<table>
<tr><td>Ciudad y fecha:</td><td>Riohacha D.E.T. y C., 10 de abril del 2025</td></tr>
<tr><td>Unidad:</td><td>Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 – Unidad Prestadora de Salud Guajira</td></tr>
<tr><td>Tipo de contrato</td><td>
<table>
<tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr>
<tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr>
<tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr>
<tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr>
<tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr>
<tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr>
<tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr>
<tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Contrato No.
Aceptación de oferta No.</td><td>67-7-20211-24</td></tr>
<tr><td>Constancia de recibido No.</td><td>006</td></tr>
<tr><td>Contratista:</td><td>ODONTS CENTER S.A.S</td></tr>
<tr><td>NIT del contratista:</td><td>900.579.595</td></tr>
<tr><td>Objeto del contrato o aceptación de oferta:</td><td>PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA.</td></tr>
<tr><td>Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios:</td><td>NO APLICA</td></tr>
<tr><td>Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:</td><td>$ 130.000.000,00 DISTRIBUIDOS ASÍ: $ 26.000.000,oo VIGENCIA 2024; $ 104.000.000,oo VIGENCIA 2025</td></tr>
<tr><td>Plazo de ejecución:</td><td>31/05/2025</td></tr>
<tr><td>Fecha de vencimiento</td><td>NO APLICA</td></tr>
<tr><td>Lugar de ejecución y/o entrega</td><td>Los servicios de salud objeto del presente estudio previo, se prestarán en las instalaciones ofrecidas por el Contratista en el municipio de Riohacha</td></tr>
<tr><td>Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__</td><td>NO APLICA</td></tr>
</table>

Nombre del supervisor y cargo que desempeña:	APA12. KASANDRA PABÓN GÓMEZ Responsable Presupuesto Upres Degua
Fecha de entrega certificada:	Del: 10/03/2025 Al: 03/04/2025
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA.

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
UPRES DEGUA	16	Prestación de Servicios de Salud	$ 17.031.823,00	$ 17.031.823,00	$ 0,00	$17.031.823,00

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Valor glosa inicial	Valor neto
OD7187	10/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7191	10/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7188	10/03/2025	56.264.00	0.00	56.264.00
OD7189	10/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7190	10/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7192	10/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7194	10/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7186	10/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7195	10/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7196	10/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7205	13/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7206	13/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7207	13/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7208	17/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00

OD7209	17/03/2025	653.664.00	0.00	653.664.00
OD7210	17/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7211	17/03/2025	56.264.00	0.00	56.264.00
OD7212	17/03/2025	89.983.00	0.00	89.983.00
OD7213	17/03/2025	89.983.00	0.00	89.983.00
OD7214	17/03/2025	89.983.00	0.00	89.983.00
OD7215	17/03/2025	89.983.00	0.00	89.983.00
OD7216	17/03/2025	89.983.00	0.00	89.983.00
OD7217	17/03/2025	89.983.00	0.00	89.983.00
OD7218	17/03/2025	1.236.654.00	0.00	1.236.654.00
OD7219	17/03/2025	843.852.00	0.00	843.852.00
OD7220	17/03/2025	495.372.00	0.00	495.372.00
OD7221	17/03/2025	1.696.372.00	0.00	1.696.372.00
OD7222	17/03/2025	843.852.00	0.00	843.852.00
OD7223	17/03/2025	990.744.00	0.00	990.744.00
OD7224	17/03/2025	1.696.372.00	0.00	1.696.372.00
OD7225	17/03/2025	843.852.00	0.00	843.852.00
OD7226	20/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7227	20/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7228	20/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7229	20/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7230	20/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7231	20/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00

OD7232	20/03/2025	632.982.00	0.00	632.982.00
OD7233	20/03/2025	632.982.00	0.00	632.982.00
OD7234	20/03/2025	1.898.946.00	0.00	1.898.946.00
OD7235	25/03/2025	62.046.00	0.00	62.046.00
OD7236	25/03/2025	56.264.00	0.00	56.264.00
OD7237	25/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7238	25/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7239	25/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7240	25/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7241	25/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7242	27/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7243	27/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7244	27/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7245	27/03/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7246	27/03/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7247	27/03/2025	399.209.00	0.00	399.209.00
OD7251	03/04/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7252	03/04/2025	82.858.00	0.00	82.858.00
OD7253	03/04/2025	56.264.00	0.00	56.264.00
OD7254	03/04/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7255	03/04/2025	632.982.00	0.00	632.982.00
OD7256	03/04/2025	632.982.00	0.00	632.982.00
OD7257	03/04/2025	56.264.00	0.00	56.264.00

OD7258	03/04/2025	56.264.00	0.00	56.264.00
OD7259	03/04/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7260	03/04/2025	20.682.00	0.00	20.682.00
OD7261	03/04/2025	56.264.00	0.00	56.264.00
TOTAL		**17.031.823,oo**	**0,00**	**17.031.823,oo**

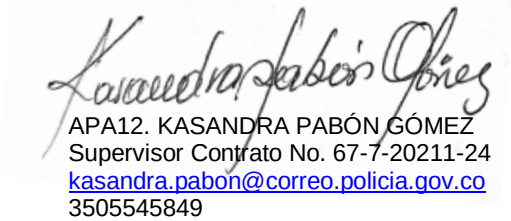
CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIÓ SI__ NO___	Observaciones y Evidencias
1) Cumplir con el objeto contractual.	SI	NINGUNA
2) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
3) El contratista debe cumplir con el estándar de tiempo de duración de cada sesión de las diferentes terapias.	SI	NINGUNA
4) Responder en los plazos que la Regional de aseguramiento en salud No 8 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	NINGUNA
5) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por si o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	NINGUNA
6) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Jefatura Seccional de Sanidad Atlántico, y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
7) 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
8) 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
9) Garantizar la atención oportuna y de calidad a los pacientes según la entrega de un cronograma de sesiones requeridas por la paciente.	SI	NINGUNA
10) Atender a los usuarios con respeto sin ningún tipo de discriminación con relación a los pacientes particulares, aclarando sus dudas, y suministrándole la información concerniente al tipo de estudio a realizar.	SI	NINGUNA
11) El proponente favorecido debe comprometerse a facturar los servicios dentro de los treinta (30) días siguientes a la prestación del servicio.	SI	NINGUNA
12) Presentar mensualmente un informe estadístico en medio magnético de los RIPS (Archivos planos) sobre la atención de la usuaria, discriminando cada uno de los servicios prestados.	SI	NINGUNA
13) Informar al supervisor del contrato una vez se haya ejecutado el 50% y luego el 70% del valor del mismo.	SI	NINGUNA
14) Reportar los siguientes INDICADORES DE CALIDAD requeridos mensualmente por la oficina de Garantía de la Calidad de la Seccional: OPORTUNIDAD, SATISFACCION DEL USUARIO, y REPORTE EVENTOS ADVERSOS.	SI	NINGUNA
15) Disponer de una o varias líneas telefónicas directas y servicio de FAX para la Coordinación previa de los servicios de Referencia y Contra referencia de pacientes. Debe asignar un empleado que sirva de ENLACE con la Regional De Aseguramiento En Salud No 8 a través del SUPERVISOR DEL CONTRATO, entregando al supervisor el nombre, cargo del empleado, teléfonos fijos o celulares, correo electrónico, a través del cual se puedan resolver las posibles dificultades administrativas o asistenciales que bien pudieran presentarse en el proceso.	SI	NINGUNA
16) Para la solicitud de autorización para la atención inicial de urgencias La entidad prestadora del servicio solicitara a la Dirección de Sanidad central de autorizaciones el aval para esta, el	SI	NINGUNA

estará disponible las 24 horas del día en los siguientes teléfonos (1) 5804400 – extensiones 7646-7426-7695-7617 y por medio de avantel al 3504131671-3505546128 y a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co–disan.griss-crf@policia.gov.co - disan.refer-nal@policia.gov.co		
17) La entidad prestadora del servicio dará aplicabilidad a la Directiva administrativa permanente 001 del 03/05/2019, por la cual se dictan "DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO POR INCAPACIDAD MEDICA O LICENCIA POR MATERNIDAD Y PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO"	SI	NINGUNA
18) La atención de los eventos adversos generados durante la atención, se entendido como el "daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente", estos gastos serán a cargo de la entidad prestadora de salud.	SI	NINGUNA
19) Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar.	SI	NINGUNA
20) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	NINGUNA
21) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
22) Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	SI	NINGUNA
23) En las complicaciones imputables al prestador del servicio, estas no serán reconocidas ya que corren por cuenta de este.	SI	NINGUNA
24) Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.	SI	NINGUNA
25) Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante.	SI	NINGUNA
26) Deben contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos)	SI	NINGUNA
27) El contratista debe designar funcionario, e informar teléfono, correo electrónico, ubicación física en la IPS, que permita a la usuaria y a las personas que delegue la Regional De Aseguramiento En Salud No 8, realizar contacto con la IPS con el fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato, incluyendo problemas relacionados con la oportunidad o con la autorización de servicios, códigos o tarifas.	SI	NINGUNA
28) Permitir al Auditor de garantía de la calidad de la Regional De Aseguramiento En Salud No 8, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud; así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.	SI	NINGUNA
29) El contratista deberá garantizar, la atención y seguimiento a la usuaria víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por las normas del ministerio y Secretaría de Salud.	SI	NINGUNA
30) INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 8 DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.	SI	NINGUNA
31) El contratista deberá coordinar las fechas de entrega de facturación con el Supervisor del contrato, para efectos de expedición del Recibido A Satisfacción, ya que las facturas con sus respectivos RAS, deberán ser radicadas en la Ventanilla única de cuentas de la Regional De Aseguramiento En Salud No 8 los primeros cinco días del mes.	SI	NINGUNA
32) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago	SI	NINGUNA
33) Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco primeros días de cada mes, en la Oficina de Central de Cuentas de la Seccional Sanidad Atlántico ubicada en	SI	NINGUNA

el primer piso de la clínica de la Policía Regional De Aseguramiento En Salud No 8, con el fin de garantizar el pago de dicha factura el mes siguiente de prestada, acompañada de la siguiente información: Recibido a satisfacción RAS expedido por el supervisor del contrato (Líder del servicio de rehabilitación) Fecha de prestación del servicio. Relación de la usuaria atendida con número de documento de identificación y procedimientos realizados de acuerdo al objeto de los términos de referencia (Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes Número del contrato contra el cual se facturan los servicios.		
34) El contratista deberá reportar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Sanidad Policial, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.	SI	NINGUNA
35) Realizar los diagnósticos y tratamientos acordes a los protocolos y guías de manejo establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional.	SI	NINGUNA
36) El contratista deberá expedir paz y salvo al momento de terminación de la ejecución del contrato en el cual conste, la no existencia de facturación pendiente por radicar en la Regional De Aseguramiento En Salud No 8 y que se encuentra apto para la liquidación del contrato).	SI	NINGUNA
37) certificación mensual de no tener facturas pendientes con los servicios del mes.	SI	NINGUNA

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.



APA12. KASANDRA PABÓN GÓMEZ
Supervisor Contrato No. 67-7-20211-24
kasandra.pabon@correo.policia.gov.co
3505545849