIODONCIA ODONTOPEDIATRIA, CIRUGÍA ORAL PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS) Y REHABILITACIÓN ORAL E IMPLANTOLOGÍA POR TRAUMA EN ACCIDENTE LABORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASUEGURAMIENTO EN SALUD No 1 ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ZON DE INFLUENCIA.
Contratista	CLINICA ODONTOLOGÍCA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS.
Representante legal	ROCIO ALEXANDRA BAQUERO VARGAS
Valor inicial del contrato	$ 116.000.000.00
Valor adiciones del contrato	$ 58.000.000.00
Valor total del contrato	$ 174.000.000.00
Plazo de ejecución inicial	06 meses 09 días
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	22/11/2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31/05/2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) modificación(es)	No aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	No aplica
Adiciones	No aplica
Modificatorios	**001-2024 Adición de fecha 06/03/2024** CLÁUSULA PRIMERA: Adicionar al acápite valor de la carta de aceptación No. **81-7-20210-23,** el valor de **CINCUENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS ($58.000.000.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2024, suma que no supera el 50% de conformidad con el parágrafo único del artículo 40 de la Ley 80 de 1993, el cual quedará de la siguiente manera: VALOR: El contrato asciende a la suma de **CIENTO SETENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS ($174.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** distribuidos así: **VEINTE MILLONES DE PESOS ($20.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2023. **CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS ($154.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2024.

Prorrogas	No aplica
Otros	No aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1. Acciones adelantadas: no se realiza ninguna acción al contrato en ejecución

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. el contratista se obligará a cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso de selección, prestando los servicios adjudicados con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	SI	Ninguna
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	Ninguna
3. 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	Ninguna
4. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
5. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
6. 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 Unidad Prestadora de Salud Arauca de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna
7. Mantener activa la cuenta corriente u de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
8. El contratista deberá cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la protección social y las normas sanitarias vigentes.	SI	Ninguna
9. Restituir a LA POLICIA 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 que se hayan suministrado.	SI	Ninguna
10. El contratista deberá presentará reporte al supervisor del contrato, una vez el contrato llegue al 60% de ejecución presupuestal, con el fin de estudiar la viabilidad de adición presupuestal o realización del nuevo proceso contractual, diligenciando el siguiente formato: Contratista: Nombre o Razón Social Nro. del Contrato: Número Asignado por Contratación 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 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)	SI	Ninguna
11. Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el contratista deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	SI	Ninguna
12. El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	SI	Ninguna

	El contratista deberá prestar el servicio de conformidad con las condiciones de calidad prestar esperadas por la POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA, como son: ***Accesibilidad:*** Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios ***Oportunidad:*** Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención. ***Continuidad:*** Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida. ***Seguridad:*** Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido. ***Pertinencia:*** Cumplimiento de los Guías de Manejo, Adoptadas por la institución contratada		
13.	Cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.	SI	Ninguna
14.	El contratista se compromete que durante la vigencia del contrato sostendrá los precios vigentes durante la ejecución del mismo.	SI	Ninguna
15.	El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Articulo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
16.	El oferente deberá 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 divulgación y/o utilización indebida que por si o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
17.	No deberá acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el Contratista deberá Informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna
18.	El oferente deberá mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
19.	EL CONTRATISTA debe certificar por escrito que se compromete a asignar a un funcionario de su personal que sirva de enlace directo con el supervisor del contrato, el cual deberá contar con: Número de contacto teléfono celular, con atención inmediata en el siguiente horario: DE LUNES A VIERNES DE 07:00 HORAS a 18:00 HORAS por el tiempo de ejecución del contrato. Número de contacto teléfono fijo teléfono en el horario de atención de las instalaciones del oferente. Correo electrónico para notificaciones por parte del supervisor del contrato.	SI	Ninguna
20.	El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Minimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo"	SI	Ninguna
21.	Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista 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 contratista 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 contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	Ninguna
22.	Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo	SI	Ninguna

	podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes, b) la que no sea do fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.		
23.	Cumplimiento de normatividad: El CONTRATISTA acatara 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 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyen en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI	Ninguna
24.	Constituir en debida forma y aportar al grupo contractual y seguimiento de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1. quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la garantía única y cancelar los pagos a que hubiere lugar.	SI	Ninguna
25.	EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020		
26.	El contratista además de las obligaciones contenidas en la minuta de contrato; deberá dar cabal cumplimiento a las demás obligaciones contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, asi mismo, serà civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual	SI	Ninguna

2.1. CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIO	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:			
1.	**De la prestación del servicio:** **1.** El CONTRATISTA deberá prestar el servicio de odontología especializado **EN ENDODONCIA, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL** para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. **2.** El CONTRATISTA deberá prestar el servicio de odontología especializada **MAXILOFACIAL, REHABILITACIÓN ORAL E IMPLANTOLOGIA POR TRAUMA EN ACCIDENTE LABORAL** para los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Lo anterior, debe ser previamente coordinado con el supervisor del contrato, siempre y cuando el usuario o beneficiario presente la autorización debidamente y diligenciada, firmada, expedida por la oficina de Oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá. De igual forma la autorización debe contener la firma del paciente.	SI	Ninguna
2.	El CONTRATISTA deberá mantener vigente durante la ejecución del contrato el REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD REPS, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y de conformidad con la Resoluciones No. 1043 de 2006 y 1441 de 2013 (cumplimiento del listado de condiciones mínimas de habilitación para la prestación de servicios de salud en la ciudad de Tunja Boyacá) la Ley 10 de 1990, el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, en el cual deberán estar habilitados como mínimo los siguientes servicios: 1 Endodoncia 2 Periodoncia 3 Odontopediatría 4 Cirugía Oral	SI	Ninguna
3.	El CONTRATISTA deberá prestar los servicios durante la ejecución del contrato, únicamente en el lugar indicado en la oferta, de conformidad a los términos establecidos en el contrato.	SI	Ninguna

<table>
<tr><td>4.</td><td>El CONTRATISTA se compromete a mantener vigentes los permisos, licencias y titulos especiales exigidos por la ley o las autoridades administrativas o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>El CONTRATISTA se compromete a asumir como su responsabilidad cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales.</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>6.</td><td>El CONTRATISTA deberá garantizar la prestación del servicio, de ocho (8) horas diarias de lunes a viernes en horarios de 08:00 a 12:00 y de 14:00 a 18:00, y sábado de 08:00 a 13:00 horas. Dicha atención deberá ser oportuna y eficiente, Incluyendo la urgencia odontológica
<table>
<tr><th>No</th><th>Especialidad en odontología</th><th>No. de profesionales requeridas</th><th>No. de horas diarias requeridas</th><th>Dias a la semana</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Endodoncia</td><td>2</td><td>16 HORAS</td><td rowspan="5">Lunes a viernes: 08:00 a 12:00 y de 14:00 a 18:00

Sábado: 08:00 a 13:00 horas</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Periodoncia</td><td>2</td><td>16 HORAS</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Odontopediatría</td><td>2</td><td>16 HORAS</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Cirugía Oral y Maxilofacial</td><td>2</td><td>16 HORAS</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Rehabilitación Oral</td><td>1</td><td>8 HORAS</td></tr>
</table></td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>7.</td><td>El CONTRATISTA garantizara la prestación del servicio de conformidad a lo establecido en la GUIA PARA EL AGENDAMIENTO Y ASIGNACION DE CITAS DE LA POLICIA NACIONAL, anexa al presente estudio previo</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>8.</td><td>El CONTRATISTA garantizara la prestación del servicio especializado en odontología ambulatorio máximo 3 días y citas prioritarias en máximo 48 horas

El CONTRATISTA brindara atención prioritaria a maternas, menores de 5 años y adultos mayores, de acuerdo a la ley 1171 de 2007 Capitulo III ventanilla preferencial artículo 9, previamente coordinado con el supervisor del contrato e quien haga sus veces y autorizado por la Oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>9.</td><td>EL CONTRATISTA una vez adjudicado el contrato deberá presentar ante el supervisor del contrato la siguiente documentación:
<table>
<tr><th>Cantidad de profesionales</th><th>Especialidad</th><th>Documentación requerida</th></tr>
<tr><td>2</td><td>Especialista en Endodoncia</td><td rowspan="6">1. Copia del diploma y acta de grado de los especialistas por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación.
2. Diploma y acta de grado de auxiliar de Odontología por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación.
3. Copia del registro de la inscripción en la Secretaría de Salud Departamental.
4. Fotocopia de la Cédula.
5. Constancia laboral expedida por el contratista.</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Especialista en Periodoncia</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Especialista en Odontopediatría</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial</td></tr>
<tr><td>1</td><td>Especialista Rehabilitación Oral</td></tr>
<tr><td>1</td><td>Auxiliar de Odontología</td></tr>
</table></td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>10</td><td>Durante la consulta los especialistas deberán diligenciar la totalidad del formato de referencia y contrarreferencia el cual será revisado por auditora y será soporte de cuenta, así mismo, deberán diligenciar la histona clínica de cada paciente (diligenciar formatos institucionales que se deriven de la prestación del servicios, donde indicara el tipo de procedimiento realizado al peciente para ser plasmado en la histona clínica permitiendo realizar seguimiento y evolución, del mismo)</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>11</td><td>La prescripción de medicamentos se realizará con estricta sujeción al MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSPN VIGENTE y adoptar las políticas, estrategias y lineamientos formulados por la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, en forma genérica y respetando los múltiplos y la malla de pertinencia establecida.

Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el manual de medicamentos y terapéutica del SSPN, debe solicitarse su autorización debidamente justificado, al Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad en el FORMATO DE MEDICAMENTOS NO POS DE LA INSTITUCIÓN Y DE VIGILANCIA FARMACOLÓGICA.

Los medicamentos para manejo intrahospitalario que requieran administrarse de manera urgente, debe solicitarse su autorización por el CTC posterior a su utilización, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8 de la Resolución 3099 de 2008.</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>12</td><td>Los especialistas deberán realizar las incapacidades médicas según la Directiva de la Policía Nacional 007 de 2009, en cuanto a necesidad de establecer si es incapacidad parcial o total</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>13</td><td>Eventualmente, se realizarán procedimientos, en las instalaciones habilitadas el contratante, previamente coordinado con el supervisor del contrato o quien haga sus veces y autorizado por la Oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, los cuales será facturados al contrato vigente según tarifas pactadas.</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
</table>

14	El CONTRATISTA deberá responder los requerimientos de aclaración o de información, realizados por la unidad contratante en un término no superior a 5 días calendario.	SI	Ninguna
15	Llevar registros de atención diaria de actividades, procedimientos o intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	SI	Ninguna
16	El CONTRATISTA brindará atención prioritaria a maternas, menores de 5 años y adultos mayores, de acuerdo a la ley 1171 de 2007 Capitulo III ventanilla preferencial Articulo 9, previamente coordinado con el supervisor del contrato o quien haga sus veces y autorizado por la Oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá.	SI	Ninguna
17	El CONTRATISTA reportar mensualmente en medio físico a Garantía de calidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá los eventos adversos y el seguimiento correspondiente, según la Resolución 1446 de 2006.	SI	Ninguna
18	El contratista enviara los indicadores de calidad en la prestación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud: SOGCS Decreto 780 de 2018.	SI	Ninguna
19	Los gastos referentes a la atención de los **EVENTOS ADVERSOS** generados durante la atención al paciente correrán por cuenta del prestador (contratista). Entiéndase por **EVENTOS ADVERSOS** el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente", según lo establecido en la **GUIA DEL PACIENTE Y LA ANTENCION SEGURA**, expedida por el Ministerio de Salud.	SI	Ninguna
20	El contratista deberá sostener los precios ofertados durante la vigencia del contrato y/o sus prorrogas, para lo cual deberá diligenciar el Anexo de sostenibilidad de precios establecidos en este proceso.	SI	Ninguna
21	Una vez se agote el presupuesto total asignado, el contratista NO continuara prestando los servicios, a menos de que se trate de casos de urgencias conforme a las disposiciones vigentes.	SI	Ninguna
22	El contratista deberá suministrar información estadística de conformidad con lo establecido en el Decreto 3374 de 2000 (R.I.P.S) o las demás normas que la adicionen o modifiquen.	SI	Ninguna
23	El contratista deberá enviar en medio magnético la información correspondiente a atenciones en salud de los Usuarios del Subsistema (RIPS).	SI	Ninguna
24	El contratista se compromete a asumir el pago de obligaciones que se deriven de la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
25	El **CONTRATISTA**, anexara a la oferta certificación donde designara un funcionario quien se encargará de solucionar cualquier inconveniente o inquietud que se deriven de la prestación de los servicios del contrato que llegare a suscribirse suministrando los siguientes datos: NOMBRE: _____ C.C _____ Teléfono _____, E-mail _____.	SI	Ninguna
26	El Contratista se compromete a brindar atención a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, cumpliendo los deberes 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	Ninguna
27	El Contratista deberá emitir los conceptos que se le requieran, incluidos los solicitados por el Área de Medicina Laboral sobre patologías y posibles secuelas de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional incluyendo incorporación, ascenso o retiro.	SI	Ninguna

2.2. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Se recibió facturación correspondiente al mes de mayo 2024 por parte del contratista acorde con las cláusulas contractuales.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido Ciento Ochenta y Nueve (189) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando Cero (0) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la presentación de la factura comercial

respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional situe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida (descripción del CUPS) diagnóstico y valor facturado.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro: para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.

Presentar original de la autorización del servicio, acompañada de la orden médica que soporta la solicitud.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES.
La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) dias calendario posterior a la prestación de los servicios.

La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado, el cual se anexa.

El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

Responsabilidad en cuanto a la Facturación Electrónica: El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2022 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado: obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación".

Documentos requeridos:

- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 "la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica.

- Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

PROCEDIMIENTOS TECNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISION DEL RAS: El contratista debe allegar al supervisor del contrato, la correspondiente factura con los soportes (RISP), esta será revisada en el lapso de 3 días hábiles y se emitirá el RAS Técnico –Económico, el cual debe ser entregado en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1. Hasta dentro de 5 días hábil de cada mes siguientes a la prestación de los servicios.

PARAGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS: La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas la Regional de Aseguramiento en Salud No. I, tramitara la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARAGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARAGRAFO 3: CONCILIACION DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 de la LEY 1438 del 19 de enero de 2011, en donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la Glosa el Contratista tendrá quince(15) días hábiles para indicar acepción o justificación de la No Aceptación, Dentro de los diez (10) siguientes a la recepción de la Respuesta de Glosa la Auditoria de Cuentas decidirá si la levanta total o parcial mente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la Glosa se procederá a citar para conciliación de estas al Contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

CAUSALES DE NO PAGO: La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente corre por cuenta del prestador, no será cancelada por el SSPN.

El servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC DISAN (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago)

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen

El pago se realizará contra entrega en moneda legal colombiana, dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a la radicación de la factura y la certificación por parte del supervisor del contrato junto con los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y financiera, teniendo en cuenta el derecho al turno y la Programación Anual de Caja -PAC. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

Nombre del beneficiario: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS
NIT: 900.242.209-5
Número de cuenta: 176270075607
Banco: DAVIVIENDA.
Tipo de cuenta: AHORROS (FIJODIARIO)

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 174.000.000,00	100,00%
Valor total de las entregas	$ 173.947.950,00	99,97%
Valor total facturado	$ 173.947.950,00	99,97%
Valor facturado pendiente de pago	$ 0,00	0,00%
Valor pagado	$ 173.947.950,00	99,97%
Valor pendiente de entrega	$ 52.050,00	0,03%

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

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor Facturado	No. factura	Valor Pagado	Valor Deducciones	No. orden de pago
No. 1 del 15/12/2023	$3.176.452,00	Del 23/11/2023 al 30/11/2023	$3.176.452,00	FACTURAS EL3382 A ELS1612	$ 3.176.452,00	$ 92.117,00	458846523
No. 2 del 20/12/2023	$16.815.708,00	Del 01/12/2023 al 20/12/2023	$16.815.708,00	FACTURAS EL3393 A ELS1645	$ 16.815.708,00	$ 2.001.069,00	474212423
No. 3 del 19/02/2024	$57.726.610,00	Del 03/01/2024 al 31/01/2024	$57.726.610,00	FACTURAS EL3476 A ELS1739	$ 57.718.770,00	$ 6.869.466,00	80884324
					$ 7.840,00	$ 0,00	80892524
No. 4 del 08/03/2024	$37.668.988,00	Del 01/02/2024 al 29/02/2024	$37.668.988,00	FACTURAS EL3619 A ELS1759	$ 37.668.988,00	$ 4.482.610,00	98318224
No. 5 del 08/04/2024	$23.449.744,00	Del 01/03/2024 al 31/03/2024	$23.449.744,00	FACTURAS EL3743 A ELS1767	$ 22.837.502,00	$ 2.790.520,00	140919524
					$ 612.242,00	$ 0,00	140928724
No. 6 del 05/05/2024	$23.581.580,00	Del 01/04/2024 al 30/04/2024	$23.581.580,00	FACTURAS EL3788 A ELS1784	$ 23.581.580,00	$ 2.806.208,00	225373724
No. 7 del 01/06/2024	$11.528.868,00	Del 01/05/2024 al 31/05/2024	$11.528.868,00	FACTURAS EL3852 A ELS1805	$ 11.528.868,00	$ 1.371.935,00	225396724

5. RECOMENDACIONES

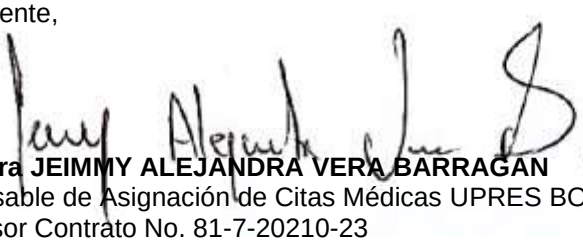
No se tiene recomendaciones a la administración.

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en	**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).

las cláusulas contractuales	**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,



Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Responsable de Asignación de Citas Médicas UPRES BOYACÁ
Supervisor Contrato No. 81-7-20210-23
Correo electrónico: jeimmy.vera@correo.policia.gov.co
No. Celular:314-8435574

Ciudad y fecha:	Tunja, 01 de junio del 2024
Unidad:	Regional de aseguramiento en Salud No 1
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-7-20210-23
Constancia de recibido No.	07
Contratista:	CLÍNICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA ESTÉTICA DENTAL S.A.S
NIT del contratista:	900242209-5
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACION DEL SERVICIO ESPECIALIZADO EN ODONTOLOGIA, (ENDODONCIA, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRIA, CIRUGIA ORAL PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS) Y REHABILITACION ORAL E IMPLANTOLOGIA POR TRAUMA EN ACCIDENTES LABORAL PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTINENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1 ESPECIALMENTE A LOS RECIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y SU ZONA DE INFLUENCIA
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:	Valor total contrato $ 116.000.000 ($20.000.000 para la vigencia 2023 y $ 96.000.000 para la vigencia 2024) más adicción $ 58.000.000 para vigencia 2024, valor total $ 174.000.000.
Plazo de ejecución:	22/11/2023 AL 31/05/2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 9 # 22-34 - Tunja Boyacá -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:	Patrullera Jeimmy Alejandra vera barragán Responsable de asignación de citas médicas ESPCO Tunja
Fecha de entrega certificada:	01/05/2024 al 31/05/2024

Powered by CamScanner

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023-2024	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
Regional No 1	16	Servicio Especializado En Odontología	$11.528.868	$11.528.868	$0,00	$0

Acta de recepción de bienes	No Aplica

N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	NOTA CRÉDITO O DÉBITO	VALOR DE LA FACTURA
EL3852	22/05/2024	$ 63.960	0	$ 63.960
EL3853	22/05/2024	$ 107.094	0	$ 107.094
EL3854	22/05/2024	$ 63.960	0	$ 63.960
EL3855	22/05/2024	$ 87.516	0	$ 87.516
EL3856	22/05/2024	$ 107.094	0	$ 107.094
EL3857	22/05/2024	$ 107.094	0	$ 107.094
EL3858	22/05/2024	$ 811.668	0	$ 811.668
EL3859	22/05/2024	$ 405.834	0	$ 405.834
EL3860	22/05/2024	$ 107.094	0	$ 107.094
EL3888	31/05/2024	$ 1.085.760	0	$ 1.085.760
EL3862	22/05/2024	$ 42.510	0	$ 42.510
EL3863	22/05/2024	$ 42.510	0	$ 42.510
EL3864	22/05/2024	$ 234.624	0	$ 234.624
EL3865	22/05/2024	$ 542.880	0	$ 542.880
EL3866	22/05/2024	$ 106.158	0	$ 106.158
EL3867	22/05/2024	$ 42.510	0	$ 42.510
EL3868	22/05/2024	$ 42.510	0	$ 42.510
EL3869	22/05/2024	$ 542.880	0	$ 542.880
EL3870	22/05/2024	$ 215.280	0	$ 215.280
EL3871	22/05/2024	$ 42.510	0	$ 42.510
EL3872	22/05/2024	$ 42.510	0	$ 42.510
EL3873	22/05/2024	$ 130.884	0	$ 130.884
EL3874	22/05/2024	$ 542.880	0	$ 542.880
EL3875	22/05/2024	$ 107.094	0	$ 107.094
EL3876	22/05/2024	$ 107.094	0	$ 107.094
EL3877	22/05/2024	$ 42.510	0	$ 42.510
EL3878	22/05/2024	$ 271.440	0	$ 271.440
EL3879	22/05/2024	$ 405.834	0	$ 405.834
EL3880	22/05/2024	$ 42.510	0	$ 42.510

Powered by CamScanner

EL3881	22/05/2024	$	87.516	0	$ 87.516
EL3882	22/05/2024	$	107.094	0	$ 107.094
EL3883	22/05/2024	$	542.880	0	$ 542.880
EL3884	22/05/2024	$	127.920	0	$ 127.920
EL3885	22/05/2024	$	107.094	0	$ 107.094
EL3886	22/05/2024	$	42.510	0	$ 42.510
EL3889	31/05/2024	$	106.158	0	$ 106.158
ELS1789	22/05/2024	$	42.510	0	$ 42.510
ELS1790	22/05/2024	$	385.398	0	$ 385.398
ELS1791	22/05/2024	$	42.510	0	$ 42.510
ELS1792	22/05/2024	$	42.510	0	$ 42.510
ELS1793	22/05/2024	$	63.960	0	$ 63.960
ELS1794	22/05/2024	$	42.510	0	$ 42.510
ELS1795	22/05/2024	$	405.834	0	$ 405.834
ELS1796	22/05/2024	$	234.624	0	$ 234.624
ELS1797	22/05/2024	$	130.494	0	$ 130.494
ELS1798	22/05/2024	$	405.834	0	$ 405.834
ELS1799	22/05/2024	$	107.094	0	$ 107.094
ELS1800	22/05/2024	$	814.320	0	$ 814.320
ELS1801	22/05/2024	$	405.834	0	$ 405.834
ELS1802	22/05/2024	$	107.094	0	$ 107.094
ELS1803	22/05/2024	$	234.624	0	$ 234.624
ELS1804	22/05/2024	$	42.510	0	$ 42.510
ELS1805	22/05/2024	$	405.834	0	$ 405.834
TOTAL		$	11.528.868	0	$ 11.528.868

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación del servicio especializado en odontología, (endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía oral para usuarios y beneficiarios) y rehabilitación oral e implantología por trauma en accidentes laboral para usuarios del subsistema de salud de la policía nacional pertinentes a la regional de aseguramiento en salud n° 1 especialmente a los residentes del departamento de Boyacá y su zona de influencia, 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. 07 correspondiente al periodo del 01 de mayo 2024 al 30 de mayo 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

Powered by CamScanner

las especificaciones Técnicas contratadas. 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

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIÓ Si _X_ No__	Observaciones y Evidencias
1	Pago aportes parafiscales vigentes	Si	9466604053

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

prestación del servicio especializado en odontología, (endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía oral para usuarios y beneficiarios) y rehabilitación oral e implantología por trauma en accidentes laboral para usuarios del subsistema de salud de la policía nacional pertinentes a la regional de aseguramiento en salud N° 1 especialmente a los residentes del departamento de Boyacá y su zona de influencia.

NOTA: para 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.

Patrullera. JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Responsable de Asignación de Citas médicas ESPCO Tunja

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-05	1000002978	9466604053	E	2024/05/06	2024/05/06	BANCO DE BOGOTA	0	$2,292,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMFABOY (8 Afiliados)																							$9,425,000	$1,508,000			$9,100,000	$364,000			$8,125,000	$325,000			$10,400,000		$95,200		$0	$0		$2,292,200
Centro de Trabajo: 1.044% // POSITIVA (8 Afiliados)																							$9,425,000	$1,508,000			$9,100,000	$364,000			$8,125,000	$325,000			$10,400,000		$95,200		$0	$0		$2,292,200
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (8 Afiliados)																							$9,425,000	$1,508,000			$9,100,000	$364,000			$8,125,000	$325,000			$10,400,000		$95,200		$0	$0		$2,292,200
1	CC	1097396493	DURAN ANA																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
2	CC	1049628198	FORERO ADIELA												X						230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	0.000%	$0	0	$0	$0	Si	$260,000
3	CC	35896072	HERRERA ANGELA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
4	CC	40046802	MARTINEZ FLOR																		230301	7	$325,000	$52,000		0	$0	$0	CCF10	7	$325,000	$13,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	7	$0	$0	No	$78,600
5	CC	1049629203	MORENO YINA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
6	CC	1002364823	PEDRAZA DAYANA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
7	CC	1049635730	QUINTERO CINDY																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
8	CC	1053615338	ROBERTO LINA																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
Total			**Afiliados(8)**																				$9,425,000	$1,508,000			$9,100,000	$364,000			$8,125,000	$325,000			$10,400,000		$95,200		$0	$0		$2,292,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-05	1000002978	9466604053	E	2024/05/06	2024/05/06	BANCO DE BOGOTA	0	$2,292,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$1,508,000	$0	$0	$1,508,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$1,092,000	$0	$0	$1,092,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$95,200	$0	$0	$95,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	8	$95,200	$0	$0	$95,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$325,000	$0	$0	$325,000
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	8	$325,000	$0	$0	$325,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$364,000	$0	$0	$364,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$208,000	$0	$0	$208,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$52,000	$0	$0	$52,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$104,000	$0	$0	$104,000
TOTAL				**8**	**$2,292,200**	**$0**	**$0**	**$2,292,200**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	1000001599	9468224900	E	2024/06/06	2024/06/06	BANCO DE BOGOTA	0	$2,436,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMFABOY (9 Afiliados)																							**$9,815,001**	**$1,570,500**			**$9,490,001**	**$379,700**			**$9,425,001**	**$377,100**			**$10,790,001**		**$108,900**		**$0**	**$0**		**$2,436,200**
Centro de Trabajo: 1.044% // POSITIVA (9 Afiliados)																							**$9,815,001**	**$1,570,500**			**$9,490,001**	**$379,700**			**$9,425,001**	**$377,100**			**$10,790,001**		**$108,900**		**$0**	**$0**		**$2,436,200**
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (9 Afiliados)																							**$9,815,001**	**$1,570,500**			**$9,490,001**	**$379,700**			**$9,425,001**	**$377,100**			**$10,790,001**		**$108,900**		**$0**	**$0**		**$2,436,200**
1	CC	1097396493	DURAN ANA																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
2	CC	1049628198	FORERO ADIELA												X						230301	9	$390,000	$62,400	EPS017	9	$390,000	$15,600	CCF10	0	$0	$0	14-23	9	$390,000	0.000%	$0	0	$0	$0	Si	$78,000
3	CC	1049628198	FORERO ADIELA		X																230301	9	$390,000	$62,400	EPS017	9	$390,000	$15,600	CCF10	9	$390,000	$15,600	14-23	9	$390,000	1.044%	$4,100	9	$0	$0	Si	$97,700
4	CC	35896072	HERRERA ANGELA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
5	CC	40046802	MARTINEZ FLOR																		230301	7	$325,000	$52,000		0	$0	$0	CCF10	7	$325,000	$13,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	7	$0	$0	No	$78,600
6	CC	1049629203	MORENO YINA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
7	CC	1002364823	PEDRAZA DAYANA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
8	CC	1049635730	QUINTERO CINDY																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF10	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
9	CC	1049633360	QUINTERO JESSIKA	X																	230201	29	$1,256,667	$201,100	EPS017	29	$1,256,667	$50,300	CCF10	29	$1,256,667	$50,300	14-23	29	$1,256,667	1.044%	$13,200	29	$0	$0	Si	$314,900
10	CC	1053615338	ROBERTO LINA		X																25-14	22	$953,334	$152,600	EPS041	22	$953,334	$38,200	CCF10	22	$953,334	$38,200	14-23	22	$953,334	1.044%	$10,000	22	$0	$0	Si	$239,000
Total			**Afiliados(9)**																				$9,815,001	$1,570,500			$9,490,001	$379,700			$9,425,001	$377,100			$10,790,001		$108,900		$0	$0		$2,436,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	1000001599	9468224900	E	2024/06/06	2024/06/06	BANCO DE BOGOTA	0	$2,436,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$1,570,500	$0	$0	$1,570,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$152,600	$0	$0	$152,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$1,008,800	$0	$0	$1,008,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$409,100	$0	$0	$409,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$108,900	$0	$0	$108,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	9	$108,900	$0	$0	$108,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$377,100	$0	$0	$377,100
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	9	$377,100	$0	$0	$377,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$379,700	$0	$0	$379,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$237,500	$0	$0	$237,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$38,200	$0	$0	$38,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$104,000	$0	$0	$104,000
TOTAL				**9**	**$2,436,200**	**$0**	**$0**	**$2,436,200**

Código: 2BS-FR-0066	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES	
Versión : 0		

Objetivo: este formato permite evaluar el desempeño de los proveedores en la ejecución de los contratos suscritos por la entidad, en las unidades con ordenación del gasto en los diferentes ámbitos de gestión, con el fin de llevar la trazabilidad y facilitar la toma de decisiones respecto al desempeño final de los proveedores; así mismo, realizar retroalimentación a los mismos para su mejora.
Aplica para dar cumplimiento a los requisitos de las normas técnicas: ISO 9001, 14001, 17025, 45001 y del Sistema Obligatorio de Calidad en Salud Decreto 1011 de 2006 artículo 3 "a los proveedores/contratistas de insumos, bienes y servicios de salud."

FECHA EVALUACIÓN:	**2/08/2024**	**1. DATOS DEL PROVEEDOR**			
Nombre o razón social	**CLINICA ODONTOLOGÍCA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS**		**Nit/cédula de ciudadanía**	**900.242.209-5**	
Dirección	**Carrera 12 No. 20-10 Centro - Tunja (Boyacá)**		**Teléfono**	**3115216148 - 608-7421429**	
No. Contrato y fecha	**081-7-20210-23 16/11/2023**	**Proveedor de: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1**	**Servicios de:**	Insumos/Equipo_____ Suministro de Bienes_____	Otro: _**X**_ **Prestacion Servicios de Salud**

2. CONCEPTOS OBJETO DE EVALUACIÓN

Los conceptos que a continuación se relacionan, permiten evaluar el desempeño del proveedor, una vez culmine la ejecución del contrato u orden de compra, para lo cual se debe tener en cuenta la trazabilidad que se lleva a cabo sobre la evaluación realizada por los supervisores en forma mensual y los recibidos a satisfacción.

CONCEPTOS TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS	**EVALUACIÓN**					**CONCEPTOS CALIDAD EN (SALUD, BIENESTAR, DINAE, COMPONENTES LOGÍSTICOS, ETC.)**	**EVALUACIÓN**				
	CUMPLE PLENAMENTE Y DA VALOR AGREGADO (10)	**CUMPLE SATISFACTORIAMENTE Dar valor entre (7 a 9)**	**CUMPLE MÍNIMAMENTE (4 - 6)**	**NO CUMPLE (1-3)**	**OBSERVACIONES**		**CUMPLE PLENAMENTE (10)**	**CUMPLE PARCIALMENTE Dar valor entre (7 a 9)**	**CUMPLE MÍNIMAMENTE (4 - 6)**	**NO CUMPLE (1-3)**	**OBSERVACIONES**
2.3. Oportunidad en la entrega de los bienes o servicios: el proveedor efectúa las entregas en los tiempos pactados, junto con la documentación que respalda su calidad (como las fichas técnicas).		8				2.6 Accesibilidad. El proveedor garantiza al usuario la posibilidad de utilizar los servicios de salud que le debe proveer el Subsistema de Salud de la Policía Nacional en su red contratada.		7			
2.2 Calidad: el producto cumple con los requerimientos técnicos establecidos en las especificaciones del contrato u orden de compra.		8				2.7 Oportunidad. El proveedor garantiza que el usuario obtenga los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.		8			
2.3. Cumplimiento en la entrega de Anexos: el proveedor efectúa la entrega en los tiempos pactados de la documentación Administrativa y en los casos que aplique de los documentos que respaldan la calidad de los bienes (como las fichas técnicas, manuales operativos, planes ambientales, etc.).		9				2.8 Seguridad. El proveedor cumple con las características estructurales, de procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas de tal manera que se minimice el riesgo de que un usuario sufra un evento adverso en el proceso de atención en salud.		8			
2.4 Nivel de servicio: el proveedor brinda de manera oportuna y efectiva el servicio y atención de requerimientos por parte del supervisor o administración, cumpliendo con las necesidades del requirente		8				2.9 Pertinencia. Grado en el cual el proveedor permite que el usuario obtenga los servicios que requiere, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.		9			

2. CONCEPTOS OBJETO DE EVALUACIÓN

Los conceptos que a continuación se relacionan, permiten evaluar el desempeño del proveedor, una vez culmine la ejecución del contrato u orden de compra, para lo cual se debe tener en cuenta la trazabilidad que se lleva a cabo sobre la evaluación realizada por los supervisores en forma mensual y los recibidos a satisfacción.

CONCEPTOS TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS	EVALUACIÓN					CONCEPTOS CALIDAD EN (SALUD, BIENESTAR, DINAE, COMPONENTES LOGÍSTICOS, ETC.) Estos conceptos son opcionales y pueden variar de acuerdo con las necesidades de la unidad que lo adquiere (los criterios de evaluación se deben conservar, estableciendo 5 variables de evaluación para asegurar objetividad en el resultado el cual se divide entre dos(2))	EVALUACIÓN				
	CUMPLE PLENAMENTE Y DA VALOR AGREGADO (10)	CUMPLE SATISFACTORIAMENTE Dar valor entre (7 a 9)	CUMPLE MÍNIMAMENTE (4 - 6)	NO CUMPLE (1-3)	OBSERVACIONES		CUMPLE PLENAMENTE (10)	CUMPLE PARCIALMENTE Dar valor entre (7 a 9)	CUMPLE MÍNIMAMENTE (4 - 6)	NO CUMPLE (1-3)	OBSERVACIONES
2.5 Devoluciones: en los casos que se requiera de cambios o mejoras de los bienes o servicios, por presentar un estado no apto para su uso o por que no satisface la necesidad de la entidad, ya sea en el embalaje o en el transporte de entrega o por la calidad del producto o servicio, el proveedor responde de manera voluntaria y diligente.		7				3.0 Continuidad. Grado en el cual el proveedor brinda al usuario las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.		8			
SUBTOTAL	**0**	**40**	**0**	**0**		**SUBTOTAL**	**0**	**40**	**0**	**0**	
TOTAL GENERAL	**80**										

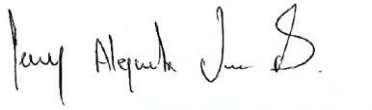
CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

EXCELENTE: 10 puntos - Esta evaluación se le debe dar a los proveedores que cumplen plenamente con todas las especificaciones técnicas del contrato dentro del plazo de ejecución pactado en el contrato principal y además da valor agregado en la ejecución del mismo, superando la expectativas.
BUENO: 7 a 9 puntos - En este rango están los proveedores que cumplen satisfactoriamente con todas las especificaciones técnicas del contrato.
REGULAR: 4 a 6 puntos- En este rango se evalúan los proveedores que han cumplido, pero en el desarrollo de sus contratos han sido requeridos por diferentes razones o han sido sancionados o han solicitado prórrogas por situaciones no imputables a la entidad en su ejecución.
MALO: 1 a 3 Puntos. En este rango se evalúan los proveedores que no cumplieron con el objeto contractual y han sido sancionados por la entidad.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la evaluación obtenida, esta debe ser comunicada al contratista en forma personal o utilizando otro medio de comunicación. En los casos que el proveedor evidencie un resultado entre REGULAR (40 a 59) O MALO (0 a 39), se analizarán las causas y se le recomendará realizar acciones de mejora, de acuerdo con las debilidades observadas en la presente evaluación con el fin que se subsanen, relacionándolas en este espacio. Es de tener en cuenta que las causas pueden ser algunos atribuibles a la entidad, razón por la cual se deben proponer acciones a la administración para mejorar este proceso, mediante comunicación oficial.

Es de aclarar que la entidad realiza este proceso de evaluación para que sirva como un mecanismo de retroalimentación a los proveedores, orientado a la mejora de su desempeño, y como referente para la Institución".



Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Responsable de Asignación de Citas Médicas UPRES BOYACÁ
Supervisor Contrato No. No. 081-7-20210-23



Doctora ROCIO ALEXANDRA BAQUERO VARGAS
Representante Legal
CLINICA ODONTOLOGÍCA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS