Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 04 JUNIO 2021
Unidad:	REGIONAL DE SEGURAMIENTO 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.	Nº 81-7-20164-20
Constancia de recibido No.	**6**
Contratista:	CLINICA OCCIDENTE
NIT del contratista:	860090566-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA PARA LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL, QUE PERTENECEN A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 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:	Valor Inicial $1.510.000.000,00
Plazo de ejecución:	30 DE DICIEMBRE DE 2020 HASTA 30 DE OCTUBRE DE 2021
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Cra 68 B bis No 44-58 Edificio BG EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre A, ubicado en la ciudad de Bogotá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	DOCTOR OSCAR ARBEY MEDINA LEAL Coordinador Médico Grupo Regional Red Integral De Servicios De Salud

DIRECCIÓN ... SECCIÓN ... CIRUGÍA ... 04 JUN 2021 ... SUBSECCIÓN ...

Fecha de entrega certificada:	Del: 24/02/2021 Al: 30/05/2021
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (indicar la vigencia del valor de la entrega 2021)	
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
RASES 1	16	PRESTACION DE SERVCOS MEDICOS	$50.627.637,00	$50.627.637,00	0	

	N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	VALOR DE LA FACTURA	VALOR NOTA CREDITO	VALOR NETO
1	FE0001176563	03/05/2021	20/04/2021	$ 24.570		$ 24.570
2	FE0001176574	03/05/2021	05/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
3	FE0001176576	03/05/2021	12/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
4	FE0001176578	03/05/2021	05/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
5	FE0001176581	03/05/2021	19/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
6	FE0001176583	03/05/2021	05/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
7	FE0001176586	03/05/2021	12/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
8	FE0001176588	03/05/2021	20/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
9	FE0001176589	03/05/2021	12/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
10	FE0001176602	03/05/2021	24/02/2021	$ 5.505.038		$ 5.505.038
11	FE0001176863	04/05/2021	26/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
12	FE0001176865	04/05/2021	26/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
13	FE0001176866	04/05/2021	26/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
14	FE0001176867	04/05/2021	26/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
15	FE0001176869	04/05/2021	26/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
16	FE0001176870	04/05/2021	26/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
17	FE0001176872	04/05/2021	26/04/2021	$ 80.000		$ 80.000
18	FE0001177586	06/05/2021	10/03/2021	$ 5.505.038		$ 5.505.038
19	FE0001177594	06/05/2021	18/03/2021	$ 5.505.038		$ 5.505.038
20	FE0001177783	06/05/2021	11/03/2021	$ 24.570		$ 24.570
21	FE0001177823	06/05/2021	27/04/2021	$ 32.760		$ 32.760
22	FE0001178135	07/05/2021	26/03/2021	$ 5.505.038		$ 5.505.038
23	FE0001178137	07/05/2021	24/02/2021	$ 5.505.038		$ 5.505.038
24	FE0001178139	07/05/2021	14/04/2021	$ 5.505.038		$ 5.505.038
25	FE0001179775	11/05/2021	17/03/2021	$ 24.570		$ 24.570
26	FE0001179777	11/05/2021	24/03/2021	$ 32.760		$ 32.760
27	FE0001179778	11/05/2021	09/04/2021	$ 32.760		$ 32.760
28	FE0001182534	18/05/2021	18/05/2021	$ 17.264		$ 17.264
29	FE0001183030	19/05/2021	19/05/2021	$ 17.264		$ 17.264

GRUPO FINAN
04 JUN 2021

30	FE0001183615	20/05/2021	18/05/2021	$	17.264		$ 17.264
31	FE0001183643	20/05/2021	15/04/2021	$	1.681.316		$ 1.681.316
32	FE0001183650	20/05/2021	15/04/2021	$	622.987		$ 622.987
33	FE0001183653	20/05/2021	16/04/2021	$	540.229		$ 540.229
34	FE0001183659	20/05/2021	21/04/2021	$	11.286.854		$ 11.286.854
35	FE0001184051	21/05/2021	15/04/2021	$	445.794		$ 445.794
36	FE0001185548	25/05/2021	25/05/2021	$	17.264		$ 17.264
37	FE0001186974	27/05/2021	10/05/2021	$	80.000		$ 80.000
38	FE0001186980	27/05/2021	03/05/2021	$	80.000		$ 80.000
39	FE0001186981	27/05/2021	03/05/2021	$	80.000		$ 80.000
40	FE0001186982	27/05/2021	10/05/2021	$	80.000		$ 80.000
41	FE0001186984	27/05/2021	10/05/2021	$	80.000		$ 80.000
42	FE0001187440	28/05/2021	09/04/2021	$	652.656		$ 652.656
43	FE0001187441	28/05/2021	06/05/2021	$	526.527		$ 526.527
Valor total bienes y/o servicios recibidos				**$**	**50.627.637**		**$ 50.627.637**

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento del **ANEXO 2** obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

FIRMA DE SUPERVISOR

DOCTOR **OSCAR ARBEY MEDINA LEAL**
Coordinador Médico Grupo Regional Red Integral De Servicios De Salud

DIRECCIÓN
SECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
04 JUN 2021
SUBTOTAL
RECIBIDO

Fecha Actual : jueves, 03 junio 2021

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

860090566

RADICADO 82361 **TERCERO:** 900336524 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Rad Entidad 82361

EJECUTIVO DE CUENTA: ACORTIZ - CAMILO ANDRES ORTIZ MARIN -AUXILIAR DE CARTERA

FECHA DE RADICADO: 01/06/2021 **ESTADO:** Radicado_Entidad **TELEFONO:** 22016342201365

DIRECCION: CARRERA 68 B BIS # 44-58

OBSERVACIONES: **CONTRATO:** ONC01 ONCOLOGIA - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Nº	FACTURA	DOCUMENTO	PACIENTE	FEC_FAC	VAL FACTURA	VALRADICADO
1	FE0001176563	1070985505	NATALIA DEL CARMEN JIMENEZ CORRALES	03/05/2021	$ 24,570.00	$ 24,570.00
2	FE0001176574	7275493	ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ	03/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
3	FE0001176576	13253406	SAUL CARDENAS	03/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
4	FE0001176578	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	03/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
5	FE0001176581	23267292	LUISA OLIMPIA RONDON RIVERA	03/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
6	FE0001176583	23755011	OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO	03/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
7	FE0001176586	23823405	LUZ AMANDA GUIZA ANGULO	03/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
8	FE0001176588	40015853	LILIANA CIPAMUCHA SALAZAR	03/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
9	FE0001176589	46351307	MYRIAM ELENA CASTRO DEAMAYA	03/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
10	FE0001176602	4873237	RAMIRO GARCIA NIÑO	03/05/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
11	FE0001176863	1147438	LISANDRO AYALA TAPIAS	04/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
12	FE0001176865	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	04/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
13	FE0001176866	23267292	LUISA OLIMPIA RONDON RIVERA	04/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
14	FE0001176867	23964171	VIRGINIA VARGAS SOLER	04/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
15	FE0001176869	33677592	SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES	04/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
16	FE0001176870	40025594	CARMEN OMAIRA GOMEZ NIÑO	04/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
17	FE0001176872	86039345	JOSE TIBERIO ARIAS RODRIGUEZ	04/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
18	FE0001177586	1022391431	SIMON ANDRES BARBOSA PULIDO	06/05/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
19	FE0001177594	41556715	ANA DELFINA WILCHES DE MELO	06/05/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
20	FE0001177783	28056858	EDILIA ESPINEL SIERRA	06/05/2021	$ 24,570.00	$ 24,570.00
21	FE0001177823	24221368	ANA MERCEDES CARO MONTAÑA	06/05/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
22	FE0001178135	24821800	NORHA CHICA CORREA	07/05/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
23	FE0001178137	23389833	ELIZABETH DELCARMEN RODRIGUEZ PRIETO	07/05/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
24	FE0001178139	19183894	LUIS FELIPE ANGARITA GOMEZ	07/05/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
25	FE0001179775	21102793	MARIA CILIA RIVEROS AYALA	11/05/2021	$ 24,570.00	$ 24,570.00
26	FE0001179777	4242694	JOAQUIN CELY VARGAS	11/05/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
27	FE0001179778	19115221	TEOFILO ARTURO PULGARIN CABRERA	11/05/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
28	FE0001182534	33677592	SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES	18/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
29	FE0001183030	51672171	RUBY HERNANDEZ CANO	19/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
30	FE0001183615	52234119	ANGELICA CONTRERAS VARGAS	20/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
31	FE0001183643	1147438	LISANDRO AYALA TAPIAS	20/05/2021	$ 1,681,316.00	$ 1,681,316.00
32	FE0001183650	1147438	LISANDRO AYALA TAPIAS	20/05/2021	$ 622,987.00	$ 622,987.00
33	FE0001183653	23755011	OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO	20/05/2021	$ 540,229.00	$ 540,229.00
34	FE0001183659	40024007	GLORIA MARINA BARON MOLANO	20/05/2021	$ 11,286,854.00	$ 11,286,854.00
35	FE0001184051	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	21/05/2021	$ 445,794.00	$ 445,794.00
36	FE0001185548	1060717	CARLOS TEQUIA WILCHES	25/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
37	FE0001186974	13253406	SAUL CARDENAS	27/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
38	FE0001186980	23755011	OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO	27/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
39	FE0001186981	40024007	GLORIA MARINA BARON MOLANO	27/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
40	FE0001186982	5847754	FLAMINIO SANDOVAL SANTANDER	27/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
41	FE0001186984	23574198	LUCY ESPERANZA GUAJE CARREÑO	27/05/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
42	FE0001187440	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	28/05/2021	$ 652,656.00	$ 652,656.00
43	FE0001187441	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	28/05/2021	$ 526,527.00	$ 526,527.00

04 JUN 2021

TOTAL RADICADO: **$ 50,627,637.00**

SON CINCUENTA MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176563

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 13:46 p.m.** **Fec Ingreso:** 20.Abr.2021 10:16 a.m.
Hoja de Trabajo : 123433 **Fec Egreso:** 20.Abr.2021 10:16 a.m.
Autorizacion : 587483 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3116633318-3128154496 **Carnet :**
Dirección: tranversal 11 05 b 16 este
Paciente : 1070985505 NATALIA DEL CARMEN JIMENEZ CORRALES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 22 AÑOS - 9 MESES - 5 DÍAS
Cufe : 7d7c2f16438c29fc9842be9ca57568daf562f63c262846aed8626419947cc20c8b56c93a285c14ef2d9cccbe57015341

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**24.570**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	24.570
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	491
VALOR TOTAL A PAGAR	24.079

Total Items: 3
TOTAL: **VEINTICUATRO MIL SETENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176574

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:5 p.m.** **Fec Ingreso:** 05.Abr.2021 7:30 a.m.
Hoja de Trabajo : 125367 **Fec Egreso:** 05.Abr.2021 7:30 a.m.
Autorizacion : 520526 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INFORMACI **Carnet :**
Dirección: CALLE 67 SUR # 15-23
Paciente : 7275493 ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 5 MESES - 18 DÍAS
Cufe : 167ac390f04d6ecc3056c7120c147a66f954ec72c6b29ff87479b5a299b840c13270341d2a046a652531a39c24baec5a

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176576

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:6 p.m.** **Fec Ingreso:** 12.Abr.2021 7:37 a.m.
Hoja de Trabajo : 125376 **Fec Egreso:** 12.Abr.2021 7:37 a.m.
Autorizacion : 525559 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INFORMACI **Carnet :**
Dirección: # SE TIENE IMFORMACION
Paciente : 13253406 SAUL CARDENAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 1 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 24a37e06218c19cc893f916dbec15929b8eb0e6671c67df9ff5792df94ebcbe6bc2d2897f38c34472cf57e782ff18ec2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176578

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:8 p.m.** **Fec Ingreso:** 05.Abr.2021 7:32 a.m.
Hoja de Trabajo : 125369 **Fec Egreso:** 05.Abr.2021 7:32 a.m.
Autorizacion : 442283 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DEL ROSARIO MOLINA DE MEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 66 AÑOS - 11 MESES - 13 DÍAS
Cufe : b05c7a6cbee4659e9d43b7490d7f134522065f5021ced69cc7a6f3e3b75ecb5e05cb57889d151079c2130b9257a54310

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176581

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:11 p.m.** **Fec Ingreso:** 19.Abr.2021 7:36 a.m.
Hoja de Trabajo : 125374 **Fec Egreso:** 19.Abr.2021 7:36 a.m.
Autorizacion : 586764 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3208304031-3228096031 **Carnet :**
Dirección: CALLE 36 B # 16 B 20
Paciente : 23267292 LUISA OLIMPIA RONDON RIVERA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 76 AÑOS - 4 MESES - 10 DÍAS
Cufe : 0db869b2d63cac9d53b111c0e6f8454f87c4705834a111ae362aa88dd24531300649a9a5aea16c4acb19a681cf058484

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1

TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN
FECHA
0 4 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176583

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:13 p.m.** **Fec Ingreso:** 05.Abr.2021 7:39 a.m.
Hoja de Trabajo : 125379 **Fec Egreso:** 05.Abr.2021 7:39 a.m.
Autorizacion : 446317 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3114284890 **Carnet :**
Dirección: TRANSVERSAL 53-45-
Paciente : 23755011 OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 45 AÑOS - 2 MESES - 6 DÍAS
Cufe : b22aea4afb6a218a6dcc67994bfe80cba33663377cdaf61c27f0dc7148a0527a279b52d1730b8e830cc501c5697b2f93

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

RECIBIDO
04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

l : martes, 04 mayo 2021 **Usuario Factura :** ENVALDES Usuario Imprime. :ENVALDES

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176586

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

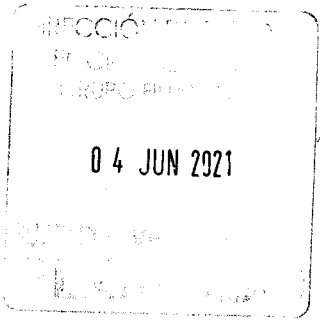
Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:17 p.m.** **Fec Ingreso:** 12.Abr.2021 7:45 a.m.
Hoja de Trabajo : 125391 **Fec Egreso:** 12.Abr.2021 7:45 a.m.
Autorizacion : 501850 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3015497900 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 23823405 LUZ AMANDA GUIZA ANGULO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 57 AÑOS - 11 MESES - 16 DÍAS
Cufe : ab89a115781c1a4b17fb23c486be558232dddf96f73d1e32ae96985a86b9fcec3b4292d47eb40d9d3e48d8a73308b6a3

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176588

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:19 p.m.** **Fec Ingreso:** 20.Abr.2021 7:48 a.m.
Hoja de Trabajo : 125393 **Fec Egreso:** 20.Abr.2021 7:48 a.m.
Autorizacion : 894343 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40015853 LILIANA CIPAMUCHA SALAZAR
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 1 MESES - 2 DÍAS
Cufe : 487493eb9336ff8a138a552f7d52d339d2361be916b6f40ab16c11cf619d78ed8e465757f0a25f61f0299dcc804a76d8

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1

TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN
0 4 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176589

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:20 p.m.** **Fec Ingreso:** 12.Abr.2021 7:49 a.m.
Hoja de Trabajo : 125396 **Fec Egreso:** 12.Abr.2021 7:49 a.m.
Autorizacion : 525238 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : TUNJA **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 46351307 MYRIAM ELENA CASTRO DE AMAYA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 4 MESES - 13 DÍAS
Cufe : 29ca786bba528589647fff19464c4c088392b7b83dd5b90b2e575d8f5af571d3bc5036f88e3e9f5468deb998ab1d88e2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176602

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **3 May 2021 14:46 p.m.** **Fec Ingreso:** 24.Feb.2021 12:48 p.m.
Hoja de Trabajo : 91812 **Fec Egreso:** 19.Mar.2021 16:47 p.m.
Autorizacion : ONOCC 17022021-131 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3103348165 **Carnet :**
Dirección: CALLE 76A # 86 - 16
Paciente : 4873237 RAMIRO GARCIANIÑO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 81 AÑOS - 3 MESES - 10 DÍAS
Cufe : 058be9ade33c8bc7fac6bb329edeb42560b8e4e3004a7330c6aec1e318818c426b7ce398f55b201e06c9ccd1bc1bc1a2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRJ]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

0 4 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176863

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 May 2021 9:39 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.Abr.2021 12:18 p.m.
Hoja de Trabajo : 127861 **Fec Egreso:** 26.Abr.2021 12:18 p.m.
Autorizacion : 564615 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : TUNJA **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 1147438 LISANDRO AYALA TAPIAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 84 AÑOS - 3 MESES - 12 DÍAS
Cufe : 930dd09f77e931c266ec9af9fa4d008f5f6214a446e502dca26492d7db6b12050def836c0f84d441e1c453531aa56c66

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1

TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176865

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 May 2021 9:41 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.Abr.2021 15:26 p.m.
Hoja de Trabajo : 128027 **Fec Egreso:** 26.Abr.2021 15:26 p.m.
Autorizacion : 525276 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DEL ROSARIO MOLINA DE MEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 0 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 48069d8b0ff748060250a8ad60a1064796b1aaf3b3dcc6abcec398fa2b9b939da2a6bc9b7556430d7a38e804c0d673f1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1

TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

0 4 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176866

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 May 2021 9:43 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.Abr.2021 15:24 p.m.
Hoja de Trabajo : 128021 **Fec Egreso:** 26.Abr.2021 15:24 p.m.
Autorizacion : 597530 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3208304031-3228096031 **Carnet :**
Dirección: CALLE 36 B # 16 B 20
Paciente : 23267292 LUISA OLIMPIA RONDON RIVERA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 76 AÑOS - 4 MESES - 17 DÍAS
Cufe : a85c59704b1dc435ac9e11bb11aff26cffbe4f7c3ffe50d191c87a9db3298ceb95d98d866f4d71260cc2724c12cf8fc1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176867

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 May 2021 9:44 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.Abr.2021 15:40 p.m.
Hoja de Trabajo : 128036 **Fec Egreso:** 26.Abr.2021 15:40 p.m.
Autorizacion : 576089 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3212068667-3112228206 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 7 # 2 60 EL CARMEN
Paciente : 23964171 VIRGINIA VARGAS SOLER
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 10 MESES - 26 DÍAS
Cufe : 8e0de563155f9fb572531a1058d4c99da35d767dc984a40bab58db9d7c4a82ba9671dc879bf0bf794401f4f877791d82

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1

TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176869

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 May 2021 9:46 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.Abr.2021 8:45 a.m.
Hoja de Trabajo : 128040 **Fec Egreso:** 26.Abr.2021 8:45 a.m.
Autorizacion : 576147 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO SE TIENE INFORMACI **Carnet :**
Dirección: NO SE TIENE INFORMACION
Paciente : 33677592 SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 37 AÑOS - 4 MESES - 13 DÍAS
Cufe : ded5f635a5a8a8cefdd0fdffb4da039d125516462aa7738f66f04958594dedcfe967cbe6dd56cc562b313dbe0b854268

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1

TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176870

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 May 2021 9:49 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.Abr.2021 8:54 a.m.
Hoja de Trabajo : 128048 **Fec Egreso:** 26.Abr.2021 8:54 a.m.
Autorizacion : 423781 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : SIN INF **Carnet :**
Dirección: SIN INFO
Paciente : 40025594 CARMEN OMAIRA GOMEZ NIÑO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 54 AÑOS - 6 MESES - 5 DÍAS
Cufe : 1c3f049a307f2f51c97c1add64cb758727d4a7c80f604f5c767d7f669db9b1055708ecc69183bddc1b3d1df65092c11d

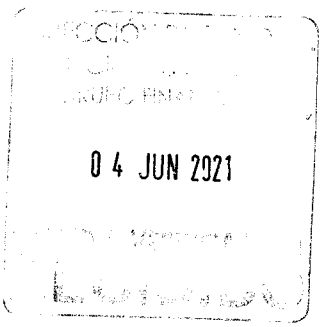
Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1

TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1176872

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **4 May 2021 9:50 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.Abr.2021 8:56 a.m.
Hoja de Trabajo : 128053 **Fec Egreso:** 26.Abr.2021 8:56 a.m.
Autorizacion : 604556 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3165806303 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 9A 54-34
Paciente : 86039345 JOSE TIBERIO ARIAS RODRIGUEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 48 AÑOS - 6 MESES - 17 DÍAS
Cufe : eec57c2870e32a0bcaba710e9326874b9cfcfe76c8e776398b865c80b59763206ea6a49ae4aeb75a41a734e9ae74c85d

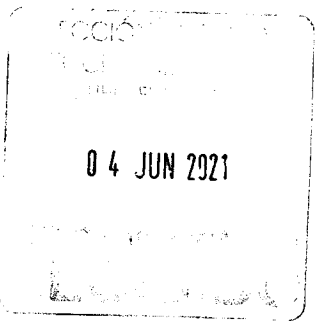
Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1

TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

ÍNICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1177586

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **6 May 2021 7:30 a.m.** **Fec Ingreso:** 10.Mar.2021 11:7 a.m.
Hoja de Trabajo : 98827 **Fec Egreso:** 10.Mar.2021 11:34 a.m.
Autorizacion : 400341 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3024525935 **Carnet :**
Dirección: CALLE 24 SUR # 68H-86
Paciente : 1022391431 SIMON ANDRES BARBOSA PULIDO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 26 AÑOS - 11 MESES - 18 DÍAS
Cufe : bfc77746e417a4412724b285c34b979cfd1c5d66d5d8f53d92e6615f7dd8e237f9ccc35268c342ef7a50b5019c7b11bf

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

0 4 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1177594

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **6 May 2021 7:49 a.m.** **Fec Ingreso:** 18.Mar.2021 13:51 p.m.
Hoja de Trabajo : 102999 **Fec Egreso:** 18.Mar.2021 15:0 p.m.
Autorizacion : 455083 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3168739148 3124651761 **Carnet :**
Dirección: DIAGONAL 52A # 60 D 10 SUR
Paciente : 41556715 ANA DELFINA WILCHES DE MELO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 69 AÑOS - 11 MESES - 29 DÍAS
Cufe : ffeed68f4a6c45452c0df66980a50bce407a6ebf2a128ab8ab92cd6f17bb5620f4194b31eca69da8909107b1960ec27c

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1177783

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **6 May 2021 13:37 p.m.** **Fec Ingreso:** 11.Mar.2021 12:55 p.m.
Hoja de Trabajo : 99455 **Fec Egreso:** 11.Mar.2021 15:14 p.m.
Autorizacion : ONCOCC17022021-133 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3202006944 **Carnet :**
Dirección: KR 7A #3-80
Paciente : 28056858 EDILIA ESPINEL SIERRA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 8 MESES - 1 DÍAS
Cufe : ad37878948ffd4e3a416116f4f3100dac8b65311639ec41ecb658debab4be397335cac3bfd3bf9f3f9e9a550e96d3c88

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**24.570**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	24.570
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	491
VALOR TOTAL A PAGAR	24.079

Total Items: **3**
TOTAL: **VEINTICUATRO MIL SETENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1177823

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **6 May 2021 14:22 p.m.** **Fec Ingreso:** 27.Abr.2021 15:15 p.m.
Hoja de Trabajo : 125143 **Fec Egreso:** 27.Abr.2021 15:24 p.m.
Autorizacion : 622595 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 8016421-3132505633 **Carnet :**
Dirección: carrea 8 69 b 19
Paciente : 24221368 ANA MERCEDES CARO MONTAÑA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 54 AÑOS - 9 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 04486cbc14ab55722892011f3fe17499594c89de870353859a6d8f13196dfc2cfba4e583cd63d7448ffed3410ffc31c2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**32.760**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190
4	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	32.760
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	655
VALOR TOTAL A PAGAR	32.105

Total Items: 4

TOTAL: **TREINTA Y DOS MIL CIENTO CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1178135

Plan : ONC01 ONCOLOGIA.
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **7 May 2021 9:57 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.Mar.2021 7:35 a.m.
Hoja de Trabajo : 106507 **Fec Egreso:** 26.Mar.2021 8:55 a.m.
Autorizacion : 472468 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 2936064 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 78 6 61
Paciente : 24821800 NORHA CHICA CORREA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 63 AÑOS - 9 MESES - 8 DÍAS
Cufe : cf011657ec64c930f4d63a216cb05a6ec57d913e57a8ac721cff5bab557842a739b0aa8f6c4f5bb3a40b088bc6a62d05

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRJ]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

A e las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1178137

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **7 May 2021 9:59 a.m.** **Fec Ingreso:** 24.Feb.2021 11:32 a.m.
Hoja de Trabajo : 91762 **Fec Egreso:** 02.Mar.2021 14:39 p.m.
Autorizacion : ONOCC 17022021-134 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3143336868 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 8h #166-36
Paciente : 23389833 ELIZABETH DELCARMEN RODRIGUEZ PRIETO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 72 AÑOS - 0 MESES - 25 DÍAS
Cufe : 039f92d2df9bdcb0e35545304ed3826c469d87ae952522f0bec121072b17d5739b375260e519f54f1fe0ad813e31e19b

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

...CA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

A...da de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1178139

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **7 May 2021 10:2 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.Abr.2021 13:23 p.m.
Hoja de Trabajo : 117444 **Fec Egreso:** 14.Abr.2021 14:54 p.m.
Autorizacion : **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3213042090 **Carnet :**
Dirección: CRA 88 NO 38G-13 SUR
Paciente : 19183894 LUIS FELIPE ANGARITA GOMEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 68 AÑOS - 4 MESES - 27 DÍAS
Cufe : 87d7feaee92f578dd0bd0c709db7cbdaaa15bcebd373ce458d8f3a588a80a8bc4134a1f78b34f191bac117924251ba1b

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD	**RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA**						**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	5.505.038		5.505.038

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.505.038
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	110.101
VALOR TOTAL A PAGAR	5.394.937

Total Items: 1

TOTAL: **CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

0 4 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1179775

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **11 May 2021 11:15 a.m.** **Fec Ingreso:** 17.Mar.2021 8:1 a.m.
Hoja de Trabajo : 102167 **Fec Egreso:** 17.Mar.2021 8:47 a.m.
Autorizacion : P **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 310 3387019 **Carnet :**
Dirección: UBATE
Paciente : 21102793 MARIA CILIA RIVEROS AYALA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 55 AÑOS - 7 MESES - 17 DÍAS
Cufe : d135aab8eb67c184762a2009daf957161c7f75d06e4b44d1f4ae852bbd2256206171a412095ce1f7a3cd2ac5da4a46b6

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**24.570**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	24.570
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	491
VALOR TOTAL A PAGAR	24.079

Total Items: 3

TOTAL: **VEINTICUATRO MIL SETENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1179777

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

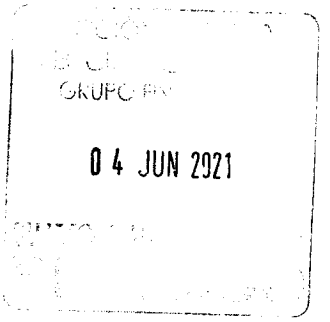
Fecha y Hora de Expedición: **11 May 2021 11:16 a.m.** **Fec Ingreso:** 24.Mar.2021 7:28 a.m.
Hoja de Trabajo : 105148 **Fec Egreso:** 24.Mar.2021 8:37 a.m.
Autorizacion : p **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3133740427 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 19 B # 166 16
Paciente : 4242694 JOAQUIN CELY VARGAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 3 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 6db7d51fadf3adef183dced6fe8a1d235e8cf2c1a643a5420d78e53dbbd91a8c75b994719e863d13d22eb3f53be634bd

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**32.760**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190
4	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	32.760
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	655
VALOR TOTAL A PAGAR	32.105

Total Items: 4
TOTAL: **TREINTA Y DOS MIL CIENTO CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**



NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1179778

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **11 May 2021 11:17 a.m.** **Fec Ingreso:** 09.Abr.2021 13:31 p.m.
Hoja de Trabajo : 114687 **Fec Egreso:** 09.Abr.2021 14:46 p.m.
Autorizacion : **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3126561011 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 72 BIS #24 B 50
Paciente : 19115221 TEOFILO ARTURO PULGARIN CABRERA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 8 MESES - 20 DÍAS
Cufe : fa35e2c576c2dffa778696351908e7ac41ecbbb36d966016caaaaa5b69fd76113a1ae9027ceb6dd3b9ab04af531a29ad

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**32.760**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190
4	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	32.760
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	655
VALOR TOTAL A PAGAR	32.105

Total Items: 4
TOTAL: **TREINTA Y DOS MIL CIENTO CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1182534

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **18 May 2021 11:29 a.m.** **Fec Ingreso:** 18.May.2021 11:24 a.m.
Hoja de Trabajo : 135411 **Fec Egreso:** 18.May.2021 11:24 a.m.
Autorizacion : 622609 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103412205-3204546511 **Carnet :**
Dirección: NO SE TIENE INFORMACION
Paciente : 33677592 SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 37 AÑOS - 5 MESES - 5 DÍAS
Cufe : b8c808159f3cccbef1d32bff05a7d6265e1b485919f9a16c0fef520b722caf7ad9939209453efba12d8ce0ddbeee18ad

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVAMédico : MVILLEGAS - MARCELA VILLEGAS OIEDA		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

Sandra Gordillo
33677592

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1183030

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **19 May 2021 11:18 a.m.** **Fec Ingreso:** 19.May.2021 11:17 a.m.
Hoja de Trabajo : 136103 **Fec Egreso:** 19.May.2021 11:17 a.m.
Autorizacion : 678153 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3202641360 **Carnet :**
Dirección: CALLE 151 B # 102 B 90
Paciente : 51672171 RUBY HERNANDEZ CANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 59 AÑOS - 8 MESES - 8 DÍAS
Cufe : ec01d31aa830d87d92b3fb2acbb5c05634af6ac09b5b7f67158cd9c5d844e6bb5da6988487f0b50b37f74a47e106e097

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890231	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLOMédico : MAPACHECO - MAIKEL ADOLFO PACHECO TRUJILLO		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

Ruby Hernandez
51672171

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Fecha Actual : jueves, 20 mayo 2021 **Usuario Factura :** LAAVENDAÑO Usuario Imprime. :LAAVENDAÑO

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

Credito

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1183615

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **20 May 2021 15:15 p.m.** **Fec Ingreso:** 18.May.2021 10:39 a.m.
Hoja de Trabajo : 135365 **Fec Egreso:** 18.May.2021 11:27 a.m.
Autorizacion : 667686 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3102146509 **Carnet :**
Dirección: TRASV 60 # 49 A -13 SUR
Paciente : 52234119 ANGELICA CONTRERAS VARGAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 42 AÑOS - 8 MESES - 22 DÍAS
Cufe : bf69d3514bf3f8c10f4cc928d5b6d8b625e782d8ceb542dc8da4a5330d8773e0afceadad8cbfa34acc54d6a50b37d49c

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIAMédico : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1

TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1183643

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **20 May 2021 15:53 p.m.** **Fec Ingreso:** 15.Abr.2021 7:18 a.m.
Hoja de Trabajo : 125357 **Fec Egreso:** 15.Abr.2021 7:18 a.m.
Autorizacion : 564492 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : TUNJA **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 1147438 LISANDRO AYALA TAPIAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 84 AÑOS - 3 MESES - 1 DÍAS
Cufe : f0708a0e744d9c12b936f0c6e0932b3742c2c7c96d0e1874df4ab0095ef95bd24a13f6cd14cc2e6e0945e69b79a99a7f

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
OXIGENO							**7.840**
2	S55201	CATETER O CANULA NASALMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		4	1.960		7.840
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**23.316**
3	22512012	CATETER INTRAVENOSO No.16 G X 1 1/4- CUMS:22512012		1	2.167		2.167
4	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		1	1.519		1.519
5	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
6	23112008	CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO- CUMS:NO APLICA		1	846		846
7	23112029	HUMIDIFICADOR OXIGENO DE BURBUJAS- CUMS:DM-23112029		1	3.505		3.505
8	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		1	174		174
9	23512007	JERINGA 50 C.C.- CUMS:DM-23512007		1	552		552
MEDICAMENTOS PBS							**1.308.672**
10	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla-CUMS:20019105-06		2	337		674
11	11108007	prediniSONA 50 MG TABLETA- CUMS:19906237-03		60	586		35.160
12	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		1	1.417		1.417
13	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		4	1.228		4.912
14	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		2	1.339		2.678
15	11110510	Docetaxel 80mg/2mL solucion inyectable Vial- CUMS:20007286 -01		2	624.519		1.249.038
16	11114030	OMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCION AMPOLLA-CUMS:20070385-02		1	1.839		1.839
17	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820
18	11121044	HIDROXICINA 100 MG 2ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:38644-02		1	9.924		9.924
19	11122011	loRAtadina 10 MG TABLETA- CUMS:39641-01		10	21		210

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 1.681.316
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 33.626
VALOR TOTAL A PAGAR 1.647.690
Total Items: 19
TOTAL: **UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

GRUPO FIN
04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1183643

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **20 May 2021 15:53 p.m.** **Fec Ingreso:** 15.Abr.2021 7:18 a.m.
Hoja de Trabajo : 125357 **Fec Egreso:** 15.Abr.2021 7:18 a.m.
Autorizacion : 564492 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : TUNJA **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 1147438 LISANDRO AYALA TAPIAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 84 AÑOS - 3 MESES - 1 DÍAS
Cufe : f0708a0e744d9c12b936f0c6c0932b3742c2c7c96d0e1874df4ab0095ef95bd24a13f6cd14cc2e6e0945e69b79a99a7f

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT

ELABORO LIQUIDACION Y CARTERA FIRMA Y HUELLA PACIENTE AUDITOR

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Fecha Actual : jueves, 20 mayo 2021 **Usuario Factura :** ENVALDES Usuario Imprime. :ENVALDES

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1183650

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **20 May 2021 16:6 p.m.** **Fec Ingreso:** 15.Abr.2021 7:28 a.m.
Hoja de Trabajo : 125365 **Fec Egreso:** 15.Abr.2021 7:28 a.m.
Autorizacion : 564754 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : TUNJA **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 1147438 LISANDRO AYALA TAPIAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 84 AÑOS - 3 MESES - 1 DÍAS
Cufe : 80cec7eefa8ea7809f374d5acfa35c91a5c7ca25f6fcd799767bb6f96167be7a388fe9f2d482cdd54b2d1714e14ca7ba

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**132.107**
1	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDADMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	132.107		132.107
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**15.868**
2	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
3	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
4	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		1	174		174
5	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		1	125		125
MEDICAMENTOS PBS							**475.012**
6	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		2	1.417		2.834
7	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		1	1.228		1.228
8	11110560	Acido ibandronico 6mg solucion inyectable Vial- CUMS:20051749-01		1	470.950		470.950

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	622.987
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	12.460
VALOR TOTAL A PAGAR	610.527

Total Items: 8

TOTAL: **SEISCIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)

ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES

DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1183653

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **20 May 2021 16:9 p.m.** **Fec Ingreso:** 16.Abr.2021 7:41 a.m.
Hoja de Trabajo : 125381 **Fec Egreso:** 16.Abr.2021 7:41 a.m.
Autorizacion : 550338 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3114284890 **Carnet :**
Dirección: TRANSVERSAL 53-45-
Paciente : 23755011 OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 45 AÑOS - 2 MESES - 17 DÍAS
Cufe : 8e9bed84d4ea343d3b9a8cbfd5da82749478d4dc6417baabbb1811deab004ca345b9f36cf605cad0e4a3fb8bbf7c3a5d

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**19.809**
2	22512012	CATETER INTRAVENOSO No.16 G X 1 1/4- CUMS:22512012		1	2.167		2.167
3	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		1	1.519		1.519
4	22712007	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO- CUMS:DM-22712007		1	844		844
5	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
6	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		1	174		174
7	23512007	JERINGA 50 C.C.- CUMS:DM-23512007		1	552		552
MEDICAMENTOS PBS							**178.932**
8	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla-CUMS:20019105-06		2	337		674
9	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		3	1.417		4.251
10	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		4	1.228		4.912
11	11110542	Paclitaxel 100 mg/16.7 mL Solucion inyectable Vial-CUMS:20012772-01		3	51.434		154.302
12	11114030	OMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCION AMPOLLA-CUMS:20070385-02		1	1.839		1.839
13	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820
14	11121044	HIDROXICINA 100 MG 2ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:38644-02		1	9.924		9.924
15	11122011	loRAtadina 10 MG TABLETA- CUMS:39641-01		10	21		210

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	540.229
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	10.805
VALOR TOTAL A PAGAR	529.424

Total Items: **15**

TOTAL: **QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

GRUPO F
04 JUN 2021

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1183659

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **20 May 2021 16:13 p.m.** **Fec Ingreso:** 21.Abr.2021 15:47 p.m.
Hoja de Trabajo : 128041 **Fec Egreso:** 21.Abr.2021 15:47 p.m.
Autorizacion : 482245 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40024007 GLORIA MARINA BARON MOLANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 9 MESES - 15 DÍAS
Cufe : d49f8000cc068d2ba9cc96f0530502148be6380b15289391cdd224086f49b0fa4961f884202b48f6bc71a79968ccf75e

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**18.368**
2	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		1	1.519		1.519
3	22712007	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO- CUMS:DM-22712007		1	844		844
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		2	174		348
6	23512007	JERINGA 50 C.C.- CUMS:DM-23512007		2	552		1.104
MEDICAMENTOS PBS							**10.926.998**
7	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
8	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		3	1.417		4.251
9	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		4	1.228		4.912
10	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		2	1.339		2.678
11	11110521	Trastuzumab 440 mg polvo liofilizado para infusion Vial- CUMS:19903070-01		2	5.372.694		10.745.388
12	11110542	Paclitaxel 100 mg/16.7 mL Solucion inyectable Vial- CUMS:20012772-01		3	51.434		154.302
13	11114030	OMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCION AMPOLLA- CUMS:20070385-02		1	1.839		1.839
14	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820
15	11121044	HIDROXICINA 100 MG 2ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:38644-02		1	9.924		9.924
16	11122011	loRAtadina 10 MG TABLETA- CUMS:39641-01		10	21		210

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	11.286.854
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	225.737
VALOR TOTAL A PAGAR	11.061.117

Total Items: 16

TOTAL: **ONCE MILLONES SESENTA Y UN MIL CIENTO DIECISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

RUPC FIP
04 JUN 2021

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1184051

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **21 May 2021 13:16 p.m.** **Fec Ingreso:** 15.Abr.2021 7:34 a.m.
Hoja de Trabajo : 125372 **Fec Egreso:** 15.Abr.2021 7:34 a.m.
Autorizacion : 545263 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DEL ROSARIO MOLINA DE MEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 66 AÑOS - 11 MESES - 23 DÍAS
Cufe : 7f6832ce09881 0056c2dbb5357fe19c78f4940f21a3ed17e1377bf116e2b2eaba5f7052 1ab5e3a3f7ba8e2a354787b34

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**17.350**
2	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		1	1.519		1.519
3	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
4	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		1	174		174
5	23512007	JERINGA 50 C.C.- CUMS:DM-23512007		2	552		1.104
MEDICAMENTOS PBS							**86.956**
6	11105005	CICLOFOSFAMIDA 1 G POLVO ESTERIL PARA RECONSTRUIR VIAL- CUMS:21535-01		1	39.635		39.635
7	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
8	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		4	1.417		5.668
9	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		2	1.228		2.456
10	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		1	1.339		1.339
11	11110511	Doxorubicina clorhidrato 10 mg Polvo liofilizado Vial- CUMS:20091053-01		2	10.838		21.676
12	11110552	Ondansetron 8 mg Tabletas- CUMS:20003610-01		10	954		9.540
13	11111005	Cloruro de POTASIO 2 mEq / mL Solucion Inyectable AMPOULEPACK 10 mL- CUMS:19939225-01		1	267		267
14	11111018	MAGNESIO SULFATO 20% SOLUCION INYECTABLE AMPOULEPACK 10ML- CUMS:3351-02		1	1.042		1.042
15	11114030	OMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCION AMPOLLA- CUMS:20070385-02		1	1.839		1.839
16	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	445.794
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	8.916
VALOR TOTAL A PAGAR	436.878

04 JUN 2021

Total Items: 16

TOTAL: **CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1185548

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **25 May 2021 7:15 a.m.** **Fec Ingreso:** 25.May.2021 7:14 a.m.
Hoja de Trabajo : 139313 **Fec Egreso:** 25.May.2021 7:14 a.m.
Autorizacion : 726936 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3133844041 **Carnet :**
Dirección: CORREO AREA ENLACE
Paciente : 1060717 CARLOS TEQUIA WILCHES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 82 AÑOS - 11 MESES - 23 DIAS
Cufe : 61ccfbd21d1175151ddfdeeb6608a3805f4053d50cf17e0155455ded1017d151e1550862c3743d3bcaf702749de8c022

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : JARUBIANO - JUAN ANDRES RUBIANO NIÑO		1	17.264		17.264

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	17.264
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	345
VALOR TOTAL A PAGAR	16.919

Total Items: 1
TOTAL: **DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1186974

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **27 May 2021 16:22 p.m.** **Fec Ingreso:** 10.May.2021 6:47 a.m.
Hoja de Trabajo : 140077 **Fec Egreso:** 10.May.2021 6:47 a.m.
Autorizacion : 646987 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INFORMACI **Carnet :**
Dirección: # SE TIENE IMFORMACION
Paciente : 13253406 SAUL CARDENAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 2 MESES - 21 DÍAS
Cufe : 57929ecd177f986649ccf81f51a0d449b74f7a1ec81bb187f7ab867db062c0020b2e2bf703558a1342c2a124bb857a6e

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

0 4 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1186980

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **27 May 2021 16:30 p.m.** **Fec Ingreso:** 03.May.2021 6:49 a.m.
Hoja de Trabajo : 140080 **Fec Egreso:** 03.May.2021 6:49 a.m.
Autorizacion : 550325 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3114284890 **Carnet :**
Dirección: TRANSVERSAL 53-45-
Paciente : 23755011 OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 45 AÑOS - 3 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 59698ca291c6c97c7e38b30a8937091 1cf7ce9502a55b415a85ca5bc165deae8d7241ac1c3998df259e60cfa693cd0cd

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1186981

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **27 May 2021 16:33 p.m.** **Fec Ingreso:** 03.May.2021 6:50 a.m.
Hoja de Trabajo : 140081 **Fec Egreso:** 03.May.2021 6:50 a.m.
Autorizacion : 482278 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40024007 GLORIA MARINA BARON MOLANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 9 MESES - 27 DÍAS
Cufe : 21caffdf47cd86bd3dbb59831bb129b58752698f357169bc5d3d82d252444660057b890d68c029a08fecbdeb333a4086

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

RECEPCIÓN
04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1186982

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **27 May 2021 16:35 p.m.** **Fec Ingreso:** 10.May.2021 6:52 a.m.
Hoja de Trabajo : 140082 **Fec Egreso:** 10.May.2021 6:52 a.m.
Autorizacion : 664018 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3187191868/3174350946 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 4 ESTE N 30A - 20
Paciente : 5847754 FLAMINIO SANDOVAL SANTANDER
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 82 AÑOS - 1 MESES - 16 DÍAS
Cufe : 03e881e5182778ad398e38bf2c4dd9600ac7bdbc83e71400acd6d1be9074ff2f87a7a1bea868297bfecfcbf53171cb6a

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

DIRECCIÓN
04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLI[redacted] DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1186984

Plan : ONC02 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **27 May 2021 16:39 p.m.** **Fec Ingreso:** 10.May.2021 6:54 a.m.
Hoja de Trabajo : 140084 **Fec Egreso:** 10.May.2021 6:54 a.m.
Autorizacion : 622984 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 23574198 LUCY ESPERANZA GUAJE CARREÑO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 54 AÑOS - 6 MESES - 6 DÍAS
Cufe : 1826bf33f5ebb174d67bd60b10fab7af61843eb9f16e01d8245a13e0dc2572c2491d74648aa9a0bf31ead125a7280d97

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	80.000		80.000

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	80.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.600
VALOR TOTAL A PAGAR	78.400

Total Items: 1
TOTAL: **SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

[redacted] 04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1187440

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **28 May 2021 16:48 p.m.** **Fec Ingreso:** 09.Abr.2021 8:27 a.m.
Hoja de Trabajo : 115020 **Fec Egreso:** 13.Abr.2021 8:34 a.m.
Autorizacion : 536982 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3176958903 **Carnet :**
Dirección: LETICIA AMAZONAS
Paciente : 40783707 ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 43 AÑOS - 9 MESES - 11 DÍAS
Cufe : 3d905c9031da974b59e3a8c48a5734bc5fa64aa72e49e59587f86568a4bc0fc7297b9c89219c1592e02e7f899041b731

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MEDICAMENTOS PBS							**311.168**
2	11105005	CICLOFOSFAMIDA 1 G POLVO ESTERIL PARA RECONSTRUIR VIAL-CUMS:21535-01		1	39.635		39.635
3	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla-CUMS:20019105-06		2	337		674
4	11110511	Doxorubicina clorhidrato 10 mg Polvo liofilizado Vial-CUMS:20091053-01		10	10.838		108.380
5	11110517	Fosaprepitant 150 mg polvo liofilizado Vial- CUMS:20016452-01		1	159.659		159.659
6	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	652.656
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	13.053
VALOR TOTAL A PAGAR	639.603

Total Items: 6

TOTAL: **SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

RECIBIDO
04 JUN 2021

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. **Código IPS :** 110010966601 **Nit : 860090566**

Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1187441

Plan : ONC01 ONCOLOGIA
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nit : 900336524 - 5 **Tel :** 22016342201365 **Dir :** Carrera 68 b bis # 44-58

Fecha y Hora de Expedición: **28 May 2021 16:51 p.m.** **Fec Ingreso:** 06.May.2021 11:39 a.m.
Hoja de Trabajo : 129536 **Fec Egreso:** 06.May.2021 11:39 a.m.
Autorizacion : 576372 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3176958903 **Carnet :**
Dirección: LETICIA AMAZONAS
Paciente : 40783707 ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 43 AÑOS - 10 MESES - 8 DÍAS
Cufe : ea43f31d8f398145e463ab205cb082c6e811dfe02b0bad0f55c545e3131769b4f0ac1f5f028106b434ca824e9a59f178

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**341.488**
1	992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	341.488		341.488
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**29.657**
2	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		1	551		551
3	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
MEDICAMENTOS PBS							**155.382**
4	11105005	CICLOFOSFAMIDA 1 G POLVO ESTERIL PARA RECONSTRUIR VIAL-CUMS:21535-01		1	39.635		39.635
5	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla-CUMS:20019105-06		2	337		674
6	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		1	1.417		1.417
7	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		2	1.228		2.456
8	11110511	Doxorubicina clorhidrato 10 mg Polvo liofilizado Vial-CUMS:20091053-01		10	10.838		108.380
9	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	526.527
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	10.531
VALOR TOTAL A PAGAR	515.996

Total Items: 9

TOTAL: **QUINIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**



ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

No. 6 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SALUD Nª 1

GS-2021- 004950 **– REGI1**

01 de Abril 2021

Teniente Coronel ANA MILENA MAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nª 1
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-7-20164-20**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _x_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/05/2021**	**Hasta**	**30/05/2021**

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 acto administrativo N. _____ talento, el señor Coronel MAURICIO ALEXANDER PIÑEROS CORTES, obrando en calidad de (Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nª 1), nombró como supervisor del contrato del asunto al señor (a) DR OSCAR ARBEY MEDINA LEAL Coordinador Médico Grupo Red Integral de Servicios en Salud Nª 1.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 6**

1. Informe de supervisión del mes Diciembre comprendido entre el 30 Diciembre 2020.
2. Informe de supervisión del mes Enero comprendido entre el 01 al 30 de enero 2021.
3. Informe de supervisión del mes Febrero comprendido entre el 01 al 28 de Febrero 2021.
4. Informe de supervisión del mes Marzo comprendido entre el 01 al 30 de Marzo 2021

5. Informe de supervisión del mes Abril comprendido entre el 01 al 30 de Abril presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 004361-REGI1 del 25/05/2021.

6. Informe de supervisión del mes Mayo comprendido entre el 01 al 30 de Mayo presentado mediante comunicación oficial No GS-2021-004950 del 09/06/21 .

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20164-20
Objeto del Contrato	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPÍA PARA LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL, QUE PERTENECEN A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1.
Contratista	CLINICA DEL OCCIDENTE SA
Representante legal	Edgar Alirio Ruiz Luengas
Valor inicial del contrato	Valor Inicial $1.500.000.000,00
Valor adiciones del contrato	00
Valor total del contrato	Valor total: $1.500.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	10 meses
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	30 DE DICIEMBRE DE 2020
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30 DE OCTUBRE DE 2021
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.

1.1 Acciones adelantadas:

Se realiza reunión de supervisión del contrato los 5 primeros días de cada mes donde se evalúan los siguientes aspectos:

1. Indicadores de oportunidad continuidad y efectividad del contratista en la atención de cada uno de los usuarios de subsistema de salud de la policía nacional.
2. Revisión de los caos especiales que se presentan en el mes de ejecución del contrato
3. Revisión documental de la oferta de servicios comparada con la demanda insatisfecha.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

El contratista (CLINICA DEL OCCIDENTE SA) cumplió la ejecución del contrato y con sus obligaciones.

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
EL CONTRATISTA debe cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso de selección, con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	(SI)	NO APLICA
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)	NO APLICA
EL CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	(SI)	NO APLICA
Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, EL CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA debe 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)	NO APLICA
El CONTRATISTA debe guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un	(SI)	NO APLICA

tercero se cause a la administración o a terceros.		
El CONTRATISTA no debe 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 Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en los Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezcan.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA debe disponer de una línea de Atención e Información al Usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados	(SI)	NO APLICA
El servicio será prestado en las instalaciones del CONTRATISTA en la ciudad de Bogotá y Boyacá de manera continua, de domingo a domingo, de igual manera se dará atención inmediata y prioritaria para cualquier procedimiento de urgencia vital sin importar hora diurna o nocturna los siete días de la semana.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios ofertados al usuario después de verificar la presentación de los siguientes documentos: la orden médica, documento de identificación del paciente, carné de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional y la Orden de Servicio Externo generada por la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, en horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número	(SI)	NO APLICA

telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.		
El CONTRATISTA se compromete a participar de la junta de casos especiales con el número de especialistas necesarios según la patología.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a participar en la reunión de revisión de delimitaciones de volúmenes y planeaciones por especialistas entrenados en nuevas tecnologías autorizadas.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a participar en la revisión de imágenes de verificación de inicios de tratamientos con correcciones, si se amerita, de acuerdo a solicitud del servicio de oncología del Hospital central	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a garantizar la Prestación del Servicio de Radioterapia, quimioterapia y procedimientos de origen oncológicos, incluso en el caso que tenga su capacidad instalada copada o se requiera tecnología superior a la que dispone sus instalaciones	(SI)	NO APLICA
En el caso que se requiera un procedimiento que no esté contemplado dentro de la oferta inicial y el contratista se encuentre en la capacidad de realizarlo, este se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional, y cancelado tomando como referencia la tarifa pactada, previo concepto del supervisor y solicitud de modificación del contrato.	(SI)	NO APLICA
En los procedimientos de Braquiterapia de baja tasa, intracavitaria o intraluminal, la tarifa incluye la colocación y control de la fuente radioactiva, cualquiera sea el tipo de tratamiento practicado (broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, ginecológico, etc.).	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA que resulte adjudicatario no podrá en ningún caso repetir los estudios para-clínicos realizados en la fase de diagnóstico por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, los cuales acompañan la orden de servicio externo expedida por el profesional tratante.	(SI)	NO APLICA

El CONTRATISTA deberá garantizar la prestación del servicio en forma continua a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a notificar al supervisor del contrato de forma inmediata los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante los procedimientos y que llegasen a requerir el ingreso por el servicio de urgencias a la institución contratada, de cualquier paciente perteneciente al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o regulación del paciente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1; el costo de los eventos adversos serán asumidas por el CONTRATISTA.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a que el manejo del paciente debe comprender las complicaciones presentadas durante los procedimientos y hasta el mes siguiente al mismo, comprende el manejo médico y terapéutico oncológico.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo (no practicantes) 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, la moral y las buenas costumbres, para facilitar la espera de los usuarios y sus acompañantes antes, durante y después de los procedimientos se requiere que la entidad cuente con una sala de espera que ofrezca comodidades básicas especialmente adaptadas para tal fin	(SI)	NO APLICA

El CONTRATISTA se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y se firme el consentimiento medico informado.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete en todos los casos, una vez atendido el usuario, a enviar una contrarreferencia del tratamiento realizado una vez finalizado, dirigido al Jefe de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, que incluya un resumen de historia clínica del paciente, especificando los procedimientos realizados, fecha de inicio del tratamiento, fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a enviar mensualmente al Jefe del Grupo de Servicios Asistenciales (supervisor del contrato) informe de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a entregar al jefe del Grupo de Servicios Asistenciales los guías de Manejo de las siguientes Patologías así: Cáncer de Seno, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Próstata, Cáncer de Piel, Cáncer Gástrico, Linfoma, Metástasis Óseas, Metástasis Nerviosas.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a realizar procedimientos que no se	(SI)	NO APLICA

encuentren dentro del acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.		
El CONTRATISTA deberá garantizar la sostenibilidad de los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá enviar los cinco (05) primeros días de cada mes el cumplimiento de reporte a los entes de vigilancia y control, Indicadores de calidad, eventos adversos, reportes de tecno vigilancia y reactivo vigilancia, de conformidad con la normatividad vigente en cada caso	(SI)	NO APLICA
La asignación de las citas para especialidades, subespecialidades, procedimientos diagnósticos y procedimientos oncológicos se realizará con la autorización expedida en Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la prestación del servicio de salud.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente	(SI)	NO APLICA

al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen d) entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 requiera de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la circular 030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen.		
El CONTRATISTA brindará atención médica con personal graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos, experiencias y la tecnología de punta de acuerdo al nivel de complejidad.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA designará un par medico competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco días hábiles del mes siguiente en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA
Una vez agotado el contrato, El CONTRATISTA no continuará prestando los servicios a cargo del objeto del mismo.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica, que permita el acceso a la información y consultas necesarias para	(SI)	NO APLICA

resolver inquietudes e informar novedades sobre el tratamiento recibido, peticiones, quejas, horarios de atención y programación de procedimientos, medicamentos, entre otros.		
El CONTRATISTA se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades, procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información desagregada e individualizada por paciente del 100% de los servicios recibidos, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 del Ministerio de la Protección Social que define los RIPS.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a disponer de un sistema de información sistematizado de las historias clínicas que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la codificación establecida y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos para la presentación de la cuenta de cobro.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo de la Historia Clínica de los pacientes.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a disponer de una línea de Atención e Información al Usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, la cual se le debe dar a conocer a los usuarios que sean remitidos, el horario de atención telefónica debe ser de 07:00 a 17:00 horas en jornada continua de lunes a viernes por el tiempo que dure el contrato.	(SI)	NO APLICA
CONDICIONES DEL SERVICIO FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS: El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, tiene como carta rectora en materia de medicamentos, el acuerdo No 052 de 2013 en el cual se dio a conocer el Manual de medicamentos y terapéutica para el subsistema. Documento que debe ser conocido por los prestadores de servicios de salud interesados en este proceso de contratación, con el fin de que las futuras prescripciones a realizar a los	(SI)	NO APLICA

afiliados y beneficiarios se hagan basadas en dicho manual.		
CONDICIONES DEL SERVICIO - EXCUSA DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, debe cumplir la Directiva Administrativa Permanente No 006 del 23 de agosto de 2017, la cual estipula "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios", o las normas que la modifiquen o deroguen, la cual estipula lo siguiente: Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio: a) Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento. b) Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados).	(SI)	NO APLICA
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)	NO APLICA
Los servicios pactados y prestados y que no se encuentren estipulados en el acuerdo No. 256 DE 2001 POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS" DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL "EPS-	(SI)	NO APLICA

ISS", serán cancelados a tarifa institucional sin intermediación o a factura de compra cuya intermediación no podrá ser superior al 10%.		
El contratista deberá entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE).	(SI)	NO APLICA
El **CONTRATISTA** deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015Libro II Titulo VI Capítulo VI "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo".	(SI)	NO APLICA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS		CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)			
1	Ayudas Diagnósticas y Terapéuticas: radiología, quimioterapia – hospital día, rehabilitación, servicio transfusional, imágenes diagnósticas, medicina nuclear, patología, laboratorio clínico, laboratorio de genética, laboratorio de hematología especializada.	(SI)	NO APLICA
2	Consulta e inter consulta ambulatoria especializada de oncología y hemato-oncologia y procedimientos terapéuticos de las especialidades originadas en la consulta y en las interconsultas BOGOTÁ.	(SI)	NO APLICA
3	Practica integral de tratamientos oncológicos y hemato-oncologicos de radioterapia y tele terapia: Cobalto, Acelerador lineal; Braquiterapia: alta tasa, baja tasa.	(SI)	NO APLICA
4	Quimioterapia: Monoquimioterapia y poliquimioterapia, hospital día. Bogotá	(SI)	NO APLICA
5	Consulta de Oncología y Radioncologia en la ciudad de TUNJA – BOYACA en las instalaciones de la Clínica de la Policía de Tunja	(SI)	NO APLICA
6	Quimioterapia: Monoquimioterapia y poliquimioterapia, hospital día. BOYACA – TUNJA en las instalaciones de la Clínica de la Policía de Tunja	(SI)	NO APLICA
7	Manejo integral ambulatorio y/o intra-hospitalario, para la práctica de procedimientos y en general diagnósticos y tratamientos oncológicos.	(SI)	NO APLICA
8	Cirugía oncológica de todos los niveles de complejidad y con tecnología de punta.	(SI)	NO APLICA
9	Cirugía mínimamente invasiva para manejo de cáncer en todas las especialidades.	(SI)	NO APLICA

10	Consulta de cuidados paliativos.	(SI)	NO APLICA
11	Programas de rehabilitación integral oncológica.	(SI)	NO APLICA
12	Todos los servicios de salud referente a Oncología incluidos en el portafolio de servicios ofertado con sujeción al Acuerdo No. 256 DE 2.001.	(SI)	NO APLICA
	CONDICIONES ESPECIFICAS		
1	**REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.** En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015, el oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990.	(SI)	NO APLICA
2	El oferente con su oferta deberá anexar licencia de manejo de material radioactivo vigente, expedido por la autoridad reguladora nuclear (Ministerio de Minas y Energía) entidad destinada para tal fin.	(SI)	NO APLICA
3	El Oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación para la ciudad de Bogotá.	(SI)	NO APLICA
3.1	El Oferente garantizara que cuenta con los equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación dentro de las instalaciones de la Clínica de la Policía Nacional de Tunja.	(SI)	NO APLICA
4	El oferente debe anexar con su propuesta el **Certificado de Habilitación** expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales para los servicios ofertados.	(SI)	NO APLICA
5	El oferente debe anexar con su propuesta Los **Indicadores de calidad en la prestación de servicios**, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	(SI)	NO APLICA
6	El oferente debe anexar con su propuesta, **certificación de soporte de suficiencia** firmado por el representante legal a partir de su capacidad Instalada para prestar los servicios a contratar, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.	(SI)	NO APLICA
7	El oferente debe anexar con su propuesta **Portafolio de servicios** de salud actualizado.	(SI)	NO APLICA
8	Anexar **instructivo o protocolo para la referencia** de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que operen las 24 horas y garanticen la oportunidad de respuesta inmediata con un máximo de 2 horas.	(SI)	NO APLICA
9	**(GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD),** mediante certificación firmada por el Representante Legal de la IPS debe constar la existencia y disponibilidad de los equipos médicos que destinarán para la prestación de los servicios.	(SI)	NO APLICA
10	El oferente con su oferta deberá anexar **licencia de funcionamiento** de los equipos con los cuales realizara la prestación del servicio.	(SI)	NO APLICA
11	**EQUIPOS: El CONTRATISTA** deberá contar con los equipos acordes al nivel de complejidad, para la realización de los procedimientos, exámenes de laboratorio, imágenes	(SI)	NO APLICA

	diagnósticas y patología requeridas para cumplir con el objeto del contrato.		
12	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley o las autoridades administrativas o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.	(SI)	NO APLICA
13	El oferente se compromete a asumir como su responsabilidad cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales.	(SI)	NO APLICA
14	Mantener vigente la póliza de responsabilidad civil médica profesional que ampare los riesgos en el ejercicio de la actividad profesional.	(SI)	NO APLICA
15	**Oportunidad para la asignación de citas a pacientes de consulta externa:** Para pacientes ambulatorios remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la asignación de cita en un plazo máximo de 72 Horas.	(SI)	NO APLICA
16	**Oportunidad para la aceptación de pacientes hospitalizados:** Para pacientes hospitalizados en otra entidad hospitalaria que requieran remisión, el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la aceptación del paciente en un plazo máximo de 48 Horas.	(SI)	NO APLICA
17	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad de la consulta especializada, Subespecialidad, procedimientos diagnósticos y procedimientos oncológicos de los diferentes servicios ofertados en un tiempo no superior a 15 días calendario.	(SI)	NO APLICA
18	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad para cirugía oncológica en un tiempo no mayor a 20 días calendario después de generada la orden por la entidad contratada.	(SI)	NO APLICA
19	El oferente en todos los casos se compromete a garantizar el tratamiento integral oncológico, a los pacientes del subsistema de salud de la Policía Nacional, en un tiempo no superior a 45 días calendario.	(SI)	NO APLICA
20	El oferente se compromete a realizar el inicio del tratamiento una vez asignada la cita de la siguiente manera: • Para Urgencias Oncológicas máximo 24 Horas. • Para tratamiento convencional máximo 8 Días.	(SI)	NO APLICA
21	TARIFA MEDICAMENTOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de medicamentos suministrados a los usuarios de la siguiente manera: si el oferente hace su oferta con tarifas institucionales no se pactara intermediación para el pago de los mismos, si la oferta se hace por factura de compra o manual tarifario de institución reconocida el porcentaje de intermediación no podrá ser superior al 10%	(SI)	NO APLICA
21.1	TARIFA MEDICAMENTOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de medicamentos suministrados a los usuarios de la Ciudad de Tunja de la siguiente manera: si el oferente hace su oferta con tarifas institucionales no se pactara intermediación para el pago de los	(SI)	NO APLICA

	mismos, si la oferta se hace por factura de compra o manual tarifario de institución reconocida el porcentaje de intermediación no podrá ser superior al 15%		
22	El oferente garantiza que los medicamentos utilizados y suministrados por el oferente para el tratamiento integral de pacientes con cáncer; cuentan con el registro de INVIMA y BPM como prueba de calidad de los mismos tanto en Bogotá como en la ciudad e Tunja	(SI)	NO APLICA
23	El porcentaje de intermediación solo se aplicara a los medicamentos cuyo valor no se encuentre regulados por el Estado.	(SI)	NO APLICA
24	TARIFA INSUMOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de insumos utilizados en los procedimientos realizados a los usuarios para el cumplimiento del objeto contractual, el valor de la factura de compra y un porcentaje de intermediación no superior al 10%	(SI)	NO APLICA
24.1	TARIFA INSUMOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de insumos utilizados en la ciudad de Tunja en los procedimientos realizados a los usuarios para el cumplimiento del objeto contractual, el valor de la factura de compra y un porcentaje de intermediación no superior al 15%	(SI)	NO APLICA
25	El servicio será prestado en las instalaciones del oferente que resultare adjudicatario en la ciudad de Bogotá Distrito Capital de manera continua, de lunes a sábado de 07:00 am a 07:00 pm, de igual manera se dará atención inmediata y prioritaria para cualquier procedimiento de urgencia vital sin importar hora diurna o nocturna los siete días de la semana, así como en las instalaciones de la Clínica de la Policía de Tunja..	(SI)	NO APLICA
26	El oferente se compromete a prestar los servicios ofertados al usuario después de verificar la presentación de los siguientes documentos: la orden médica, documento de identificación del paciente, carné de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional y la Orden de Servicio Externo generada por la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
27	El oferente deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, en horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.	(SI)	NO APLICA
28	El oferente se compromete a participar de la junta de casos especiales con el número de especialistas necesarios según la patología.	(SI)	NO APLICA
29	El oferente se compromete a participar en la reunión de revisión de delimitaciones de volúmenes y planeaciones por especialistas entrenados en nuevas tecnologías autorizadas.	(SI)	NO APLICA
30	El oferente se compromete a participar en la revisión de imágenes de verificación de inicios	(SI)	NO APLICA

	de tratamientos con correcciones, si se amerita, de acuerdo a solicitud del servicio de oncología del Hospital central.		
31	El oferente se compromete a garantizar la Prestación del Servicio de Radioterapia, quimioterapia y procedimientos de origen oncológicos, incluso en el casos que tenga su capacidad instalada copada o se requiera tecnología superior a la que dispone sus instalaciones.	(SI)	NO APLICA
32	En el caso que se requiera un procedimiento que no esté contemplado dentro de la oferta inicial y el contratista se encuentre en la capacidad de realizarlo, este se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional, y cancelado tomando como referencia la tarifa pactada, previo concepto del supervisor y solicitud de modificación del contrato.	(SI)	NO APLICA
33	En los procedimientos de Braquiterapia de baja tasa, intracavitaria o intraluminal, la tarifa incluye la colocación y control de la fuente radioactiva, cualquiera sea el tipo de tratamiento practicado (broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, ginecológico, etc.).	(SI)	NO APLICA
34	El Oferente que resulte adjudicatario no podrá en ningún caso repetir los estudios para-clínicos realizados en la fase de diagnóstico por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, los cuales acompañan la orden de servicio externo expedida por el profesional tratante.	(SI)	NO APLICA
35	El oferente deberá garantizar la prestación del servicio en forma continua a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	(SI)	NO APLICA
36	El oferente se compromete a notificar al supervisor del contrato de forma inmediata los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante los procedimientos y que llegasen a requerir el ingreso por el servicio de urgencias a la institución contratada, de cualquier paciente perteneciente al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o regulación del paciente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1; el costo de los eventos adversos serán asumidas por el oferente adjudicatario.	(SI)	NO APLICA
37	El oferente se compromete a que el manejo del paciente debe comprender las complicaciones presentadas durante los procedimientos y hasta el mes siguiente al mismo, comprende el manejo médico y terapéutico oncológico.	(SI)	NO APLICA
38	El oferente se compromete a atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo (no practicantes) para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento	(SI)	NO APLICA

	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, la moral y las buenas costumbres, para facilitar la espera de los usuarios y sus acompañantes antes, durante y después de los procedimientos se requiere que la entidad cuente con una sala de espera que ofrezca comodidades básicas especialmente adaptadas para tal fin.		
39	El oferente se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.	(SI)	NO APLICA
40	El oferente se compromete a brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	(SI)	NO APLICA
41	El oferente se compromete a informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y se firme el consentimiento medico informado.	(SI)	NO APLICA
42	El oferente se compromete en todos los casos, una vez atendido el usuario, a enviar una contrarreferencia del tratamiento realizado una vez finalizado, dirigido al Jefe de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, que incluya un resumen de historia clínica del paciente, especificando los procedimientos realizados, fecha de inicio del tratamiento, fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores.	(SI)	NO APLICA
43	El oferente se compromete a enviar mensualmente al Jefe del Grupo de Servicios Asistenciales (supervisor del contrato) informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados.	(SI)	NO APLICA
44	El oferente se compromete a entregar al jefe del Grupo de Servicios Asistenciales los guías de Manejo de las siguientes Patologías así: Cáncer de Seno, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Próstata, Cáncer de Piel, Cáncer Gástrico, Linfoma, Metástasis Óseas, Metástasis Nerviosas.	(SI)	NO APLICA
45	El oferente se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.	(SI)	NO APLICA

46	El Oferente deberá garantizar la sostenibilidad de los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato.	(SI)	NO APLICA
47	El oferente deberá enviar los cinco (05) primeros días de cada mes el cumplimiento de reporte a los entes de vigilancia y control, Indicadores de calidad, eventos adversos, reportes de tecno vigilancia y reactivo vigilancia, de conformidad con la normatividad vigente en cada caso.	(SI)	NO APLICA
48	La asignación de las citas para especialidades, subespecialidades, procedimientos diagnósticos y procedimientos oncológicos se realizará con la autorización expedida en Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
49	Abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.	(SI)	NO APLICA
50	Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la prestación del servicio de salud.	(SI)	NO APLICA
51	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.	(SI)	NO APLICA
52	El oferente se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen d) entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 requiera de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la circular 030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen.	(SI)	NO APLICA
53	El oferente brindará atención médica con personal graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos, experiencias y la tecnología de punta de acuerdo al nivel de complejidad.	(SI)	NO APLICA
54	El oferente designará un par medico competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del	(SI)	NO APLICA

	contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.		
55	El oferente se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco días hábiles del mes siguiente en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
56	El oferente se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato	(SI)	NO APLICA
57	Una vez agotado el contrato, no se continúa prestando los servicios objeto del mismo.	(SI)	NO APLICA
58	El oferente deberá facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica, que permita el acceso a la información y consultas necesarias para resolver inquietudes e informar novedades sobre el tratamiento recibido, peticiones, quejas, horarios de atención y programación de procedimientos, medicamentos, entre otros.	(SI)	NO APLICA
59	El oferente se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades, procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información desagregada e individualizada por paciente del 100% de los servicios recibidos, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 del Ministerio de la Protección Social que define los RIPS, modificada por la Resolución 951 de 2002 y Resolución 1531 de 2014 en concordancia con la Circular 025 del Ministerio de Salud.	(SI)	NO APLICA
60	El oferente se compromete a disponer de un sistema de información sistematizado de las historias clínicas que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la codificación establecida y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos para la presentación de la cuenta de cobro.	(SI)	NO APLICA
61	El oferente se compromete a cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo de la Historia Clínica de los pacientes.	(SI)	NO APLICA
62	El oferente se compromete a disponer de una línea de Atención e Información al Usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, la cual se le debe dar a conocer a los usuarios que sean remitidos, el horario de atención telefónica debe ser de 07:00 a 17:00 horas en jornada continua de lunes a viernes por el tiempo que dure el contrato.	(SI)	NO APLICA
63	**CONDICIONES DEL SERVICIO FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS:** El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, tiene como carta rectora en materia de medicamentos, el acuerdo No 052 de 2013 en el cual se dio a conocer el Manual de medicamentos y terapéutica para el subsistema. Documento que debe ser conocido por los prestadores de servicios de salud interesados	(SI)	NO APLICA

	en este proceso de contratación, con el fin de que las futuras prescripciones a realizar a los afiliados y beneficiarios se hagan basadas en dicho manual.		
64	**CONDICIONES DEL SERVICIO - EXCUSA DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA:** Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, debe cumplir la Directiva Administrativa Permanente No 006 del 23 de agosto de 2017, la cual estipula "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios", o las normas que la modifiquen o deroguen, la cual estipula lo siguiente: Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio: Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento. Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados).	(SI)	NO APLICA
65	EL Oferente deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin novedades.

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

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

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagará el valor del contrato a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la presentación de la factura comercial 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 código CUPS y 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 los soportes objeto del cobro de cada una de las atenciones prestadas a los usuarios.

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- copia del soporte de cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios
- Autorización del servicio en original
- 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 aplicara 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 información de registro prestaciones de servicios de salud (RIPS), el cual 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) días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes.

La presentación de las facturas por los servicios causados deberá realizarse dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores de los servicios.

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.

CAUSALES DE NO PAGO

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: CLINICA DEL OCCIDENTE SA.
BANCO: BANCO DE BOGOTA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 060074499

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$1.500.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$148.602.936,00	10%
Valor total facturado	$97.975.299,00	0%
Valor facturado pendiente de pago	$50.627.637,00	0%
Valor pagado	$97.975.299,00	0%
Valor pendiente de entrega	$1.361.397.064,00	90%

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. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
006 del 08 de Junio de 2021	$50.627.637	01/05/2021 al 30/05/2021	$50.627.637	1	Pendiente	pendiente	pendiente

5. RECOMENDACIONES

No hay 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 soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO_x__	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,

Firma_____
Doctor **OSCAR ARBEY MEDINA LEAL**
Coordinador Médico Grupo Red Integral de Servicios en Salud
Supervisor Contrato No. 81-7-20164-20
Correo electrónico: arbey.medina@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3186206207