


| | | |
|-----------------------|---|--|
| Página 1 de 7 | 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 1637296567 | | |

GS-2025- - DEBOY-29.25

Duitama, 01 de marzo del 2025

Señor coronel
JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO
 Comandante Policía Metropolitana de Tunja (E)
 Carrera 11 No. 19 – 85 Centro Histórico
 Ciudad.-

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato u orden de compra No. **95-7-20298-24**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL _____

Periodo del informe de supervisión


| | | | |
|--------------|-------------------|--------------|-------------------|
| Desde | 01/02/2025 | Hasta | 28/02/2025 |
|--------------|-------------------|--------------|-------------------|

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

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2024-213697-DEBOY, el señor coronel, **MARCOS WILSON FORERO RUGE** obrando en calidad de Comandante Policía Metropolitana de Tunja, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señora Intendente jefe **AURA YAMILE ROJAS VELANDIA** Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud ESPRI.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual X
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** (4)
- Informe de supervisión del mes de **NOVIEMBRE** del periodo comprendido entre el 18/11/2024 y el 30/11/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2024-228724-DEBOY del 01/12/2024 radicado en GEPOL a mi Coronel **MARCOS WILSON FORERO RUGE**, Comandante Policía Metropolitana de Tunja.
- Informe de supervisión del mes de **DICIEMBRE** del periodo comprendido entre el 01/12/2024 y el 16/12/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2024-240565-DEBOY del 17/12/2024 radicado en GEPOL a mi Coronel **MARCOS WILSON FORERO RUGE**, Comandante Policía Metropolitana de Tunja.

| | | |
|--|---|--|
| Página 2 de 7 | 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 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Informe de supervisión del mes de DICIEMBRE del periodo comprendido entre el 17/12/2024 y el 31/12/2024, presentado mediante comunicación oficial GS-2024-247056-DEBOY del 31/12/2024 radicado en GEPOL a mi Coronel MARCOS WILSON FORERO RUGE, Comandante Policía Metropolitana de Tunja. Informe de supervisión del mes de ENERO del periodo comprendido entre el 01/01/2025 y el 31/01/2025, presentado mediante comunicación oficial GS-2025-021742-DEBOY del 01/02/2025 radicado en GEPOL a mi Coronel MARCOS WILSON FORERO RUGE, Comandante Policía Metropolitana de Tunja. | | |
| Información del contrato u orden de compra | | |
| Contrato No. / Orden de compra No. | 95-7-20298-24 | |
| Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FISIOTERAPEUTA, PARA LA UNIDAD PRESTADOR DE SALUD BOYACÁ. | |
| Contratista | MARGARITA ROSA CONSUEGRA RESTREPO | |
| Representante legal | No aplica | |
| Valor inicial del contrato u orden de compra | \$13.151.688,00 | |
| Valor adiciones del contrato u orden de compra | No aplica | |
| Valor total del contrato u orden de compra | \$13.151.688,00 distribuidos de la siguiente manera, \$3.927.240,17 para vigencia 2024 y \$9.224.447,83 para vigencia futura 2025 | |
| Plazo de ejecución inicial | CUATRO (04) MESES Y (24) VEINTICUATRO DÍAS | |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra | 18/11/2024 | |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente) | 11/04/2025 | |
| Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es) | No Aplica | |
| Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es) | No Aplica | |
| Adiciones | No Aplica | |
| Modificatorios | No Aplica | |
| Prorrogas | No Aplica | |
| Otros | No Aplica | |
| 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA | | |
| 1.1 Acciones adelantadas: | | |

| | | |
|---------------------|---|--|
| Página 3 de 7 | 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 Coordinador del Establecimiento de Sanidad Policial Primario Duitama desarrollo los seguimientos a las actividades desarrolladas por la profesional en beneficio de nuestros usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Ejecutar los protocolos, procesos, y guías de manejo del departamento de enfermería dando cumplimiento a los estándares establecidos (cumple)
2. Orientar vigilar y acompañar en caso necesario al paciente durante su estancia en el servicio o traslado a los diferentes departamentos de diagnóstico y tratamiento con solicitud de estudio (cumple)
3. Participar en programas de socialización, evaluación con el fin de mantenerse actualizado e informado (cumple)
4. Informar y evidenciar situaciones que se generen de la atención en salud (evento adverso) para así dar atención de manera oportuna (cumple) manejo de biológicos, transporte, envase, y conservación de los mismos de acuerdo a lo estipulado resolución 412 del 2000 (cumple)

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


CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---------|-------------------------------|
| cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social) | SI | No. 8384011189 del 10/02/2025 |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLIO | OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS |
|--|--------------------|--|
| Establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica | SI X NO ___ | Establecí la valoración del paciente y registré la historia clínica. |
| Plantear unos objetivos terapéuticos, diseñar un plan terapéutico y realizar el tratamiento fisioterapéutico a pacientes de consulta externa y hospitalizada y visitas domiciliarias de acuerdo a la necesidad y al requerimiento que en términos generales incluye aplicación de calor húmedo, crioterapia, ultrasonido, tens, masaje, drenaje, linfático manual. | SI X NO ___ | Plantee unos objetivos terapéuticos, se diseñe su plan terapéutico y el tratamiento fisioterapéutico |
| Aplicar métodos de evaluación inicial y final, la utilización de escalas de valoración funcional y test de balance articular, muscular, sensitivo, circulatorio, así con la evaluación del dolor. | SI X NO ___ | Aplique métodos de evaluación inicial y final. |
| Evaluar y entrenar al paciente a compensar las diferencias sensoriales preceptuales y cognoscitivas. | SI X NO ___ | Evalué y entrene al paciente a compensar las diferencias sensoriales preceptuales y cognoscitivas. |
| Promueve aprendizaje de habilidades y capacidades físicas pérdidas o no desarrolladas previamente por el paciente | SI X NO ___ | Promoví aprendizaje de habilidades y capacidades físicas pérdidas |
| Considera las necesidades, motivaciones, intereses, potenciales y recursos individuales | SI X NO ___ | Se motiva al paciente a continuar tratamiento. |
| Lograr que el paciente participe y colabore activamente con la rehabilitación. | SI X NO ___ | Paciente participa y colabora en su tratamiento |
| Educar a la familia en lograr la independencia del paciente y reducir la sobreprotección | SI X NO ___ | Integración de la familia en el tratamiento. |

| | | |
|---|---|--|
| Página 4 de 7 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS |  POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | | |
| Versión: 5 | | |
| INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | | |
| Estimular el adiestramiento y la ejecución de actividades de ocupación en enfermos mentales y general en personas de la tercera edad | SI <u>X</u> NO ___ | Capacitar a los enfermos mentales y adultos mayores |
| Evaluar y tratar la disfagia en colaboración con logofoniatra y enfermería | SI <u>X</u> NO ___ | Trabajo en equipo multidisciplinario |
| Evaluar y entrenar en actividades del auto cuidado como verterse, comer, higiene personal y en otras actividades de la vida diaria para lograr la mayor independencia posible | SI <u>X</u> NO ___ | Entrenamiento en actividades de la vida diaria |
| Educar y orientar al paciente y a sus cuidadores sobre técnicas y estrategias que permitan facilitar la adaptación de los objetos de uso cotidiano | SI <u>X</u> NO ___ | Reeducar al paciente y a sus cuidadores sobre su rehabilitación |
| Dar indicaciones generales y entrenamiento a pacientes y familiares sobre cuidados óseos, prevención de escaras, postura correcta en lecho, movilización de paciente postrado, prevención de lesiones y de la fatiga física del cuidador. | SI <u>X</u> NO ___ | Se da manejo de paciente en cama e higiene postural del cuidador. |
| Realizar la implementación de un plan de tratamiento en casa, para que el paciente y su núcleo familiar continúen el proceso de rehabilitación y eviten complicaciones por falta de continuidad y cumplimiento de las indicaciones emitidas por el especialista. | SI <u>X</u> NO ___ | Se realiza plan casero. |
| Vigilar la conservación y el buen estado del material que se utiliza en fisioterapia, así como de los aparatos, procurando que estén en condiciones de perfecta utilización | SI <u>X</u> NO ___ | Cuidar de equipos terapéuticos disponibles |
| Poner en conocimiento del médico tratante cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia de los pacientes | SI <u>X</u> NO ___ | Intercomunicación profesional |
| Trabajar en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente | SI <u>X</u> NO ___ | Se trabaja con equipo multidisciplinario |
| Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | SI <u>X</u> NO ___ | Reportar eventos adversos y reacción adversas al comité de Seguridad del paciente |
| Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica | SI <u>X</u> NO ___ | Se guarda custodia de historias clínicas |
| Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo | SI <u>X</u> NO ___ | Se realiza archivo documental de terapia física |
| Plantear unos objetivos terapéuticos, diseñar un plan terapéutico y realizar el tratamiento fisioterapéutico a pacientes de consulta externa y hospitalizada y visitas domiciliarias de acuerdo a la necesidad y al requerimiento que en términos generales incluye aplicación de tens, masaje, drenaje, linfático manual | SI <u>X</u> NO ___ | Se plantea objetivos terapéuticos, según guía de manejo de rehabilitación |
| Dar indicaciones generales y entrenamiento a pacientes y familiares sobre cuidados óseos, prevención de escaras, postura correcta en lecho, movilización de paciente postrado, prevención de lesiones y de la fatiga física del cuidador. | SI <u>X</u> NO ___ | Se da manejo de paciente en cama e higiene postural del cuidador. |
| Realizar la implementación de un plan de tratamiento en casa, para que el paciente y su núcleo familiar continúen el proceso de rehabilitación y eviten complicaciones por falta de continuidad y cumplimiento de las indicaciones emitidas por el especialista | SI <u>X</u> NO ___ | Se da un plan casero de acuerdo a la patología |
| Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud | SI <u>X</u> NO ___ | Reportar eventos adversos y reacción adversas al comité de Seguridad del paciente |

| | | |
|--|--|--|
| Página 5 de 7 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS |  POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | | |
| Versión: 5 | | |
| INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | | |
| Portar el carnet institución que lo identifique como contratista de la unidad prestadora de salud Boyacá en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual | SI X NO ___ | Se porta el carnet en un lugar visible |
| Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por la unidad prestadora de salud Boyacá. | SI X NO ___ | Se asiste en reuniones virtuales y presenciales según el requerimiento |
| Actuar con forme a lo establecido según los protocolos de atención de urgencias y/o guías de manejo fijadas para el sistema de salud de la Policía Nacional; de igual forma no ejecutar procedimientos sin pertinencia médica al igual que formular medicamentos que no se encuentren contemplado el acuerdo de medicamentos; lo anterior so pena de efectuarse el descuento estos valores de los honorarios de los profesionales que prestan sus servicios a la Policía Nacional. | SI X NO ___ | Adherencia a guías de manejo en rehabilitación |
| Ingreso de los usuarios al SISAP. Ingreso y salida de insumos en el KARDEX. | SI X NO ___ | Se ingresan de los usuarios al SISAP. Ingreso y salida de insumos en el KARDEX. |
| El contratista se compromete a dar cumplimiento en lo pactado en la macro agenda de forma mensual con el fin de no incurrir en incumplimientos y alteraciones en la en la nacionalidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá | SI X NO ___ | Se cumple con el horario de la macro agenda |
| El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes 5 días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 reporte de incidentes y eventos adversos | SI X NO ___ | Se reportan eventos adversos en los 5 primeros días siguientes a su ocurrencia |
| 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 X NO ___ | Se guarda total confidencialidad |
| Cláusula de 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 solo 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 | SI X NO ___ | Se guarda total confidencialidad |

| | | |
|---|---|---|
| Página 6 de 7 | 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 | | |
| 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. | | |
| Cumplimiento de la normatividad: 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 título 2 del libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan 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 | | |
| Las demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá o el supervisor del contrato. | | SI X NO Se cumplen las demás que le sean asignadas de acuerdo con el área de desempeño por el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá o el supervisor del contrato. |

2.1. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

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


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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (103) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (41) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional realizará los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por CUATRO (04) MESES Y (24) VEINTICUATRO DÍAS, que se efectuarán entre el 1 al 15 de cada mes de la presente anualidad. Cada pago del presente contrato se efectuará en mensualidades vencidas de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC) por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA (\$2.739.935,00). De acuerdo a la Resolución No 193 del 14/05/2024 "Por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la Dirección de Sanidad". Los pagos se harán en la cuenta que se indica en el numeral 13 del presente contrato: los cuales se efectuarán una vez se perfeccione el presente documento y se emita el recibo a satisfacción para cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos del pago, LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos correspondientes, con una antelación no inferior a diez (10) días a la fecha prevista para el mismo, de igual forma teniendo encuenta la Ordenanza 030 del 25 de octubre del 2005 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISIÓN DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA" y el Comunicado 035 del 26 de agosto del 2022 "POR MEDIO DE LA CUAL SE DAN ORIENTACIONES PARA LA LIQUIDACION Y PAGO DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC" el Contratista realizara el pago correspondiente por concepto de estampilla liquidando el 1% al valor mensual en el Banco de Bogotá, echo este proceso se generará un código QR que emitirá la respectiva estampilla, el cual será escaneado y verificado por la unidad encargada de la entidad contratante, requisito indispensable como soporte para el pago; su incumplimiento tendrá como efecto la reprogramación presupuestal para el mes siguiente. Así mismo, LA CONTRATISTA deberá relacionar en la respectiva cuenta de cobro, el número o referencia de la planilla de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, mes vencido, que le corresponden según la ley.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

| | | |
|---------------------|---|---|
| Página 7 de 7 | 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 | | |

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

| a. Balance general de pagos y entregas | | |
|--|-----------------|--|
| | Valor en pesos | % del valor del contrato u orden de compra |
| Valor total del contrato u orden de compra | \$13.151.688,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | \$9.407.110,17 | 72% |
| Valor total facturado | \$9.407.110,17 | 72% |
| Valor facturado pendiente | \$2.739.935,00 | 21% |
| Valor pagado | \$6.667.175,17 | 51% |
| Valor pendiente de entrega | \$3.744.577,83 | 28% |

| b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra únicamente del periodo que está informando) | | | | | | | |
|--|----------------|------------------------------|-----------------|-------------|--------------|-------------------|-------------------|
| No. de acta o constancia de recibido | Valor recibido | Fecha de recibido | Valor facturado | No. factura | Valor pagado | Valor deducciones | No. orden de pago |
| Cuenta de cobro No. 5 | \$2.739.935,00 | del 01/02/2025 al 28/02/2025 | \$2.739.935,00 | 5 | \$0,00 | \$0,00 | Pendiente |

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

5. RECOMENDACIONES

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

6. CONCLUSIONES

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

| | | |
|--|----------------|--|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | SI <u>X</u> | Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros). |
| | NO <u> </u> | 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,




Intendente jefe AURA YAMILE ROJAS VELANDIA

Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud Duitama


Supervisor Contrato u orden de Compra No. 95-7-20298-24

Correo electrónico: Deboy.espri-duit@policia.gov.co

No. Celular: 350-5561017

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| Página 1 de 4 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS |  POLICIA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | | |
| Versión: 3 | | |
| CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | | |

| Ciudad y fecha: | Duitama, 01 de Marzo del 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|----------------------------|-----------------|--|------------------|--|-------------------------|--|-------------------------------------|---|-------------------------|--|------------------------|--|------------------------------|--|
| Unidad: | Unidad Prestadora de Salud Boyacá – Metropolitana de Tunja | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de contrato | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de contrato</th> <th>Marque el tipo de contrato</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> | 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 | |
| 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. | 95-7-20298-24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Constancia de recibido No. | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contratista: | MARGARITA ROSA CONSUEGRA RESTREPO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIT del contratista: | 46.669.682 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como Fisioterapeuta para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | No aplica | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | \$13.151.688,00 distribuidos de la siguiente manera, \$3.927.240,17 para vigencia 2024 y \$9.224.447,83 para la vigencia futura 2025. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plazo de ejecución: | 18/11/2024 AL 11/04/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No aplica | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Unidad Prestadora de Salud Boyacá - Establecimiento Primario de Atención en Salud Duitama, carrera 16 n° 10-07 Barrio El Carmen | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI NO X | No aplica | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Intendente Jefe AURA YAMILE ROJAS VELANDIA Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud Duitama | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de entrega certificada: | 01/02/2025 AL 28/02/2025 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------------|--|--|
| Página 2 de 4 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS |  POLICIA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |


| | | | | | | | |
|--|----------------------|------------------------|--|------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024-2025 | Unidad | Recursos | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
| | UPRES BOYACA | 16 | Fisioterapeuta | \$ 2.739.935,00 | \$ 2.739.935,00 | \$ 0,00 | \$ 2.739.935,00 |
| Acta de recepción de bienes | No Aplica | | | | | | |
| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto | | | |
| 5 | 01/03/2025 | \$ 2.739.935,00 | \$ 0,00 | \$ 2.739.935,00 | | | |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | \$ 2.739.935,00 | \$ 0,00 | \$ 2.739.935,00 | | | |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como Fisioterapeuta de 33 horas semanales y 143 horas mensuales de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la Resolución 193 del 14/05/2024 de la Dirección de Sanidad en el Establecimiento de Sanidad Policial Primario Duitama, la 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. 5 correspondiente al periodo del **01 de Febrero al 28 de Febrero del 2025.**

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

| No. | OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | CUMPLIO | OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS |
|-----|--|--|--|
| 1 | Establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Establecí la valoración del paciente y registre la historia clínica. |
| 2 | Plantear unos objetivos terapéuticos, diseñar un plan terapéutico y realizar el tratamiento fisioterapéutico a pacientes de consulta externa y hospitalizada y visitas domiciliarias de acuerdo a la necesidad y al requerimiento que en términos generales incluye aplicación de calor húmedo, crioterapia, ultrasonido, tens, masaje, drenaje, linfático manual. | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Plantee unos objetivos terapéuticos, se diseñe su plan terapéutico y el tratamiento fisioterapéutico |
| 3 | Aplicar métodos de evaluación inicial y final, la utilización de escalas de valoración funcional y test de balance articular, muscular, sensitivo, circulatorio, así con la evaluación del dolor. | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Aplice métodos de evaluación inicial y final. |

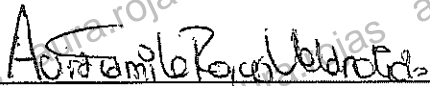
| | | |
|---------------------|--|---|
| Página 3 de 4 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS |  |
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
| Versión: 3 | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 4 | Evaluar y entrenar al paciente a compensar las diferencias sensoriales preceptuales y cognoscitivas. | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Evalúe y entrene al paciente a compensar las diferencias sensoriales preceptuales y cognoscitivas. |
| 5 | Promueve aprendizaje de habilidades y capacidades físicas pérdidas o no desarrolladas previamente por el paciente | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Promoví aprendizaje de habilidades y capacidades físicas pérdidas |
| 6 | Considera las necesidades, motivaciones, intereses, potenciales y recursos individuales | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se motiva al paciente a continuar tratamiento. |
| 7 | Lograr que el paciente participe y colabore activamente con la rehabilitación | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Paciente participa y colabora en su tratamiento |
| 8 | Educar a la familia en lograr la independencia del paciente y reducir la sobreprotección | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Integración de la familia en el tratamiento. |
| 9 | Estimular el adiestramiento y la ejecución de actividades de ocupación en enfermos mentales y general en personas de la tercera edad | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Capacitar a los enfermos mentales y adultos mayores |
| 10 | Evaluar y tratar la disfagia en colaboración con logopedista y enfermería | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Trabajo en equipo multidisciplinario |
| 11 | Evaluar y entrenar en actividades del auto cuidado como versearse, comer, higiene personal y en otras actividades de la vida diaria para lograr la mayor independencia posible | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Entrenamiento en actividades de la vida diaria |
| 12 | Educar y orientar al paciente y a sus cuidadores sobre técnicas y estratégicas que permitan facilitar la adaptación de los objetos de uso cotidiano | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Reeducar al paciente y a sus cuidadores sobre su rehabilitación |
| 13 | Dar indicaciones generales y entrenamiento a pacientes y familiares sobre cuidados óseos, prevención de escaras, postura correcta en lecho, movilización de paciente postrado, prevención de lesiones y de la fatiga física del cuidador. | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se da manejo de paciente en cama e higiene postural del cuidador. |
| 14 | Realizar la implementación de un plan de tratamiento en casa, para que el paciente y su núcleo familiar continúen el proceso de rehabilitación y eviten complicaciones por falta de continuidad y cumplimiento de las indicaciones emitidas por el especialista. | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realiza plan casero |
| 15 | Vigilar la conservación y el buen estado del material que se utiliza en fisioterapia, así como de los aparatos, procurando que estén en condiciones de perfecta utilización | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Cuidar de equipos terapéuticos disponibles |
| 16 | Poner en conocimiento del médico tratante cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia de los pacientes | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Intercomunicación profesional |
| 17 | Trabajar en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se trabaja con equipo multidisciplinario |
| 18 | Realizar el reporte de eventos adversos y reacción adversas a medicamentos que se presenten durante la prestación de los servicios de salud. | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Reportar eventos adversos y reacción adversas al comité de Seguridad del paciente |
| 19 | Cumplir con los lineamientos definidos para la custodia y tenencia de la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se guarda custodia de historias clínicas |
| 20 | Aplicar el proceso de archivo teniendo en cuenta la Ley general de archivo, de toda la documentación que tenga o sea puesta a su cargo | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se realiza archivo documental de terapia física |

| | | |
|---------------------|--|---|
| Página 4 de 4 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS |  |
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
| Versión: 3 | | |

| | | | |
|----|---|--|---|
| 21 | Plantear unos objetivos terapéuticos, diseñar un plan terapéutico y realizar el tratamiento fisioterapéutico a pacientes de consulta externa y hospitalizada y visitas domiciliarias de acuerdo a la necesidad y al requerimiento que en términos generales incluye aplicación de tens, masaje, drenaje, linfático manual | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se plantea objetivos terapéuticos, según guía de manejo de rehabilitación |
| 22 | Dar indicaciones generales y entrenamiento a pacientes y familiares sobre cuidados óseos, prevención de escaras, postura correcta en lecho, movilización de paciente postrado, prevención de lesiones y de la fatiga física del cuidador. | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se da manejo de paciente en cama e higiene postural del cuidador. |
| 23 | Realizar la implementación de un plan de tratamiento en casa, para que el paciente y su núcleo familiar continúen el proceso de rehabilitación y eviten complicaciones por falta de continuidad y cumplimiento de las indicaciones emitidas por el especialista | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Se da un plan casero de acuerdo a la patología |
| 24 | Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) ... | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | No. 8384011189/ de 10/02/2025 ✓ |
| 25 | Aporte apoyo ordenanza No. 030 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Recibo y estampilla electrónica por un valor de \$27.399,35 ✓ |

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.


 Intendente Jefe AURA YAMILE ROJAS VELANDIA
 Jefe Establecimiento Primario de Atención en Salud Duitama