Página 1 de 13	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. 01 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

GS – 2025-

Bogotá D, C 03 DE ENERO DE 2025

Señor coronel: CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No1.
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. No.81-7-20322-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**27/12/2024**	**Hasta**	**31/12/2024**

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 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 No. GS-2024- 24496-MEBOG del 27-12-2024 el Señor Capitan ISAAC AMADO CODINA GIRALDO GALLARDO Jefe de Grupo Contratos (RASES) NO.1. , obrando en calidad de Jefe Grupo de Contratos RASES No1, nombró como supervisor del contrato del asunto a la Responsable Salud Mental Unidad Prestadora de Salud Bogotá, al señor Subintendente FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 0

Página 2 de 13	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		

Información del contrato

Contrato No.	**81-7-20322-24**
Objeto del Contrato	**LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1**
Contratista	**NOMBRE: FUNDACION APRENDER A VIVIR** **NIT 8 3 0 5 0 7 7 1 2 -4** **REPRESENTANTE LEGAL: JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA** **DOC. IDENTIDAD: C.C 79.130.214 de Fontibón** **CIUDAD DE NOTIFICACIÓN: BOGOTA** **DIRECCIÓN: CR 71 53 52 BRR NORMANDIA** **TELÉFONO: 3103330027** **E-MAIL: johnpava_27@hotmail.com**
Representante legal	**JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA** **DOC. IDENTIDAD: C.C 79.130.214 de Fontibón**
Valor inicial del contrato	**($121.000.000,00)**
Valor adiciones del contrato	N/A.
Valor total del contrato	**($121.000.000,00)**
Plazo de ejecución inicial	**Será del 27 de diciembre del 2024 hasta el 30 de Mayo de 2025, o hasta agotar presupuesto**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	27/12/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30/05/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	**n/a**
Prorrogas	**n/a**
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones Adelantadas:

1499036294

Ninguna

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 de acuerdo a la adjudicación del proceso de selección, prestando el servicio al cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	SI	NINGUNA
2. Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del objeto contractual del presente contrato. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato, incluyendo los impuestos.	SI	NINGUNA
3. En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja 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
4. 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, 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
5. El CONTRATISTA deberá guardar 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. El CONTRATISTA deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.	SI	NINGUNA
7. EL CONTRATISTA deberá colaborar con los entes de control de la entidad del estado cuando así lo requiera.	SI	NINGUNA
8. EL CONTRATISTA deberá realizar la entrega del Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN, en el instructivo 009 DISAN - AGESA – 70 del 06 de marzo de 2014.		
9. El CONTRATISTA deberá tener en cuenta que cualquier tipo de impuesto que genere la ejecución del contrato, será a cargo del contratista.	SI	NINGUNA
10. EL CONTRATISTA deberá aceptar y facilitar los requerimientos de la Auditoria Medica del Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1	SI	NINGUNA

1499036294

11. EL CONTRATISTA deberá asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones de carácter laboral del personal destinado para la ejecución objeto del contrato.	SI	NINGUNA
12. El CONTRATISTA deberá 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
13. El CONTRATISTA 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 al Área Regional de Aseguramiento en Salud N°1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
14. El CONTRATISTA 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
15. El CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
16. El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	NINGUNA
17. EL CONTRATISTA se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
18. El CONTRATISTA deberá garantizar que el servicio será prestado por el profesional idóneo en cada área (de acuerdo con lo descrito en el ANEXO: OFERTA Y CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS) y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros. 19. El CONTRATISTA dispondrá de un área física con las siguientes características: delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar, protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada, incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales y de familia y consultorios y contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo.	SI	NINGUNA
20. El Contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1.	SI	NINGUNA
21. El CONTRATISTA deberá notificar de forma inmediata y por escrito los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) y que llegasen a requerir ingreso por el servicio de urgencias; con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o remisión del paciente al Hospital Central de la Policía Nacional. De igual manera debe contar con la posibilidad de traslado del paciente en ambulancia, traslado que no tendrá costo adicional para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1		

1499036294

22. El CONTRATISTA deberá entregar al supervisor del contrato el horario de atención y de actividades realizadas en lo pertinente a la programación y atención del usuario y/o beneficiarios.	SI	NINGUNA
23. El CONTRATISTA deberá informar por escrito las no asistencias de los familiares para el procedimiento, (tratamiento) así como la falta de colaboración de los mismos a pesar de las instrucciones, impartidas y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación. Si esta llegara a suceder	SI	NINGUNA
24. El CONTRATISTA deberá cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes	SI	NINGUNA
25. El CONTRATISTA deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres	SI	NINGUNA
26. El CONTRATISTA facturará cada tratamiento de acuerdo a la atención prestada, de tal manera que si el tratamiento es interrumpido por cualquier razón se facturará proporcionalmente.	SI	NINGUNA
27. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	NINGUNA
28. El CONTRATISTA se compromete a mantener 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
29. 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 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 de 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.	SI	NINGUNA
30. El CONTRATISTA acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 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 sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No.	SI	NINGUNA

1499036294

08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		
31. El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2020 "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 05/05/2020 "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", dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-coips@policia.gov.co.	SI	NINGUNA
32. El contratista se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	NINGUNA
	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIO	OBSERVACIONES
REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. El contratista deberá mantener vigente el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990 en el caso de tratarse de agremiaciones de profesionales con infraestructura. En el caso de agremiaciones de profesionales sin infraestructura estos están exentos de este registro y los que deben de acreditar su registro en el Ministerio de Salud y la Secretaria Distrital de Salud serán cada uno de los profesionales requeridos en concordancia con el Decreto 780 de 2016 y resolución 3100 de 2019 en lo que respecta al numeral **11.4.10 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS** y los 7 estándares que se relacionan a continuación: • **Estándar de talento humano.** • **Estándar de infraestructura.** • **Estándar de dotación.** • **Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.** • **Estándar de procesos prioritarios.** • **Estándar de historia clínica y registros.** • **Estándar de interdependencia.**	**SI**	**N/A**
RECURSO HUMANO MÍNIMO REQUERIDO Y EXPERIENCIA DEL MISMO El contratista contara **Estándar de talento Humano** para la prestación del Servicio objeto del presente contrato cumpliendo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece los criterios y estándares para la habilitación de servicios de salud y los procedimientos e inscripción de prestadores de servicios de salud y para el presente proceso de contratación en lo que respecta al numeral **11.4.10 SERVICIO**	**SI**	**N/A**

DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: **ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO.** **RECURSO HUMANO MINIMO REQUERIDO** • (02) PSICÓLOGO (A) • (01) PSIQUIATRA • (01 TRABAJO SOCIAL) • (01) TERAPEUTA OCUPACIONAL • (01) UN MEDICO GENERAL • (01) PROFESIONAL EN NUTRICION • U OTROS PROFESIONALES QUE AMERITEN EN EL PROCESO DE REHABILITACION El servicio deberá ser prestado por el profesional idóneo en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros.		
INSTALACIONES: El Contratista dispondrá de un área física con las siguientes características: • Delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar. • Protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada. • Incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales, y de familia y consultorios. • Contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo. • El Contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1	**SI**	**N/A**
El contratista deberá notificar al correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co de manera formal y oportuna los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) para su análisis y evaluacion a través del Grupo de garantía de la calidad en salud de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.	**SI**	**N/A**
El contratista deberá enviar a diario el censo de pacientes a los correos electrónicos disan.upb-sm@policia.gov.co y disan.upb-rc@policia.gov.co de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.	**SI**	**N/A**
El Contratista deberá notificar al correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co de manera formal y oportuna las no asistencias de los familiares y/o usuario para el procedimiento, (tratamiento) así como no adherencia al tratamiento establecido (falta de colaboración de los mismos) a pesar de las orientación brindada y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación.	**SI**	**N/A**
Una vez se de egreso al paciente del ámbito hospitalario, se deberá remitir por correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co, COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL, la epicrisis de la atención prestada, además se le orientara al usuario sobre la trascripción de las ordenes medicas generadas las cuales se recepcionaran de manera presencial de lunes a viernes de 06:30 horas a 16:00 horas en la oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1 ubicada en la Cra. 68b Bis #26-58 edificio Duarte Valero torre 1 piso o de manera virtual a través del link https://sgs.policia.gov.co:8080/PSS/Cuenta/Login?ReturnUrl=%2FPSS%2FCertificados%2FCertificadoBeneficiario en horario continuo.	**SI**	**N/A**

1499036294

Página 8 de 13	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		

El contratista deberá adherirse a los siguientes lineamientos internos de la Policía Nacional-Dirección de Sanidad, así: • El Subsistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional cuenta con un manual único de medicamentos y terapéutica del SSPM establecido en el acuerdo No 080 de 2022 el cual debe ser de conocimiento del contratista y del personal de profesionales para que la prescripción de medicamentos se realice conforme a lo establecido en el mencionado acuerdo. Cuando se haga necesaria la formulación de medicamentos que no estén contemplados en el acuerdo No 080 de 2022, se debe cumplir con el siguiente protocolo: • La prescripción del medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, sólo podrá realizarse por un médico u odontólogo especialista habilitado según corresponda, para la formulación correspondiente. • Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva. • La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado todas las posibilidades terapéuticas del presente Manual, sin obtener respuesta clínica o para clínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el Manual. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente. • Las solicitudes de este tipo de moléculas a nivel ambulatorio y hospitalario, deben estar debidamente soportadas y diligenciadas en los formatos respectivos. Ambulatorio (formato emitido por el Establecimiento de Sanidad Policial) e intrahospitalario (formato emitido por el respectivo prestador). • **ACUERDO No. 080 del 27 de mayo de 2022** *"POR EL CUAL SE DICTAN POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN FARMACÉUTICA Y SE DETERMINA EL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA PARA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL".* • **DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PERMANENTE NO. 003 del 10 de marzo de 2023"** *DIRECTRICES PARA LA EXPEDICION Y RESGISTRO DE EXCUSAS DE SERVICIO, INCAPACIDAD MEDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA".* • **ACUERDO 002 del 27 de abril de 2001** *"PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL"* los cuales serán socializados por el área de Referencia, contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.1 de manera mensual. **Las cuáles serán socializados por el supervisor del contrato o quien haga sus veces.**	**SI**	**N/A**
En el caso de que se requiera un procedimiento que no esté contemplado en el contrato y que el contratista ofrezca, este se podrá incluir mediante solicitud del supervisor al ordenador del Gasto para realizar la modificación del Contrato. El valor será establecido previa solicitud de mínimo dos (2) cotizaciones, incluida una del contratista y conforme al estudio de mercado se tomará el valor más favorable.	**SI**	**N/A**
Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, de acuerdo a normatividad vigente.	**SI**	**N/A**
El contratista se compromete a designar un coordinador eficiente del contrato como apoyo de solución a los inconvenientes que den a lugar en la ejecución del mismo. Para este ejercicio de su función deberá disponer de los medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información, que permita atender los requerimientos, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	**SI**	**N/A**
Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios	**SI**	**N/A**

1499036294

Página 9 de 13	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		

El contratista se compromete a expedir los conceptos médicos que formule la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.1, a través del supervisor del contrato.	**SI**	**N/A**
El contratista presentara a la oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1 y al supervisor del contrato los pacientes que por sus comorbilidades requieran de un manejo integral diferente al de salud mental para su ubicación en la red de prestadores de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1	**SI**	**N/A**
El contratista deberá Informar al supervisor del contrato cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un **setenta (70%) por ciento de ejecución.**	**SI**	**N/A**
El contratista deberá aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico Concurrente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, supervisor del contrato y la coordinación de salud mental.	**SI**	**N/A**
El contratista deberá delegar un especialista para que intervenga en las reuniones de decisiones médicas cuando su participación sea solicitada por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	**SI**	**N/A**
EL Contratista deberá mantener vigente el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	**SI**	**N/A**
El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2020 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica 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 sistemas de facturación	**SI**	**N/A**
Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto	**SI**	**N/A**
El contratista prestará en el servicio de salud en cumplimiento a al DECRETO 4747 DE 2007 (diciembre 07) "***Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"*** (orden médica, documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional Vigente) y al **DECRETO 441 DE 2022** ***"Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud".***	**SI**	**N/A**
Para la atención del paciente a través del servicio de urgencias, el contratista deberá dar aplicabilidad al DECRETO 4747 DE 2007 "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones" ARTÍCULO 3°. DEFINICIONES. Numeral e). Referencia y contrarreferencia, y notificara al asegurador al correo electrónico disan.griss-crf@policia.gov.co de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	**SI**	**N/A**
Cuando se detecte que un paciente es consultante crónico, el contratista deberá reportar al supervisor del contrato al correo disan.upb-sm@policia.gov.co la frecuencia de uso del servicio.	**SI**	**N/A**
El contratista se compromete a facturar por evento en el caso en que no se preste la totalidad del paquete contratado, denominado **(RUPTURA DEL PAQUETE)**	**SI**	**N/A**

El contratista brindará atención encaminada al tratamiento de la dependencia y el consumo de sustancias psicoactivas, el cual incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y/o ludopatía además de la intervención orientada a la reinserción social la cual hace referencia al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas alcoholismo y/o ludopatía; ésta área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes: • Familiar • Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo. • Asesoramiento educativo. • Alojamiento o Vivienda. Habiendo posibilidad de diversos enfoques en el tratamiento se contará con un enfoque aceptado y validado nacional e internacionalmente. Por lo anterior el contratista entregará las guías de manejo actualizadas en ejercicio a la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y/ los dictados de acuerdo con las rutas integrales de atención en Salud (RIAS) específicamente la ruta de atención en SPA, con las cuales se realizará la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1. Las guías de manejo serán entregadas al supervisor de contrato mediante correo electrónico DISAN.UPB-SM@POLICIA.GOV.CO;	SI	N/A

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

SE REALIZA FACTURACION DEL 27-12-2024 AL 31-12-2024

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (6) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (149/155) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

3. TRAMITES 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 sitúe 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, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético (CD) la historia clínica en la que se soporte cada uno 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 y los requisitos establecidos por la DIAN.

Responsabilidad en cuanto a la Facturación Electrónica:

1499036294

El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2020 "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 05/05/2020 "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".

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.
Documentos requeridos:

a) Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
b) Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
c) 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.
d) Autorización del servicio en original
e) Orden médica.
f) 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.

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.

Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

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) días 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.

PARÁGRAFO PRIMERO: 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. 1 tramitará 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.

PARÁGRAFO SEGUNDO: OBJECIONES Y 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.

1499036294

PARÁGRAFO TERCERO: CONCILIACIÓN DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder 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

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.
Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747/2007.

Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad.

Bien o 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 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS).

Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen
Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR
BANCO: BANCOLOMBIA SA
TIPO DE CUENTA: CUENTA DE AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 58973808816

4. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 121.000.000	100%
Valor total de las entregas	$975.774	0.8%

1499036294

Valor total facturado	$ 0	0%
Valor facturado pendiente de pago	$ 121.000.000	100%
Valor pagado	$ 0	0%
Valor pendiente de entrega	$120.024.226	9.2%

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

No. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
NO 1	$975.774	31/12/2024	$975.774	Del FFE1774 A FFE1773	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

5. RECOMENDACIONES No se tiene recomendaciones

6. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

SUBINTENDENTE **FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR.**
LIDER SALUD MENTAL UPRES BOGOTÁ (E)
Supervisor Contrato No. 81-7-20073-23
Freddy.ochoa2743@correo.policia.gov.vo
No. Celular: 33228533391

1499036294

freddy.ochoam

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

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 31 DE DICIEMBRE DEL 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	**PN RASES No.1 N.º No.81-7-20322-24**
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT del contratista:	830507712-4
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	**PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1**
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:	**Vigencia 2024: UN MILLÓN DE PESOS ($1.000.000,00)** **Vigencia 2025: CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120.000.000,00)** **Total: CIENTO VEINTIÚN MILLONES DE PESOS ($121.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**

DIRECCIÓN DE FINANZAS GRUPO FINANCIERO

1499036294

Página 2 de 3	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		

Plazo de ejecución:	Plazo inicial 27/12/2024 hasta 30/05/2025, o hasta agotar presupuesto
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 71 N. 53-52 FUNDACION APRENDER A VIVIR
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR Líder Salud Mental UPRES BOGOTA
Fecha de entrega certificada:	27 DE DICIEMBRE DEL 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024

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
RASES N.1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1	$ 9.610.073	$ 9.610.073	0	$ 9.610.073

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN	NOTA O DEBITO DE CREDITO	VALOR DE LA FACTURA	VALOR TOTAL DE LA FACTURA
FFE1774	30/12/2024	27/12/2024 A 30/12/2024	9020062	27/12/2024		$487.887	$487.887

1499036294

Página 3 de 3	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		

FFE1773	30/12/2024	27/12/2024 A 30/12/2024	9020051	27/12/2024		$487.887	$487.887
						$ 975.774	$ 975.774

CONCEPTO E CUMPLIMIENTO: SE CERTIFICA QUE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ANEXO N.2 Y CONDICIONES ESTIPULADAS DEL CONTRATO. 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: SE AVALA EL PAGO DE LA FACTURA ANUNCIADA EN LA SIGUIENTE PLANILLA PARA EL PERIODO DE 27 DE DICIEMBRE DEL 2024 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2024

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	**REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.** El contratista deberá mantener vigente el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990 en el caso de tratarse de agremiaciones de profesionales con infraestructura. En el caso de agremiaciones de profesionales sin infraestructura estos están exentos de este registro y los que deben de acreditar su registro en el Ministerio de Salud y la Secretaria Distrital de Salud serán cada uno de los profesionales requeridos en concordancia con el Decreto 780 de 2016 y resolución 3100 de 2019 en lo que respecta al numeral **11.4.10 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS** y los 7 estándares que se relacionan a continuación: • **Estándar de talento humano.** • **Estándar de infraestructura.** • **Estándar de dotación.** • **Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.** • **Estándar de procesos prioritarios.** • **Estándar de historia clínica y registros.** • **Estándar de interdependencia.**	**SI**	**N/A**
2	**RECURSO HUMANO MÍNIMO REQUERIDO Y EXPERIENCIA DEL MISMO**		

	El contratista contara **Estándar de talento Humano** para la prestación del Servicio objeto del presente contrato cumpliendo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece los criterios y estándares para la habilitación de servicios de salud y los procedimientos e inscripción de prestadores de servicios de salud y para el presente proceso de contratación en lo que respecta al numeral **11.4.10 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:** **ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO.** **RECURSO HUMANO MINIMO REQUERIDO** • (02) PSICÓLOGO (A) • (01) PSIQUIATRA • (01 TRABAJO SOCIAL) • (01) TERAPEUTA OCUPACIONAL • (01) UN MEDICO GENERAL • (01) PROFESIONAL EN NUTRICION • U OTROS PROFESIONALES QUE AMERITEN EN EL PROCESO DE REHABILITACION El servicio deberá ser prestado por el profesional idóneo en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros.		
	CAPACIDAD OPERATIVA		
3	**INSTALACIONES:** El Contratista dispondrá de un área física con las siguientes características: • Delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar. • Protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada. • Incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales, y de familia y consultorios. • Contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo. • El Contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1		

1499036294

Página 5 de 3	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		

4	El contratista deberá notificar al correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co de manera formal y oportuna los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) para su análisis y evaluacion a través del Grupo de garantía de la calidad en salud de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.		
5	El contratista deberá enviar a diario el censo de pacientes a los correos electrónicos disan.upb-sm@policia.gov.co y disan.upb-rc@policia.gov.co de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.		
6	El Contratista deberá notificar al correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co de manera formal y oportuna las no asistencias de los familiares y/o usuario para el procedimiento, (tratamiento) así como no adherencia al tratamiento establecido (falta de colaboración de los mismos) a pesar de las orientación brindada y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación.		
7	Una vez se de egreso al paciente del ámbito hospitalario, se deberá remitir por correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co, COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL, la epicrisis de la atención prestada, además se le orientara al usuario sobre la trascripción de las ordenes medicas generadas las cuales se recepcionaran de manera presencial de lunes a viernes de 06:30 horas a 16:00 horas en la oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1 ubicada en la Cra. 68b Bis #26-58 edificio Duarte Valero torre 1 piso o de manera virtual a través del link https://sgs.policia.gov.co:8080/PSS/Cuenta/Login?ReturnUrl=%2FPSS%2FCertificados%2FCertificadoBeneficiario en horario continuo.		
8	El contratista deberá adherirse a los siguientes lineamientos internos de la Policía Nacional- Dirección de Sanidad, así: • El Subsistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional cuenta con un manual único de medicamentos y terapéutica del SSPM establecido en el acuerdo No 080 de 2022 el cual debe ser de conocimiento del contratista y del personal de profesionales para que la prescripción de medicamentos se realice conforme a lo establecido en el mencionado acuerdo. Cuando se haga necesaria la formulación de medicamentos que no estén contemplados en el acuerdo No 080 de 2022, se debe cumplir con el siguiente protocolo: • La prescripción del medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, sólo podrá realizarse por un médico u odontólogo especialista habilitado según corresponda, para la formulación correspondiente.		

1499036294

	• Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva. • La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado todas las posibilidades terapéuticas del presente Manual, sin obtener respuesta clínica o para clínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el Manual. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente. • Las solicitudes de este tipo de moléculas a nivel ambulatorio y hospitalario, deben estar debidamente soportadas y diligenciadas en los formatos respectivos. Ambulatorio (formato emitido por el Establecimiento de Sanidad Policial) e intrahospitalario (formato emitido por el respectivo prestador). • **ACUERDO No. 080 del 27 de mayo de 2022** *"POR EL CUAL SE DICTAN POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN FARMACÉUTICA Y SE DETERMINA EL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA PARA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL".* • **DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PERMANENTE NO. 003 del 10 de marzo de 2023***" DIRECTRICES PARA LA EXPEDICION Y RESGISTRO DE EXCUSAS DE SERVICIO, INCAPACIDAD MEDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA".* • **ACUERDO 002 del 27 de abril de 2001** *"PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL"* los cuales serán socializados por el área de Referencia, contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.1 de manera mensual. **Las cuáles serán socializados por el supervisor del contrato o quien haga sus veces**.		
9	En el caso de que se requiera un procedimiento que no esté contemplado en el contrato y que el contratista ofrezca, este se podrá incluir mediante solicitud del supervisor al ordenador del Gasto para realizar la modificación del Contrato. El valor será establecido previa solicitud de mínimo dos (2) cotizaciones, incluida una del contratista y conforme al estudio de mercado se tomará el valor más favorable.		
10	Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, de acuerdo a normatividad vigente.		
11	El contratista se compromete a designar un coordinador eficiente del contrato como apoyo de solución a los inconvenientes que den a lugar en la ejecución		

	del mismo. Para este ejercicio de su función deberá disponer de los medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información, que permita atender los requerimientos, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.		
12	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios		
13	El contratista se compromete a expedir los conceptos médicos que formule la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.1, a través del supervisor del contrato.		
14	El contratista presentara a la oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1 y al supervisor del contrato los pacientes que por sus comorbilidades requieran de un manejo integral diferente al de salud mental para su ubicación en la red de prestadores de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1		
	El contratista deberá Informar al supervisor del contrato cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un **setenta (70%) por ciento de ejecución.**		
15	El contratista deberá aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico Concurrente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, supervisor del contrato y la coordinación de salud mental.		
16	El contratista deberá delegar un especialista para que intervenga en las reuniones de decisiones médicas cuando su participación sea solicitada por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.		
17	EL Contratista deberá mantener vigente el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
18	El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2020 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica 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 sistemas de facturación.		

1499036294

19	Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.		
20	El contratista prestará en el servicio de salud en cumplimiento a al DECRETO 4747 DE 2007 (diciembre 07) "***Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"*** (orden médica, documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional Vigente) y al **DECRETO 441 DE 2022** ***"Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud".***		
21	Para la atención del paciente a través del servicio de urgencias, el contratista deberá dar aplicabilidad al DECRETO 4747 DE 2007 "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones" ARTÍCULO 3°. DEFINICIONES. Numeral e). Referencia y contrarreferencia, y notificara al asegurador al correo electrónico disan.griss-crf@policia.gov.co de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.		
22	Cuando se detecte que un paciente es consultante crónico, el contratista deberá reportar al supervisor del contrato al correo disan.upb-sm@policia.gov.co la frecuencia de uso del servicio.		
23	El contratista se compromete a facturar por evento en el caso en que no se preste la totalidad del paquete contratado, denominado **(RUPTURA DEL PAQUETE)**		
24	El contratista brindará atención encaminada al tratamiento de la dependencia y el consumo de sustancias psicoactivas, el cual incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y/o ludopatía además de la intervención orientada a la reinserción		

1499036294

	social la cual hace referencia al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas alcoholismo y/o ludopatía; ésta área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes: • Familiar • Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo. • Asesoramiento educativo. • Alojamiento o Vivienda. Habiendo posibilidad de diversos enfoques en el tratamiento se contará con un enfoque aceptado y validado nacional e internacionalmente. Por lo anterior el contratista entregará las guías de manejo actualizadas en ejercicio a la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y/ los dictados de acuerdo con las rutas integrales de atención en Salud (RIAS) específicamente la ruta de atención en SPA, con las cuales se realizará la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1. Las guías de manejo serán entregadas al supervisor de contrato mediante correo electrónico DISAN.UPB-SM@POLICIA.GOV.CO;		

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.

Atentamente,

FIRMA DE SUPERVISOR
Subintendente **FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR**
Lider de Salud Mental

1499036294

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830007712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR		CR 71 53 52	3103330027	johnpark_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B - menos de 200 c			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
2025-12	2025-11	E	02/12/2025	93256077	TOTAL A PAGAR	
					39.168.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	182.500	0		0		0	0	0	0	182.500	1
EPS010	Sanitas EPS	800251440-6	182.500	0		0		0	0	0	0	182.500	1
EPS018	Compensar EPS	860066942-7	543.600	0		0		0	0	0	0	543.600	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.943.800	0		0		0	0	0	0	1.943.800	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	182.500	0		0		0	0	0	0	182.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (RC + Protección)	800227739-0	234.000	0	0	0	0	0	0		234.000	1
230301	Porvenir	800224808-5	696.000	0	0	0	0	0	0		696.000	1
251001	Colfondos	800227940-4	234.000	0	0	0	0	0	0		234.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.364.100	0	0	60.000	60.000	0	0		2.664.102	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	123.100				123.100	0	0	123.100			1.231	125.300	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	952.196	0	0	952.196	7

1499036294

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	fcmuano_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	6 – marco de 205 c			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
2024-12	2024-11	E	09/12/2024	82236067	TOTAL A PAGAR	
					$9,168,900	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aportes	Días Mora	Valor Mora Aportes	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
476,100	0	0	476,100	7
ICBF				
714,300	0	0	714,300	7
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	2,575,200	2,575,200
Pensión	4	3,323,100	3,323,100
Riesgos Laborales	1	123,100	123,100
CCF	1	952,100	952,100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	714,300	714,300
MEN	0	0	0
SENA	1	476,100	476,100
TOTALES	13	9,162,900	9,168,900

PAG

Este documento está registrado ante [illegible]

1499036294

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	8305977424	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103334027	jdiaztva_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – demas de 200 c			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
2024-12	2024-11	E	20/12/2024	88395053	TOTAL A PAGAR	
					55.168.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Suspensión Temporal	Aporte Voluntario Empleador	Aporte Voluntario Trabajador	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Cod. AFP	%Cot AFP	Cotización	Valor mora o Afiliado	Valor mora Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	%Cot EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	%Cot ARL	Clase Riesgo	Cotización	Cargos CCF	%Cot CCF	Aporte CCF	%Cot ICBF mayor aportante	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53040228	DUAN TIQUE MARIA DOLY	1	0																X	25-16	1.000.000	160.000	0	0	0	EPS045	1.300.000	182.000	14-03	1.044%	2	13.572	CCF21	1.300.000	4%	52.000	1.300.000	39.000	39.000	0	0
2	CC	52164377	MARTINEZ SANCHEZ MARTHA CECILIA	1	0																	25-16	1.256.667	201.100	0	0	0	EPS045	1.756.667	157.150	14-03	1.044%	2	13.572	CCF21	1.256.667	4%	50.267	1.256.667	37.700	37.700	0	0
3	CC	52164377	MARTINEZ SANCHEZ MARTHA CECILIA	1	0																X	25-16	40.334	7.200	0	0	0	EPS045	40.334	5.254	14-03	1.044%	2	0	CCF21	40.334	4%	1.300	40.334	1.200	1.200	0	0
4	CC	39291900	VALVUENA GOMAL MARIA CLARITZA	1	0																	25-16	4.333.333	693.300	0	0	0	EPS034	4.333.333	563.333	14-03	1.044%	2	45.200	CCF21	4.333.333	4%	173.333	4.333.333	130.000	130.000	0	0
5	CC	74356705	MARTINEZ SANCHEZ ESTHER	1	0																	25-16	1.775.000	284.000	0	0	0	EPS037	1.775.000	231.000	14-03	1.044%	2	18.572	CCF21	1.775.000	4%	71.000	1.775.000	53.250	53.250	0	0
6	CC	79150214	PEREZ VALENCIA JHON ALEXANDER	1	0																X	25-16	1.000.000	160.000	0	0	60.000	60.000	EPS037	12.000.000	1.560.000	14-03	17.400%	3	0	CCF21	12.000.000	4%	480.000	12.000.000	240.000	360.000	0	0
7	CC	80245545	CANDOVAL TAMAYO DAVID	1	0																	25-16	1.775.000	284.000	0	0	0	EPS037	1.775.000	231.000	14-03	1.044%	2	18.572	CCF21	1.775.000	4%	71.000	1.775.000	53.250	53.250	0	0
8	CC	51740220	SANCHEZ BARRAGAN ELSA	1	0																	25-16	1.300.000	208.000	0	0	0	EPS041	1.300.000	182.000	14-03	1.044%	2	13.572	CCF21	1.300.000	4%	52.000	1.300.000	39.000	39.000	0	0

Este documento está firmado con la FIRMA DIGITAL

1499036294

freddy.ochoam

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

POLICÍA NACIONAL

ÁREA DE SANIDAD

FUNDACION APRENDER A VIVIR	FE1736	30/12/2024	27/12/2024 A 30/12/2024	MIGUEL ANGEL VELANDIA OROZCO	1012438553	TRATAMIENTO REHABILITACION	TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS.	$	487.887	28
FUNDACION APRENDER A VIVIR	FE1773	30/12/2024	27/12/2024 A 30/12/2024	FABIO ARISTO PINZON ACEVEDO	80851104	TRATAMIENTO REHABILITACION	TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS.	$	487.887	40
								$	975.774	

1499036294

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1774

				Fecha y hora Factura	
Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Generación**	30/12/2024, 15:17
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Expedición**	30/12/2024, 15:17
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Vencimiento**	29/01/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Diciembre 27 al 30 Miguel Angel Velandia Orozco. Autorizacion No 9020062	1.00	487,887.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:
Cuatrocientos ochenta y siete mil ochocientos ochenta y siete pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2025-01-29 por $ 487,887.00

Observaciones:

Total Bruto	487,887.00
Total a Pagar	**487,887.00**

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo S/AS - Nit 830.085.435-8. Nombre Software: Siigo Nube. Forma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: 0f16f5d108ef8a61c9b04023e776ee2128db0aa2ff9041ffec35f4982861fcd41d3db78efb8bc3bfe33be17f03a15814

1499036294

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 9020062 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 27/12/2024 18:03:41

Información del Prestador

Nombre	FUNDACION APRENDER A VIVIR	**Identificación Prestador**	830507712
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	**Municipio**	BOGOTÁ
Dirección	CL 53# 67-15/25	**Teléfono**	2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre	MIGUEL ANGEL VELANDIA OROZCO	**Identificación Paciente**	1012438553
Departamento	SANTANDER	**Municipio**	GUEPSA
Dirección	CL 5 3 10	**Teléfono**	17305400
Fecha de Nacimiento	28/11/1996		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
138B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones TRATAMIENTO DE SERVICIO DE CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (INTERNACIÓN), EL CUAL ES PROYECTADO PARA UNA DURACIÓN DE AL MENOS 5 MESES, CON 60 DÍAS DÍAS DE INTERNACIÓN Y 3 MESES DE SOPORTE. PACIENTE QUE YA SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO ANTERIORMENTE PARA TERMINAR TIEMPO DE INTERNACION Y SOPORTE.
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020322-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico	00
Cargo	AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 dias. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

Fundación Aprender a Vivir

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor MIGUEL ANGEL VELANDIA OROZCO identificado con cedula de ciudadanía No. 1.012.438.553, durante el mes de diciembre del 2024 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de INTERNADO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los treinta (30) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

1499036294

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1773

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-		
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación	30/12/2024, 15:13
Expedición	30/12/2024, 15:13
Vencimiento	29/01/2025

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad Internado Diciembre 27 al 30 Fabio Ariosto Pinzon Acevedo. Autorizacion No 9020051	1.00	487,887.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatrocientos ochenta y siete mil ochocientos ochenta y siete pesos m/cte

Total Bruto	487,887.00
Total a Pagar	**487,887.00**

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2025-01-29 por $ 487,887.00

Observaciones:

Fabricado Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit 830.085.435-8. Nombre Software Siigo Nube. Firma electrónica vor en NIXI.

- A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8720: Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL

CUFE: 8f15c85c2295a4b10ebadad526c2e734c6debd8181aefc1627e49333289c8b1392b8480289c67da6ecd839bc881e71f

1499036294

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

Fundación Aprender a Vivir

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor FABIO ARIOSTO PINZON ACEVEDO identificado con cedula de ciudadanía No. 80.851.104 durante el mes de diciembre del 2024 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de INTERNADO; los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los treinta (30) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

1499036294

freddy.ochoam

GS-2025-002954-MEBOG

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 293.270

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	11 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MALDONADO MERCHAN GLORIA ELIZABETH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	64 AÑOS 3 MESES 27 DÍAS	CC	39709683
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIÓN DE SALUD QUE REQUIERE RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES. - APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *APTO CON RECOMENDACIONES*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
TRES MESES -	TEMPORAL	TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE PATOLOGIA LUMBAR Y DOLOR ARTICULAR EN ESTUDIO QUE GENERA UNAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN SER APLICADAS INTRA Y EXTRALABORALMENTE DE CARACTER TEMPORAL DURANTE TRES MESES ,SE DEBE GARANTIZAR CONTINUAR ASISTENCIA A CONTROLES DE ESPECIALISTA Y TERAPIAS DE REHABILITACION EN LA EPS . ASI MISMO SE RECOMIENDA EVALUACION DE PUESTO DE TRABAJO DESDE EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA GARANTIZAR ERGONOMIA DE COLUMNA Y DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES PARA EVITAR QUE ESTOS INCIDAN EN EL CURSO DE LA PATOLOGIA EN MENCION . RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES (VALIDAS INTRA Y EXTRALABORALES) - PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HRS POR 5 MINUTOS * TENER EN CUENTA LO APRENDIDO EN TERAPIA FISICA - ALTERNAR POSTURAS DE FORMA PERIODICA DURANTE LA JORNADA LABORAL CADA 2 HRS POR 5 MINUTOS - EVITAR REALIZAR CARGAS FISICAS DE ARRASTRE O LEVANTAMIENTO MAYORES 10 KG -EVITAR ACTIVIDADES QUE GENEREN ALTO IMPACTO ARTICULAR O VIBRACION DE COLUMNA -EVITAR ACTIVIDADES QUE GENEREN ALTO IMPACTO ARTICULAR O VIBRACION DE MIEMBROS SUPERIORES - EVITAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN ELEVACION DE BRAZOS POR ENCIMA DEL NIVEL DE LOS HOMBROS - SI ES NECESARIO REALIZARLOS SUBIENDOSE A UNA ESCALERA O SILLA -

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

GLICEMIA	✓	.VISIOMETRIA.	✓
PERFIL LIPIDICO.	✓	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR.	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON ESPECIALISTA EN SU EPS : CONTINUAR CONTROLES MEDICINA INTERNA -FAMILIAR -ORTOPEDIA EN EPS	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ A PELIGROS	
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE PATOLOGIA LUMBAR Y DOLOR ARTICULAR EN ESTUDIO QUE GENERA UNAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN SER APLICADAS INTRA Y EXTRALABORALMENTE DE CARACTER TEMPORAL DURANTE TRES MESES ,SE DEBE GARANTIZAR CONTINUAR ASISTENCIA A CONTROLES DE ESPECIALISTA Y TERAPIAS DE REHABILITACION EN LA EPS . ASI MISMO SE RECOMIENDA EVALUACION DE PUESTO DE TRABAJO DESDE EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA GARANTIZAR ERGONOMIA DE COLUMNA Y DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES PARA EVITAR QUE ESTOS INCIDAN EN EL CURSO DE LA PATOLOGIA EN MENCION .
RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES (VALIDAS INTRA Y EXTRALABORALES)

- PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HRS POR 5 MINUTOS * TENER EN CUENTA LO APRENDIDO EN TERAPIA FISICA
- ALTERNAR POSTURAS DE FORMA PERIODICA DURANTE LA JORNADA LABORAL CADA 2 HRS POR 5 MINUTOS
- EVITAR REALIZAR CARGAS FISICAS DE ARRASTRE O LEVANTAMIENTO MAYORES 10 KG
-EVITAR ACTIVIDADES QUE GENEREN ALTO IMPACTO ARTICULAR O VIBRACION DE COLUMNA
-EVITAR ACTIVIDADES QUE GENEREN ALTO IMPACTO ARTICULAR O VIBRACION DE MIEMBROS SUPERIORES - EVITAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN ELEVACION DE BRAZOS POR ENCIMA DEL NIVEL DE LOS HOMBROS - SI ES NECESARIO REALIZARLOS SUBIENDOSE A UNA ESCALERA O SILLA -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: SALAZAR SEPULVEDA GERMAN LEONARDO

R. M.: 74377618 **L.S.O.:** 3756 DE 29-07-201

Código de Seguridad K652Q1W293270

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MALDONADO MERCHAN GLORIA ELIZABETH

CC: 39709683

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012
Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.