Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 06 JULIO 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.	7
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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fecha de entrega certificada:	Del: 05/03/2021 Al: 30/06/2021
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	$134.398.086	$ 134.398.086	0	
RASES 1	16	PRESTACION DE SERVCOS MEDICOS	$ 640.000	$ 640.000		

	N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICCION DEL USUARIO	VALOR DE LA FACTURA
1	FE0001185545	25/05/2021	25/05/2021	SIERRA CALAPSU XIMENA ALEJANDRA	1094896687	$ 17.264
2	FE0001185673	25/05/2021	25/05/2021	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	40783707	$ 17.264
3	FE0001186397	26/05/2021	25/05/2021	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	40783707	$ 17.264
4	FE0001187132	28/05/2021	28/05/2021	FONSECA DE GONZALEZ LUZ MARINA	41710546	$ 17.264
5	FE0001187450	28/05/2021	25/05/2021	TEQUIA WILCHES CARLOS	1060717	$ 7.562
6	FE0001188147	31/05/2021	20/05/2021	MARTINEZ ALVARO	2450	$ 17.264
7	FE0001188355	31/05/2021	25/05/2021	ORTIZ CIFUENTES YANETH	63434293	$ 17.264
8	FE0001188695	01/06/2021	24/05/2021	BARRERO HERNANDEZ ANDRES JULIO CESAR	7275493	$ 80.000
9	FE0001188696	01/06/2021	24/05/2021	SIERRA LEGUIZAMO OLGA LUCIA	23755011	$ 80.000
10	FE0001188697	01/06/2021	31/05/2021	BARON MOLANO GLORIA MARINA	40024007	$ 80.000
11	FE0001188700	01/06/2021	24/05/2021	RODRIGUEZ GUIO JORGE ENRIQUE	4210381	$ 80.000
12	FE0001188701	01/06/2021	25/05/2021	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	20618270	$ 80.000
13	FE0001188702	01/06/2021	31/05/2021	VALCARCEL VALCARCEL ELDA INES	24081197	$ 80.000
14	FE0001188703	01/06/2021	31/05/2021	IBAÑEZ IBAÑEZ FLORINDA	41796177	$ 80.000
15	FE0001188705	01/06/2021	28/05/2021	GORDILLO CUBIDES SANDRA PATRICIA	33677592	$ 17.264
16	FE0001188772	01/06/2021	18/03/2021	MARTINEZ CASAS CARMELITA	35325200	$ 5.505.038
17	FE0001188782	01/06/2021	17/03/2021	TAMAYO TAMAYO MARIA RITA	41723017	$ 5.505.038
18	FE0001188840	01/06/2021	06/05/2021	CARMONA ACERO LUZ MARY	46642011	$ 5.505.038
19	FE0001188891	01/06/2021	19/03/2021	TIRANO PORRAS LUZ MARINA	41659730	$ 5.505.038
20	FE0001188894	01/06/2021	23/04/2021	BAQUERO BAQUERO CRISTOBAL	19167603	$ 5.505.038
21	FE0001189713	03/06/2021	13/05/2021	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	40783707	$ 7.562
22	FE0001189729	03/06/2021	26/05/2021	TEQUIA WILCHES CARLOS	1060717	$ 17.264
23	FE0001190075	03/06/2021	01/06/2021	GORDILLO CUBIDES SANDRA PATRICIA	33677592	$ 17.264

24	FE0001190484	04/06/2021	14/05/2021	TAPIAS LISANDRO AYALA	1147438	$	623.831
25	FE0001190790	05/06/2021	21/05/2021	BARON MOLANO GLORIA MARINA	40024007	$	5.914.160
26	FE0001190803	05/06/2021	14/05/2021	TAPIAS LISANDRO AYALA	1147438	$	1.647.776
27	FE0001190836	05/06/2021	22/04/2021	CIPAMUCHA SALAZAR LILIANA	40015853	$	16.153.287
28	FE0001191748	08/06/2021	12/05/2021	SIERRA LEGUIZAMO OLGA LUCIA	23755011	$	580.541
29	FE0001191749	08/06/2021	14/05/2021	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	20618270	$	591.663
30	FE0001191753	08/06/2021	11/05/2021	BARRERO HERNANDEZ ANDRES JULIO CESAR	7275493	$	469.146
31	FE0001192476	09/06/2021	03/05/2021	DIAZ BEJARANO MIGUEL ALBERTO	11376752	$	5.505.038
32	FE0001192524	09/06/2021	19/04/2021	ALARCON SEPULVEDA AARON	19069783	$	5.505.038
33	FE0001192564	09/06/2021	11/05/2021	QUEVEDO PASTOR NIDIA FABIOLA	20546412	$	40.950
34	FE0001192577	09/06/2021	13/05/2021	FIERRO PLAZAS VICENTA	20044697	$	40.950
35	FE0001192943	10/06/2021	02/06/2021	SUAREZ ARANGO JOSE ALFONSO	17313772	$	32.760
36	FE0001192947	10/06/2021	15/04/2021	ROJAS DE MORENO ZAIDA ROCIO	35492098	$	5.505.038
37	FE0001192961	10/06/2021	24/03/2021	GUAUQUE DUEÑAS JOSE GUILLERMO	16474473	$	5.505.038
38	FE0001193401	11/06/2021	04/06/2021	CLAVIJO LEON CARLOS EDUARDO	1074616268	$	333.215
39	FE0001195103	16/06/2021	16/06/2021	HORTA QUIROGA ANA BEATRIZ	20144224	$	17.264
40	FE0001195840	17/06/2021	08/02/2021	VARGAS SOLER VIRGINIA	23964171	$	5.505.038
41	FE0001196287	18/06/2021	08/05/2021	PEREZ MONCADA JOSE REYES	13354225	$	5.505.038
42	FE0001196305	18/06/2021	30/04/2021	CORREA LOPEZ JOAQUIN	3021954	$	5.505.038
43	FE0001196332	18/06/2021	04/05/2021	CORTES DE BERNAL MARIA ALICIA	20135526	$	5.505.038
44	FE0001197397	21/06/2021	21/06/2021	TELLEZ CASTAÑEDA NELCY ESPERANZA	41746800	$	17.264
45	FE0001198180	23/06/2021	18/05/2021	CELY VARGAS JOAQUIN	4242694	$	5.505.038
46	FE0001198774	24/06/2021	22/06/2021	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	40783707	$	17.264
47	FE0001198827	24/06/2021	05/03/2021	ORTIZ PARRADO ROSA ELENA	41766186	$	5.505.038
48	FE0001198839	24/06/2021	19/04/2021	ROJAS SANABRIA JOSE LUIS	1910590	$	5.505.038
49	FE0001198841	24/06/2021	18/05/2021	SANDOVAL SANTANDER FLAMINIO	5847754	$	5.505.038
50	FE0001198844	24/06/2021	27/05/2021	LAVERDE HIDALGO JORGE ENRIQUE	6094462	$	5.505.038
51	FE0001198852	24/06/2021	03/06/2021	APARICIO LEON DORA MARGOTH	51842930	$	5.505.038
52	FE0001200676	28/06/2021	16/06/2021	HERNANDEZ CANO RUBY	51672171	$	2.591.793
							$ 134.398.086

	N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	VALOR DE LA FACTURA
1	FE0001202448	02/07/2021	08/06/2021	AVILA SOTO JAIME ENRIQUE	$ 80.000
2	FE0001202450	02/07/2021	08/06/2021	VEGA ARIAS ANA VERTILDE	$ 80.000
3	FE0001202451	02/07/2021	08/06/2021	TORRES SORA LIGIA MARINA	$ 80.000
4	FE0001202464	02/07/2021	21/06/2021	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	$ 80.000

5	FE0001202468	02/07/2021	01/06/2021	VARGAS SOLER VIRGINIA	$	80.000
6	FE0001202585	02/07/2021	28/06/2021	BARON MOLANO GLORIA MARINA	$	80.000
7	FE0001202587	02/07/2021	28/06/2021	VARGAS SOLER VIRGINIA	$	80.000
8	FE0001202590	02/07/2021	28/06/2021	BARRERO HERNANDEZ ANDRES JULIO CESAR	$	80.000
					$	**640.000**

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
7 JUL 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

860090566

RADICADO 82688

TERCERO: 900336524 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

EJECUTIVO DE CUENTA: ACORTIZ - CAMILO ANDRÉS ORTIZ MARIN -AUXILIAR DE CARTERA **Rad Entidad** 82688

FECHA DE RADICADO: 01/07/2021 **ESTADO:** Radicado_Entidad **TELEFONO:** 342201365

DIRECCION: CARRERA 68 B BIS # 44-58

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

ONCOLOGIA

Nº	FACTURA	DOCUMENTO	PACIENTE	FEC_FAC	VAL FACTURA	VALRADICADO
1	FE0001185545	1094896687	XIMENA ALEJANDRA SIERRA CALAPSU	25/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
2	FE0001185673	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	25/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
3	FE0001186397	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	26/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
4	FE0001187132	41710546	LUZ MARINA FONSECA DE GONZALEZ	28/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
5	FE0001187450	1060717	CARLOS TEQUIA WILCHES	28/05/2021	$ 7,562.00	$ 7,562.00
6	FE0001188147	2450	ALVARO MARTINEZ	31/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
7	FE0001188355	63434293	YANETH ORTIZ CIFUENTES	31/05/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
8	FE0001188695	7275493	ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ	01/06/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
9	FE0001188696	23755011	OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO	01/06/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
10	FE0001188697	40024007	GLORIA MARINA BARON MOLANO	01/06/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
11	FE0001188700	4210381	JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ GUIO	01/06/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
12	FE0001188701	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	01/06/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
13	FE0001188702	24081197	ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL	01/06/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
14	FE0001188703	41796177	FLORINDA IBAÑEZ IBAÑEZ	01/06/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
15	FE0001188705	33677592	SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES	01/06/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
16	FE0001188772	35325200	CARMELITA MARTINEZ CASAS	01/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
17	FE0001188782	41723017	MARIA RITA TAMAYO TAMAYO	01/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
18	FE0001188840	46642011	LUZ MARY CARMONA ACERO	01/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
19	FE0001188891	41659730	LUZ MARINA TIRANO PORRAS	01/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
20	FE0001188894	19167603	CRISTOBAL BAQUERO BAQUERO	01/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
21	FE0001189713	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	03/06/2021	$ 7,562.00	$ 7,562.00
22	FE0001189729	1060717	CARLOS TEQUIA WILCHES	03/06/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
23	FE0001190075	33677592	SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES	03/06/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
24	FE0001190484	1147438	LISANDRO AYALA TAPIAS	04/06/2021	$ 623,831.00	$ 623,831.00
25	FE0001190790	40024007	GLORIA MARINA BARON MOLANO	05/06/2021	$ 5,914,160.00	$ 5,914,160.00
26	FE0001190803	1147438	LISANDRO AYALA TAPIAS	05/06/2021	$ 1,647,776.00	$ 1,647,776.00
27	FE0001190836	40015853	LILIANA CIPAMUCHA SALAZAR	05/06/2021	$ 16,153,287.00	$ 16,153,287.00
28	FE0001191748	23755011	OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO	08/06/2021	$ 580,541.00	$ 580,541.00
29	FE0001191749	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	08/06/2021	$ 591,663.00	$ 591,663.00
30	FE0001191753	7275493	ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ	08/06/2021	$ 469,146.00	$ 469,146.00
31	FE0001192476	11376752	MIGUEL ALBERTO DIAZ BEJARANO	09/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
32	FE0001192524	19069783	AARON ALARCON SEPULVEDA	09/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
33	FE0001192564	20546412	NIDIA FABIOLA QUEVEDO PASTOR	09/06/2021	$ 40,950.00	$ 40,950.00
34	FE0001192577	20044697	VICENTA FIERRO PLAZAS	09/06/2021	$ 40,950.00	$ 40,950.00
35	FE0001192943	17313772	JOSE ALFONSO SUAREZ ARANGO	10/06/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
36	FE0001192947	35492098	ZAIDA ROCIO ROJAS DE MORENO	10/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
37	FE0001192961	16474473	JOSE GUILLERMO GUAUQUE DUEÑAS	10/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
38	FE0001193401	1074616268	CARLOS EDUARDO CLAVIJO LEON	11/06/2021	$ 333,215.00	$ 333,215.00
39	FE0001195103	20144224	ANA BEATRIZ HORTA QUIROGA	16/06/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
40	FE0001195840	23964171	VIRGINIA VARGAS SOLER	17/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
41	FE0001196287	13354225	JOSE REYES PEREZ MONCADA	18/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
42	FE0001196305	3021954	JOAQUIN CORREA LOPEZ	18/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
43	FE0001196332	20135526	MARIA ALICIA CORTES DE BERNAL	18/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
44	FE0001197397	41746800	NELCY ESPERANZA TELLEZ CASTAÑEDA	21/06/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
45	FE0001198180	4242694	JOAQUIN CELY VARGAS	23/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
46	FE0001198774	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	24/06/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
47	FE0001198827	41766186	ROSA ELENA ORTIZ PARRADO	24/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
48	FE0001198839	1910590	JOSE LUIS ROJAS SANABRIA	24/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
49	FE0001198841	5847754	FLAMINIO SANDOVAL SANTANDER	24/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
50	FE0001198844	6094462	JORGE ENRIQUE LAVERDE HIDALGO	24/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
51	FE0001198852	51842930	DORA MARGOTH APARICIO LEON	24/06/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
52	FE0001200676	51672171	RUBY HERNANDEZ CANO	28/06/2021	$ 2,591,793.00	$ 2,591,793.00

DIRECCIÓN DE SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
FOLIO A VERIFICAR
RECIBIDO

TOTAL RADICADO: **$ 134,398,086.00**

SON CIENTO TREINTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Nombre reporte : CRRPRadicacion

Usuario: ACORTIZ

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 FE1185545

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

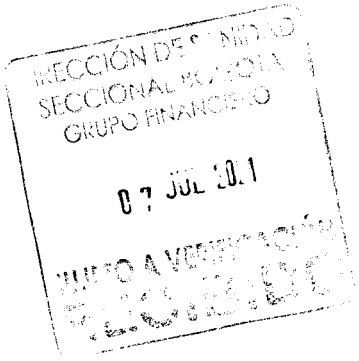
Fecha y Hora de Expedición: **25 May 2021 7:8 a.m.** **Fec Ingreso:** 25.May.2021 7:7 a.m.
Fec Egreso: 25.May.2021 8:20 a.m.
Hoja de Trabajo : 139307
Autorizacion : 736600 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3104427510 **Carnet :**
Dirección: BLOQUES DE PUBENZA TORRE 3 F APTO 202
Paciente : 1094896687 XIMENA ALEJANDRA SIERRA CALAPSU
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 33 AÑOS - 0 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 8f02f72f6e8bc47b38a8bef3b137903352a91780757ced3de7dc97b564c4eb41ad505ecbea3b7f2c259acce904183bf6

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOSMédico : IFMARIÑO - IVAN FERNANDO MARIÑO LOZANO		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**



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

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 FE1185673

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 10:47 a.m.** **Fec Ingreso:** 25.May.2021 9:7 a.m.
Fec Egreso: 25.May.2021 9:7 a.m.
Hoja de Trabajo : 139433
Autorizacion : 576369 **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 - 27 DÍAS
Cufe : 65b86582dc26e0bf796f3cecbb94f15be92abf7679f7570e49cddf9902f139c12741f5705b4ff10acb1ab39ceb7d511e

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO 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**

DIRECCIÓN DE [illegible] NIDAD
SECCIONAL [illegible]
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1186397

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: **26 May 2021 14:50 p.m.** **Fec Ingreso:** 25.May.2021 7:1 a.m.
Fec Egreso: 25.May.2021 9:2 a.m.
Hoja de Trabajo : 139301
Autorizacion : 736753 **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 - 27 DÍAS
Cufe : c1b45b8a28ecf1c77a5a0c2016ef10f6fa09b7de5c4ffe5817619f1cd18f1f656465b05e3014aeada8f6073a93645830

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOSMédico : IFMARIÑO - IVAN FERNANDO MARIÑO LOZANO		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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUNTO DE VERIFICACIÓN

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 FE1187132

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

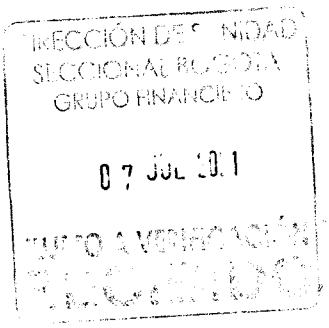
Fecha y Hora de Expedición: **28 May 2021 8:48 a.m.** **Fec Ingreso:** 28.May.2021 8:47 a.m.
Hoja de Trabajo : 141510 **Fec Egreso:** 28.May.2021 9:45 a.m.
Autorizacion : 678366 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3163738065 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 95 D #86 A -27
Paciente : 41710546 LUZ MARINA FONSECA DE GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 10 MESES - 16 DÍAS
Cufe : e8b0e1bce6d1bcc16ae4a996dc9937d864d9e4c4ff78d08f54a90d5eb10b41f8330869be63e60b36cd5724632c791ef1

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOSMédico : LMURRIAGO - LUZ MARINA URRIAGO GOMEZ		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**



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 FE1187450

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 17:12 p.m.** **Fec Ingreso:** 25.May.2021 8:50 a.m.
Hoja de Trabajo : 139415 **Fec Egreso:** 25.May.2021 10:23 a.m.
Autorizacion : 727016 **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 DÍAS
Cufe : c50d15a51fa26b938cb9b2632b87e13e8e6eff023415b2ccfda1500da62a5c936844656426fda96c194e88f56739102f

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**7.562**
1	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICAMédico : MIAGUDELO - MARIA ISABEL AGUDELO SUAREZ		1	7.562		7.562

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	7.562
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	151
VALOR TOTAL A PAGAR	7.411

Total Items: 1
TOTAL: **SIETE MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 07 JUL 2021

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 FE1188147

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: **31 May 2021 7:10 a.m.** **Fec Ingreso:** 20.May.2021 7:19 a.m.
Hoja de Trabajo : 136477 **Fec Egreso:** 20.May.2021 8:38 a.m.
Autorizacion : 689108 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3204675981 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 51 B # 18 39 SUR
Paciente : 2450 ALVARO MARTINEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 91 AÑOS - 8 MESES - 23 DÍAS
Cufe : f0f205beeba6ffaf2db2bdddd789a14f4049061a51780cee78e87fb7061e6edecf14d717e2f11ffccbf4021243a2cceb

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOSMédico : LMURRIAGO - LUZ MARINA URRIAGO GOMEZ		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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
PUESTO A VERIFICACIÓN

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 FE1188355

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: **31 May 2021 14:9 p.m.** **Fec Ingreso:** 25.May.2021 8:1 a.m.
Fec Egreso: 25.May.2021 9:41 a.m.
Hoja de Trabajo : 139354
Autorizacion : 445962 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : CORREO DE ENLACES **Carnet :**
Dirección: ACTUALIZAR DATOS
Paciente : 63434293 YANETH ORTIZ CIFUENTES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 64 AÑOS - 4 MESES - 11 DÍAS
Cufe : ff2dcd0206725653ebc886cec133cb0ab2da9d787060ee1b54f0ca3630e1055beaec4a46e486eb110f8268fe4041ec9e

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890255	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIAMédico : IFMARIÑO - IVAN FERNANDO MARIÑO LOZANO		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**

DIRECCIÓN DE[illegible] NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20[illegible]

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 FE1188695

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: **1 Jun 2021 8:52 a.m.**
Fec Ingreso: 24.May.2021 7:58 a.m.
Fec Egreso: 24.May.2021 7:58 a.m.
Hoja de Trabajo : 143299
Autorizacion : 622614 **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 - 7 MESES - 6 DÍAS
Cufe : 645b0894a3a800338513315ac24f18f89f79efaf90f2b515f4bdd1fadcf617357500040bd20601a05442c2e490d395f5

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1

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 : miércoles, 07 julio 2021 **Usuario Factura :** KCVERA

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 FE1188696

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: **1 Jun 2021 8:53 a.m.**
Fec Ingreso: 24.May.2021 8:1 a.m.
Fec Egreso: 24.May.2021 8:1 a.m.
Hoja de Trabajo : 143302
Autorizacion : 662615
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 - 24 DÍAS
Cufe : 4157a84d9b324c727ce26efd9b7acf2411d7fcd3e5ece559406229d45342cc6fcfebf1adc185d86ac6d4b81326ec47b7

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 DE SEGURIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 07 JUL 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 FE1188697

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: **1 Jun 2021 8:54 a.m.** **Fec Ingreso:** 31.May.2021 8:3 a.m.
Hoja de Trabajo : 143304 **Fec Egreso:** 31.May.2021 8:3 a.m.
Autorizacion : 662660 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3144255796-3204144426 **Carnet :**
Dirección: CALLE 11A 4A-48
Paciente : 40024007 GLORIA MARINA BARON MOLANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 10 MESES - 25 DÍAS
Cufé : cde19e27e6b96b93ac8f9a644ffd6918368390335a86c506d56d2ea15fa2b41faacdd1f7169053ea7ef5cde77fa9dc0d

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 DE SEGURIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 07 JUL 2021 PASO A VERIFICACIÓN

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 FE1188701

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: **1 Jun 2021 8:58 a.m.**
Fec Ingreso: 25.May.2021 8:28 a.m.
Fec Egreso: 25.May.2021 8:28 a.m.
Hoja de Trabajo : 143338
Autorizacion : 622608 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 1 MESES - 2 DÍAS
Cufe : 8e6bf691c48301593ffcc5a5325bd18b3a7796d7e87a57fb9791a8b5271cb7bd5913d0655bd4570f55bcbf85c8cc8564

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1188700

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: **1 Jun 2021 8:56 a.m.**
Fec Ingreso: 24.May.2021 8:10 a.m.
Fec Egreso: 24.May.2021 8:10 a.m.
Hoja de Trabajo : 143318
Autorizacion : 709134 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : NO SE TIENE INF **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 4210381 JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ GUIO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 69 AÑOS - 0 MESES - 7 DÍAS
Cufe : ad1a15251fa189c3fd2c8e5d734592878df94859bbe958f9b885ddf4cce18943d4a6fa2eba4e44c1bf4246133316949c

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 DE SEGURIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 07 JUL 2021 VERIFICACIÓN

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 FE1188702

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: **1 Jun 2021 8:59 a.m.**
Fec Ingreso: 31.May.2021 8:29 a.m.
Fec Egreso: 31.May.2021 8:29 a.m.
Hoja de Trabajo : 143339
Autorizacion : 750016 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3115140239-3132137957 **Carnet :**
Dirección: SOATA
Paciente : 24081197 ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 42 AÑOS - 9 MESES - 2 DÍAS
Cufe : 3feab19f95a067d1407d08803a01d0e8cab6f82c2727409aa91bd15d81558cfe89581441ef2156c686fcea525c165515

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUESTO A VERIFICACIÓN

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 FE1188703

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: **1 Jun 2021 9:0 a.m.** **Fec Ingreso:** 31.May.2021 8:30 a.m.
Hoja de Trabajo : 143342 **Fec Egreso:** 31.May.2021 8:30 a.m.
Autorizacion : 737397 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO HAY IMFORMACION **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 41796177 FLORINDA IBAÑEZ IBAÑEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 4 MESES - 24 DÍAS
Cufe : c125b8c0889ef9b9f9c0bd8a20786222bda12222038d408ae57ad0ead588a2214f3242193dd5e8b7591182d83211faf6

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 DE [illegible] NIDAD
SECCIONAL [illegible]
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
[illegible]

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 FE1188705

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: **1 Jun 2021 9:13 a.m.** **Fec Ingreso:** 28.May.2021 11:59 a.m.
Hoja de Trabajo : 141681 **Fec Egreso:** 31.May.2021 14:11 p.m.
Autorizacion : 719996 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103412205 **Carnet :**
Dirección: NO SE TIENE INFORMACION
Paciente : 33677592 SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 37 AÑOS - 5 MESES - 15 DÍAS
Cufe : 984324b21a6d13c18fd5fe1049b2d7ea1782a019cf0fe8cb3e5305eda670f8dc890261cc40b0419d499e00841f6bfe67

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIAMédico : EOPENARANDA - ELKIN OMAR PEÑARANDA CONTRERAS		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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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

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 FE1188772

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: **1 Jun 2021 12:13 p.m.** **Fec Ingreso:** 18.Mar.2021 13:22 p.m.
Hoja de Trabajo : 102979 **Fec Egreso:** 31.May.2021 16:52 p.m.
Autorizacion : 469892 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112216864 3112351390 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 101A # 152A - 49 INT 1 APTO 403
Paciente : 35325200 CARMELITA MARTINEZ CASAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 61 AÑOS - 8 MESES - 25 DÍAS
Cufe : 9e0e311d98aa785117f909f55cbf6292fe6f3ab49278f662a00131f90b6a516d86965b5613d623c5ee5cab31755475bb

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1188782

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: **1 Jun 2021 12:30 p.m.**
Fec Ingreso: 17.Mar.2021 0:0 a.m.
Fec Egreso: 14.May.2021 8:10 a.m.
Hoja de Trabajo : 133642
Autorizacion : 495853 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3143285421 3103065925 **Carnet :**
Dirección: CALLE 150A # 96A 71
Paciente : 41723017 MARIA RITA TAMAYO TAMAYO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 9 MESES - 25 DÍAS
Cufe : e8d4d536ef0fefb071ce1d83ea71c7e71592c0564b039f31d4074514552cb15c566acf1eb869f693b4d20e92ed8d03cc

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**

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 07 JUL 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 FE1188840

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: **1 Jun 2021 14:9 p.m.**
Fec Ingreso: 06.May.2021 16:14 p.m.
Fec Egreso: 06.May.2021 16:43 p.m.
Hoja de Trabajo : 129751
Autorizacion : 532336 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3115137676 **Carnet :**
Dirección: CALLE 36 SUR # 4-56
Paciente : 46642011 LUZ MARY CARMONA ACERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 5 MESES - 27 DÍAS
Cufe : 288dc51d9f2381c5d4fa1695cba88cdb4ea5d16d7e334695dcfb99efad3ad12c10571178926deb58e29908c07e12634d

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PASO A VERIFICACIÓN

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 FE1188891

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: **1 Jun 2021 15:36 p.m.** **Fec Ingreso:** 19.Mar.2021 14:18 p.m.
Hoja de Trabajo : 143688 **Fec Egreso:** 19.Mar.2021 14:18 p.m.
Autorizacion : 490966 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3114434046-3168782164 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 77 I BIS A # 57 B - 05 SUR
Paciente : 41659730 LUZ MARINA TIRANO PORRAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 10 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 37788649fc05064fd63594afa87168d24467a7bbf44610118a815fa9bb4e18b44ec3ba8e0f52285ff5b3ea27a7d9ff4a

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**

DIRECCIÓN DE [illegible] NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1

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 FE1188894

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: **1 Jun 2021 15:38 p.m.** **Fec Ingreso:** 23.Abr.2021 12:27 p.m.
Hoja de Trabajo : 122979 **Fec Egreso:** 14.May.2021 12:16 p.m.
Autorizacion : 622603 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3114458124 **Carnet :**
Dirección: CALLE 3 2 22
Paciente : 19167603 CRISTOBAL BAQUERO BAQUERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 70 AÑOS - 11 MESES - 27 DÍAS
Cufe : da415654f2a0eadaa6f6705a739732795ae4ab90166a346af723adb36df2ad2dec333fc88671911234fc75e466f11711

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 : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1189713

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 Jun 2021 9:39 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.May.2021 9:34 a.m.
Hoja de Trabajo : 133078 **Fec Egreso:** 13.May.2021 10:30 a.m.
Autorizacion : 693319 **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 - 15 DÍAS
Cufe : 284845b1f04354ba967c24d9169b3535f61cf1e2b7823989be3f5fae5e6d5f2f6160b040c25b597b180efde54e6365a7

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**7.562**
1	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICAMédico : MIAGUDELO - MARIA ISABEL AGUDELO SUAREZ		1	7.562		7.562

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	7.562
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	151
VALOR TOTAL A PAGAR	7.411

Total Items: 1
TOTAL: **SIETE MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN DE [illegible] NIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1189729

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 Jun 2021 10:12 a.m.** **Fec Ingreso:** 26.May.2021 9:54 a.m.
Hoja de Trabajo : 140296 **Fec Egreso:** 26.May.2021 10:32 a.m.
Autorizacion : 720988 **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 - 24 DÍAS
Cufe : 03855b3eefa83d7ddff589eb47f0b4f2df4d9f66053bc3e19597338eedbaa6c617ff6178f70174638d8411a707920410

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIAMédico : LGGUERRERO - LUIS GUILLERMO GUERRERO HERNANDEZ		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**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 07 JUL 2021 PUNTO A VERIFICACIÓN

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 FE1190075

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 Jun 2021 17:16 p.m.** **Fec Ingreso:** 01.Jun.2021 13:43 p.m.
Hoja de Trabajo : 143619 **Fec Egreso:** 02.Jun.2021 7:51 a.m.
Autorizacion : 754456 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103412205 **Carnet :**
Dirección: NO SE TIENE INFORMACION
Paciente : 33677592 SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 37 AÑOS - 5 MESES - 19 DÍAS
Cufe : 76cab7ff34cac53fcf3c2859bd0daf9209302ae6934bf2956c3aab8a6ddad4fdba90380d84a548396ee1bc8b4c4ef9e8

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVAMédico : AMNEIRA - ANDRES MAURICIO NEIRA GRAJALES		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**

DIRECCIÓN DE [illegible] NACIONAL
SECCIONAL MEDELLÍN
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN

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 FE1190484

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 Jun 2021 13:42 p.m.** **Fec Ingreso:** 14.May.2021 6:57 a.m.
Hoja de Trabajo : 140086 **Fec Egreso:** 14.May.2021 6:57 a.m.
Autorizacion : 622618 **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 - 30 DÍAS
Cufe : f9e26a7c0a3496e84c4aca3514d890b84ed93501402dfad4fe175c647bf017c03964c9c5646fb6cec15bc4d7e98476cb

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							**16.712**
2	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
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		1	174		174
6	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		1	125		125
MEDICAMENTOS PBS							**475.012**
7	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		2	1.417		2.834
8	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		1	1.228		1.228
9	11110560	Acido ibandronico 6mg solucion inyectable Vial- CUMS:20051749-01		1	470.950		470.950

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 623.831
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 12.477
VALOR TOTAL A PAGAR 611.354
Total Items: 9
TOTAL: **SEISCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO 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 FE1190790

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: **5 Jun 2021 10:17 a.m.** **Fec Ingreso:** 21.May.2021 7:1 a.m.
Hoja de Trabajo : 140088 **Fec Egreso:** 21.May.2021 7:1 a.m.
Autorizacion : 662625 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3144255796-3204144426 **Carnet :**
Dirección: CALLE 11A 4A-48
Paciente : 40024007 GLORIA MARINA BARON MOLANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 10 MESES - 15 DÍAS
Cufe : ee5743655077ab2e66a4c8d27c76ab9058a287d7fa5ad1230095f8bffd7bcf54d97c4a4f6c2f6e1eff4fd4b5aaabebdf

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							**5.554.304**
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		1	5.372.694		5.372.694
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 5.914.160
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 118.283
VALOR TOTAL A PAGAR 5.795.877

Total Items: 16

TOTAL: **CINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE SALUD SECCIONAL BUCARAMANGA GRUPO FINANCIERO 07 JUL 2021 AUDITORIA DE CUENTAS

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 FE1190803

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: **5 Jun 2021 10:46 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.May.2021 6:55 a.m.
Hoja de Trabajo : 140085 **Fec Egreso:** 14.May.2021 6:55 a.m.
Autorizacion : 662617 **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 - 30 DÍAS
Cufe : f86c01e4dedee3062c148eac34a0c804531faa6de5d780314e901a69b3b568d3d319b0a46686d271f22070189edc62e1

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 : CLOSORIO - CLARA OSORIO PEÑA		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							**1.275.132**
10	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
11	11108006	predniSOLOna 5 MG TABLETA- CUMS:20600-02		60	27		1.620
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		21			210

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 1.647.776
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 32.956
VALOR TOTAL A PAGAR 1.614.820
Total Items: 19
TOTAL: **UN MILLON SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHOCIENTOS VEINTE 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 FE1190836

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: **5 Jun 2021 11:40 a.m.** **Fec Ingreso:** 22.Abr.2021 7:12 a.m.
Hoja de Trabajo : 140100 **Fec Egreso:** 22.Abr.2021 7:12 a.m.
Autorizacion : 442921 **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 - 4 DÍAS
Cufe : 1c15f199c4a3a99b00935f3a4472553427ec4e247873f79f521f5a42c23397b637e602613a0410593bcc999ca936e72d

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
OXIGENO							**7.840**
2	S55201	CATETER O CANULA NASALMédico : CLOSORIO - CLARA OSORIO PEÑA		4	1.960		7.840
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**17.139**
3	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
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							**4.173**
8	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		2	1.417		2.834
9	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		1	1.339		1.339
MEDICAMENTOS NO PBS							**15.992.028**
10	11110631	NIVOLUMAB 100mg/10mL Solucion Inyectable Vial- CUMS:20091924 -01		3	5.330.676		15.992.028

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	16.153.287
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	323.066
VALOR TOTAL A PAGAR	15.830.221

Total Items: 10

TOTAL: **QUINCE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS VEINTIUN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
VISTO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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 FE1191748

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: **8 Jun 2021 10:42 a.m.** **Fec Ingreso:** 12.May.2021 7:5 a.m.
Hoja de Trabajo : 140090 **Fec Egreso:** 12.May.2021 7:5 a.m.
Autorizacion : 662612 **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 - 12 DÍAS
Cufe : 4c3800ff805f4eee519f4ccfaa70a93c50051d8bf13ba30d7ba1ab9874b533dc7727e1945c19f811c75eb6d16f7f0fbf

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							**60.121**
2	22412012	Agujas Anguladas Winged Surecan G 20 x 20mm REf:4448340-		1	42.675		42.675
3	22512012	CATETER INTRAVENOSO No.16 G X 1 1/4- CUMS:22512012		1	2.167		2.167
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		1	174		174
6	23512007	JERINGA 50 C.C.- CUMS:DM-23512007		1	552		552
MEDICAMENTOS PBS							**178.932**
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	11110542	Paclitaxel 100 mg/16.7 mL Solucion inyectable Vial- CUMS:20012772-01		3	51.434		154.302
11	11114030	OMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCION AMPOLLA- CUMS:20070385-02		1	1.839		1.839
12	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820
13	11121044	HIDROXICINA 100 MG 2ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:38644-02		1	9.924		9.924
14	11122011	loRAtadina 10 MG TABLETA- CUMS:39641-01		10	21		210

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 580.541
VALOR CUOTA DE RECUPERACION 11.611
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 568.930
VALOR TOTAL A PAGAR
Total Items: **14**
TOTAL: **QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE SECCIONAL GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
AUDITOR

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

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 FE1191749

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: **8 Jun 2021 10:43 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.May.2021 6:57 a.m.
Hoja de Trabajo : 140087 **Fec Egreso:** 14.May.2021 6:57 a.m.
Autorizacion : 622606 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 0 MESES - 21 DÍAS
Cufe : eec2d09d5efc0c25d4c45526f9518d968f1171d6c49d91868878c206c4799567242fe061559c082421af1ff876f18367

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							**230.366**
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		4	51.434		205.736
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	591.663
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	11.833
VALOR TOTAL A PAGAR	579.830

DIRECCIÓN DE SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 07 JUL 2021 PUNTO A VERIFICAR

Total Items: 15
TOTAL: **QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA 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 FE1191753

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: **8 Jun 2021 10:44 a.m.** **Fec Ingreso:** 11.May.2021 7:11 a.m.
Hoja de Trabajo : 140097 **Fec Egreso:** 11.May.2021 7:11 a.m.
Autorizacion : 622612 **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 - 6 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 4edd3ebe01bdef1f4508d41af4eb58c21cb8fae452f080d7d4f2ecc4e25e7685381e301a7aaf424e9a2e186066af460f

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							**21.538**
2	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		3	1.519		4.557
3	22712007	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO- CUMS:DM-22712007		1	844		844
4	22712010	TAPON HEPARINIZADO- CUMS:DM-22712010		2	194		388
5	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
6	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		4	174		696
7	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		4	125		500
MEDICAMENTOS PBS							**106.120**
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		4	1.228		4.912
10	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		8	1.339		10.712
11	11110503	Fluorouracilo 500 mg /10 mL Solucion inyectable Vial-CUMS:19905209-01		8	4.603		36.824
12	11110576	Folinato de Calcio polvo esteril para reconstituir vial 50 mg-CUMS:20139379-01		4	10.591		42.364
13	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		4	1.410		5.640

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	469.146
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	9.383
VALOR TOTAL A PAGAR	459.763

Total Items: 13

TOTAL: **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUESTO A VISTO BUENO

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 FE1192476

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: **9 Jun 2021 16:8 p.m.** **Fec Ingreso:** 03.May.2021 15:49 p.m.
Hoja de Trabajo : 128044 **Fec Egreso:** 31.May.2021 12:5 p.m.
Autorizacion : 633904 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : SIN DATOS **Carnet :**
Dirección: CARRERA 50 - 8 - 47
Paciente : 11376752 MIGUEL ALBERTO DIAZ BEJARANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 7 MESES - 29 DÍAS
Cufe : 1dfea4e8e76e9b4abbc35e5461c5c62e204f67fc8eb14e89322d4b1228629199a99b248a3a877fd91b231ab7a0c6a91a

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**

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUESTO DE VERIFICACIÓN

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 FE1192524

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: **9 Jun 2021 16:51 p.m.**
Hoja de Trabajo : 120017
Autorizacion :
Estrato : GENERAL
Teléfono : 3222949901
Dirección: calle 120 50 03

Fec Ingreso: 19.Abr.2021 10:47 a.m.
Fec Egreso: 04.May.2021 15:5 p.m.
Tipo : Contributivo
Sexo : Masculino
Carnet :

Paciente : 19069783 AARON ALARCON SEPULVEDA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 71 AÑOS - 10 MESES - 26 DÍAS
Cufe : e7c4859700b07e32c14d508cd7aff3dadd8126b6acc0ec58f63e3486f32bc9458c83540eaad6ac0ab2c5f0e9a19540fd

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUNTO A VERIFICACIÓN

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 FE1192564

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: **9 Jun 2021 17:48 p.m.** **Fec Ingreso:** 11.May.2021 14:3 p.m.
Hoja de Trabajo : 132165 **Fec Egreso:** 11.May.2021 15:20 p.m.
Autorizacion : **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3118666178-314250996 **Carnet :**
Dirección: tranversal 7 b oncacipa
Paciente : 20546412 NIDIA FABIOLA QUEVEDO PASTOR
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 45 AÑOS - 2 MESES - 16 DÍAS
Cufe : fcd3863bce29a795a407b53fa61c9bf699c6e3f05bbc3b44e6d980c88caa5458f790e1de23c4553a8f7b9d95ab054645

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**40.950**
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 : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		1	8.190		8.190
4	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : JARUGELES - JORGE ANDRES RUGELES MINDIOLA		1	8.190		8.190
5	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	40.950
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	819
VALOR TOTAL A PAGAR	40.131

Total Items: 5
TOTAL: **CUARENTA MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCION DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUESTO A VERIFICACIÓN

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 FE1192577

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: **9 Jun 2021 17:57 p.m.**
Hoja de Trabajo : 133294
Autorizacion :
Estrato : GENERAL
Teléfono : 3102642767-2636257
Dirección: CALLE 23 G 84 5 9

Fec Ingreso: 13.May.2021 13:41 p.m.
Fec Egreso: 13.May.2021 13:41 p.m.
Tipo : Contributivo
Sexo : Femenino
Carnet :

Paciente : 20044697 VICENTA FIERRO PLAZAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 84 AÑOS - 11 MESES - 15 DÍAS
Cufe : a7b8a20fceed823f89d607334b772fee83d6a3f32a07bb77c900af000f252f1d67cdaf1e884f6dba799d0b21562ed050

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**40.950**
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 : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		1	8.190		8.190
4	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : JARUGELES - JORGE ANDRES RUGELES MINDIOLA		1	8.190		8.190
5	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	8.190		8.190

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	40.950
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	819
VALOR TOTAL A PAGAR	40.131

Total Items: 5
TOTAL: **CUARENTA MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUESTO A VERIFICACIÓN

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 FE1192943

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: **10 Jun 2021 15:22 p.m.**
Fec Ingreso: 02.Jun.2021 10:7 a.m.
Fec Egreso: 03.Jun.2021 9:24 a.m.
Hoja de Trabajo : 144120
Autorizacion : 768732 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3005500161-3134197341 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 101A 152A-49
Paciente : 17313772 JOSE ALFONSO SUAREZ ARANGO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 0 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 239e33b9a9746630dc2bd03133f9d3818674954dbf5be325484bca84400b14930a51e28a4c5ffbd7e525a72c4f801b0e

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
							32.760
CONSULTAS MEDICAS							
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 : INARDILA - INGRITH NATALIA ARDILA SANABRIA		1	8.190		8.190
3	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
PUESTO A VERIFICACIÓN

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 FE1192947

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: **10 Jun 2021 15:29 p.m.** **Fec Ingreso:** 15.Abr.2021 9:54 a.m.
Hoja de Trabajo : 117942 **Fec Egreso:** 04.Jun.2021 7:46 a.m.
Autorizacion : 587450 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3115210728-3138633077 **Carnet :**
Dirección: carrea 68 a 38 c
Paciente : 35492098 ZAIDA ROCIO ROJAS DE MORENO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 0 MESES - 26 DÍAS
Cufe : d6685b48645c855d5594bf9f59c2d83cdf319eaed78e8a418af73cf869dbcebccf77b69dd0d147d832b3b3a493c37368

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 : JAESGUERRA - JOSE ALEJANDRO ESGUERRA CANTILLO		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**

DIRECCIÓN DE [illegible]
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
[illegible]

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 FE1192961

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: **10 Jun 2021 15:52 p.m.** **Fec Ingreso:** 24.Mar.2021 7:57 a.m.
Hoja de Trabajo : 105173 **Fec Egreso:** 10.Jun.2021 15:21 p.m.
Autorizacion : 469896 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3123865735-3102443781 **Carnet :**
Dirección: CALLE 69 B # 105 H - 23
Paciente : 16474473 JOSE GUILLERMO GUAUQUE DUEÑAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 3 MESES - 9 DÍAS
Cufe : bbc9e1f49c2373773d3be163fce0e67701e9897367f2579b0d7bdd4c5237284dc8f90ee2dfafebd4d61a3e893fbce4e1

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BUCARAMANGA
GRUPO PRESTACIONAL
07 JUL 2021
PUESTO AVANZADO

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 FE1193401

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 Jun 2021 14:54 p.m.** **Fec Ingreso:** 04.Jun.2021 7:21 a.m.
Hoja de Trabajo : 145384 **Fec Egreso:** 04.Jun.2021 7:34 a.m.
Autorizacion : 782008 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3152098513 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 80 n 170 25
Paciente : 1074616268 CARLOS EDUARDO CLAVIJO LEON
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 31 AÑOS - 11 MESES - 18 DÍAS
Cufe : e23cc196580bb092064a68d4bf8080b8d0e9aeed8ae0dd27ff785bbeaaa4bf98a7fc00c902b1b3ff41929cde03dc6690

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD ECOGRAFIAS							**33.086**
1	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MASMédico : OGONZALEZ - ORLANDO GONZALEZ BRAVO		1	33.086		33.086
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**1.993**
2	22412006	EXTENSION ANESTESIA ADULTO-		1	707		707
3	22512013	CATETER INTRAVENOSO No.18 G X 1 1/4- CUMS:DM-22512013		1	1.016		1.016
4	23512004	JERINGA 20 C.C.- CUMS:DM-23512004		1	270		270
PD TOMOGRAFIAS							**183.361**
5	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) Médico : OGONZALEZ - ORLANDO GONZALEZ BRAVO		1	183.361		183.361
MEDICAMENTOS PBS							**114.775**
6	11113004	Iohexol 300mg De Yodo ml Solucion inyectable x 50 ml Omnipaque- CUMS:22542-9		1	43.096		43.096
7	11113018	Iohexol- Omnipaque 300 mg * Solucion Inyectable x 100ml- CUMS:22542-9		1	71.679		71.679

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	333.215
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	6.664
VALOR TOTAL A PAGAR	326.551

Total Items: 7

TOTAL: **TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

...ECCIÓN DE ... NIDAD
...CIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20..
...A VERIFICACIÓN

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 FE1195103

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: **16 Jun 2021 12:30 p.m.** **Fec Ingreso:** 16.Jun.2021 12:29 p.m.
Hoja de Trabajo : 151590 **Fec Egreso:** 16.Jun.2021 17:15 p.m.
Autorizacion : 822841 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3183136199 **Carnet :**
Dirección: CALLE 11 A # 79 A 28 APTP101 CASTILLA
Paciente : 20144224 ANA BEATRIZ HORTA QUIROGA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 82 AÑOS - 9 MESES - 18 DÍAS
Cufe : f43d4d745d149da586f7fa981f5bfd8d9e127ac645e8c8d1824a0754aaf463dbd48989e27a72f16d78809d5e92fd8155

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890255	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIAMédico : 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**

DIRECCIÓN DE [illegible] NIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1

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 FE1195840

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: **17 Jun 2021 16:18 p.m.** **Fec Ingreso:** 08.Feb.2021 14:11 p.m.
Hoja de Trabajo : 83512 **Fec Egreso:** 27.Abr.2021 10:40 a.m.
Autorizacion : ONOCC 29012021-090 **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 - 8 MESES - 10 DÍAS
Cufe : 36e51159e3c05ce9b3770f5baac4bb65d045a561d03b79ec0410e5ab96856cee4bf24d41b11fbdcd52c0efe8d42b25d1

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**

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1196287

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 Jun 2021 14:34 p.m.** **Fec Ingreso:** 08.May.2021 9:11 a.m.
Hoja de Trabajo : 130573 **Fec Egreso:** 16.Jun.2021 14:34 p.m.
Autorizacion : 838313 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3133680597-3106741375 **Carnet :**
Dirección: CALLE 55 A SUR 74 02
Paciente : 13354225 JOSE REYES PEREZ MONCADA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 5 MESES - 9 DÍAS
Cufe : 4e71417fcf5a593737a4338c994c83ab22c3c348e044c475652bf86f030b47fe7197957305f410fea3cceda14d7d0e5c

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1196305

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 Jun 2021 15:6 p.m.** **Fec Ingreso:** 30.Abr.2021 13:42 p.m.
Hoja de Trabajo : 126788 **Fec Egreso:** 10.Jun.2021 15:16 p.m.
Autorizacion : 520609 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3144312708-3505560908 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 77 B # 42 44
Paciente : 3021954 JOAQUIN CORREA LOPEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 9 MESES - 6 DÍAS
Cufe : a7dfa11ccf670d6121cf266df807f0ad34197da21205fb9c20e2d8722d6a513255518226cf93c216bc0c2d5bbedf54e2

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1196332

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 Jun 2021 15:23 p.m.** **Fec Ingreso:** 04.May.2021 13:37 p.m.
Hoja de Trabajo : 128521 **Fec Egreso:** 02.Jun.2021 8:17 a.m.
Autorizacion : 804037 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3057056348-3196929541 **Carnet :**
Dirección: CALE 174 # 45 78
Paciente : 20135526 MARIA ALICIA CORTES DE BERNAL
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 85 AÑOS - 3 MESES - 3 DÍAS
Cufe : ed1bb357f696c16cb3fe3bfa2afd6f3e9932d9de8d7b2f8be11faebcf8477315ba43b5112617a14e137dab4c89107401

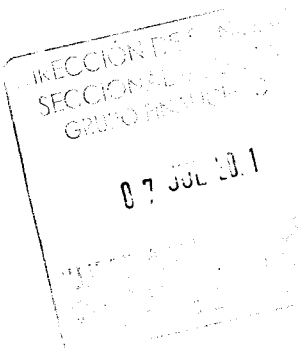
Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRJ]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA	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



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 FE1197397

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: **21 Jun 2021 14:23 p.m.** **Fec Ingreso:** 21.Jun.2021 14:21 p.m.
Hoja de Trabajo : 154501 **Fec Egreso:** 21.Jun.2021 16:38 p.m.
Autorizacion : 822685 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103194084 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 87 H # 70 61 SUR
Paciente : 41746800 NELCY ESPERANZA TELLEZ CASTAÑEDA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 64 AÑOS - 3 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 64ae439b4c4891ba51a40dfe3773cfda8c94c99818be75dfb5a5e41b210a344aeb6a27068795c3360de289ed0ff74a03

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIAMédico : JAFORERO - JORGE ALFREDO FORERO MUÑOZ		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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1198180

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: **23 Jun 2021 8:39 a.m.** **Fec Ingreso:** 18.May.2021 13:21 p.m.
Hoja de Trabajo : 135522 **Fec Egreso:** 01.Jun.2021 14:52 p.m.
Autórizacion : 532266 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3133740427-3125435232 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 19 B # 166 16
Paciente : 4242694 JOAQUIN CELY VARGAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 5 MESES - 18 DÍAS
Cufe : f7db35fcfe5c88ac621d5c0e4087a274771343683f3a58c7d4286f787f12eedc7c3c4b7733cad6116e819b17dab61ecb

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**

DIRECCIÓN DE [illegible] NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
[illegible]

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 FE1198774

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: **24 Jun 2021 9:28 a.m.** **Fec Ingreso:** 22.Jun.2021 13:36 p.m.
Hoja de Trabajo : 155114 **Fec Egreso:** 22.Jun.2021 13:52 p.m.
Autorizacion : 755153 **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 - 11 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 5d9f256b75434a2f30fac17d1e7c4a28c9848ca6f8b4cd6f000a17525d9d55c29320f99f0bef1ea4088b34ee95a82779

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO 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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL AMAZONAS
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1198827

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: **24 Jun 2021 10:28 a.m.** **Fec Ingreso:** 05.Mar.2021 8:49 a.m.
Hoja de Trabajo : 96401 **Fec Egreso:** 02.Jun.2021 11:53 a.m.
Autorizacion : PEN **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3133518465 **Carnet :**
Dirección: AVENIDA CARRERA 80 #36A-30 SUR
Paciente : 41766186 ROSA ELENA ORTIZ PARRADO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 63 AÑOS - 4 MESES - 8 DÍAS
Cufe : a0b7a7d23a55516c56e62770518a8754461ce92a91de450b9afa5cb1b12f0b8b146e0f0406498c17b1178e677018e6c1

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**

DIRECCIÓN DE ... NIDAD
SECCIONAL ... CCI...
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20...

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 FE1198839

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: **24 Jun 2021 10:39 a.m.** **Fec Ingreso:** 19.Abr.2021 13:46 p.m.
Hoja de Trabajo : 120213 **Fec Egreso:** 15.Jun.2021 16:44 p.m.
Autorizacion : 565591 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3156010875-3174516984 **Carnet :**
Dirección: ccale23 c 69 f 65
Paciente : 1910590 JOSE LUIS ROJAS SANABRIA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 89 AÑOS - 7 MESES - 6 DÍAS
Cufe : 7431c9e63dfd02f89abbeaa1432c6fcc6a163e974ab8403827b79fa91a6a4fe429c83310a67805803d7790c1e9b129a4

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 : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		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**

DIRECCIÓN DE
SECCIONAL
GRUPO
07 JUL
JUNTO A VE

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

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 FE1198841

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: **24 Jun 2021 10:43 a.m.** **Fec Ingreso:** 18.May.2021 9:48 a.m.
Hoja de Trabajo : 135291 **Fec Egreso:** 10.Jun.2021 16:34 p.m.
Autorizacion : 697508 **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 - 24 DÍAS
Cufe : dc15b8e4f9713a46e6d9a61d97646a9c93460a407483d905bb5185d330246a418c3bba5ea69913ee0e2c3a9edb51857c

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
AUTO A VENTANILLA

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 FE1198844

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: **24 Jun 2021 10:54 a.m.** **Fec Ingreso:** 27.May.2021 8:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 140828 **Fec Egreso:** 18.Jun.2021 8:54 a.m.
Autorizacion : 747352 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3138174465 **Carnet :**
Dirección: CALLE 66C 61-01 INTERIOR 8 APTO 1001 TORRE 8
Paciente : 6094462 JORGE ENRIQUE LAVERDE HIDALGO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 78 AÑOS - 6 MESES - 2 DÍAS
Cufe : d34511db0b42232a2435459c0f21214baa847d3508eb68681221a0d670942ccac24e181d5abfc6b2ee9988122bac0373

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
JUNTO A VERIFICACIÓN

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 FE1198852

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: **24 Jun 2021 11:0 a.m.** **Fec Ingreso:** 03.Jun.2021 15:13 p.m.
Hoja de Trabajo : 145174 **Fec Egreso:** 17.Jun.2021 17:39 p.m.
Autorizacion : 755209 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3002221426-301204192 **Carnet :**
Dirección: CALLE 87 103D-31
Paciente : 51842930 DORA MARGOTH APARICIO LEON
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 54 AÑOS - 8 MESES - 18 DÍAS
Cufe : 8eab0049a6df6a6e03915776da45ce44a511865294406f81c33745c952657a3b68c93c30e44375102f336daa674b38cf

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**

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1

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 FE1200676

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 Jun 2021 15:40 p.m.** **Fec Ingreso:** 16.Jun.2021 0:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 151187 **Fec Egreso:** 16.Jun.2021 12:36 p.m.
Autorizacion : ONOCC21052021-151 **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_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 9 MESES - 5 DÍAS
Cufe : f3cc2d38e194cd6335b8ed6290f31afc549ab01feb98a68df2dc5143a153cde30a56f27dbb19f38432cbf96cfd8f7503

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PTQX PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS							**2.369.054**
1	044203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)		1	1.918.771		1.918.771
	S23313	DE 351 HASTA 380 UVR	22-06-21	1	650.001		650.001
	S41101	ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRICAS	22-06-21	1	622.315		622.315
	S41201	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA	22-06-21	1	470.375		470.375
	S41301	MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO	22-06-21	1	176.080		176.080
2	064101	TIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		1	450.283		450.283
	S23305	DE 131 HASTA 150 UVR	16-06-21	1	128.623		128.623
	S41101	ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRICAS	16-06-21	1	157.770		157.770
	S41201	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA	16-06-21	1	119.250		119.250
	S41301	MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO	16-06-21	1	44.640		44.640
	S55112	DE 131 HASTA 150 UVR	16-06-21	0			
PD LABORATORIO CLINICO							**28.752**
3	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
PD PATOLOGIA Y CITOLOGIA							**83.394**
4	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		2	41.697		83.394
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**95.784**
5	23812027	PROLENE 3/0 C/A CRTTREF 8663T- CUMS:23812027		1	8.380		8.380
6	23812042	SEDA 2/0 C/A DS25 CRTT. 1A 75 CM- CUMS:23812042		1	3.965		3.965
7	23812045	SEDA 2/0 S/A. REF SN110121 SA85- CUMS:23812045		1	3.965		3.965
8	23812048	SEDA 3/0 S/A.- CUMS:23812048		1	3.672		3.672
9	23812055	VICRYL 3/0 SH-1REF XYVCP316H- CUMS:23812055		1	10.718		10.718
10	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		2	551		1.102
11	22612015	DREN PENROSE 1/2 x 1/2 PULGADA x 30cms- CUMS:22612015		1	3.019		3.019
12	22912029	TUBO ENDOTRAQUEAL No.7.5 CON BALON- CUMS:22912029		1	3.126		3.126
13	22912036	TUBO REINFORZ No.7.5 CON BALON- CUMS:22912036		1	32.278		32.278
14	23112008	CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO- CUMS:NO APLICA		1	846		846
15	23212013	HEMOSTATICO GELFOAN 10 CM.- CUMS:23212013		1	22.330		22.330
16	23312012	ELECTRODOS ADULTO REF 706-2228- CUMS:DM-23312012		3	189		567
17	23312029	HOJA BISTURI ESTERIL # 15- CUMS:NO APLICA		2	251		502
18	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		6	174		1.044
19	23512004	JERINGA 20 C.C.- CUMS:DM-23512004		1	270		270
MEDICAMENTOS PBS							**14.809**
20	11102009	Ibuprofeno 400 mg TABLETA- CUMS:19900510-20		2	59		118
21	11103017	CefaLotina 1 g Polvo para Inyeccion ampolla- CUMS:19968153-04		2	2.344		4.688
22	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		1	337		337
23	11109001	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TABLETA- CUMS:19960116-02		2	29		58
24	11110010	Lactato Ringer x 1000 mL Solucion Inyectable- CUMS:32606-03		1	2.703		2.703
25	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		1	1.228		1.228

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SECCIONAL BOGOTA GRUPO FINANCIERO 07 JUL 2021

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 FE1200676

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 Jun 2021 15:40 p.m.** **Fec Ingreso:** 16.Jun.2021 0:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 151187 **Fec Egreso:** 16.Jun.2021 12:36 p.m.
Autorizacion : ONOCC21052021-151 **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_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 9 MESES - 5 DÍAS
Cufe : f3cc2d38e194cd6335b8ed6290f31afc549ab01feb98a68df2dc5143a153cde30a56f27dbb19f38432cbf96cfd8f7503

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
26	11110015	SODIO CLORURO 0.9 x 1000 ML SOLUCION -IV- CUMS:29523-06		1	2.818		2.818
27	11114009	CALCIO CARBONATO 1500 MG COMO CALCIO BASE 600 MG TABLETA- CUMS:19965399-06		3	69		207
28	11114012	Calcitriol 0.25 mcg Capsula- CUMS:19934690-01		1	80		80
29	11121058	MEPERIDINA CLORHIDRATO 100 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20008613-01		1	2.572		2.572

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 2.591.793
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 51.836
VALOR TOTAL A PAGAR 2.539.957
Total Items: 29
TOTAL: **DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 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 FE1202448

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: **2 Jul 2021 10:24 a.m.** **Fec Ingreso:** 08.Jun.2021 0:12 a.m.
Hoja de Trabajo : 160897 **Fec Egreso:** 08.Jun.2021 0:12 a.m.
Autórizacion : 754687 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : SIN INFO **Carnet :**
Dirección: SIN INFO
Paciente : 6743069 JAIME ENRIQUE AVILA SOTO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 78 AÑOS - 7 MESES - 6 DÍAS
Cufe : 3e0d3d9984adff6ab41dbbafc1515f404897913dbe7cb68fb99ab5b8c93e65d3b0279e6c7b6e188fc37df2ff54d1c3cc

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUESTO A VERIFICACIÓN

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 FE1202450

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: **2 Jul 2021 10:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 08.Jun.2021 0:16 a.m.
Hoja de Trabajo : 160902 **Fec Egreso:** 08.Jun.2021 0:16 a.m.
Autorizacion : 768586 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : SIN INF **Carnet :**
Dirección: SIN INF
Paciente : 40033839 ANA VERTILDE VEGA ARIAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 50 AÑOS - 9 MESES - 16 DÍAS
Cufe : baf574bd1b2808af5b61bdbd03ab7355212cc37f48bc69658e16107ce7d99b7d36ee658dadd3df7cfdfb6ddaaeb0a55b

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN

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 FE1202451

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: **2 Jul 2021 10:28 a.m.** **Fec Ingreso:** 08.Jun.2021 0:19 a.m.
Hoja de Trabajo : 160903 **Fec Egreso:** 08.Jun.2021 0:19 a.m.
Autorizacion : 804165 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40027940 LIGIA MARINA TORRES SORA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 3 MESES - 8 DÍAS
Cufe : 41da587de18736451684186e64ad6468b021ebdbd98ee375e467a23b841b1bc14d5afb164c392f9ae20252d080241bab

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 DE [illegible] NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
VISTO A VERIFICACIÓN

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 FE1202464

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: **2 Jul 2021 10:45 a.m.** **Fec Ingreso:** 21.Jun.2021 0:20 a.m.
Hoja de Trabajo : 160905 **Fec Egreso:** 21.Jun.2021 0:20 a.m.
Autorizacion : 770152 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 1 MESES - 29 DÍAS
Cufe : 06027ef57449fe201a8067b14914a5168f3c0308936dbfd2186f76539bfbd54ac75f5fd9e9dc5a56d5e50b47e99731f1

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
TURNO A VERIFICACIÓN

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 FE1202468

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: **2 Jul 2021 10:48 a.m.** **Fec Ingreso:** 01.Jun.2021 0:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 160925 **Fec Egreso:** 01.Jun.2021 0:33 a.m.
Autorizacion : 687028 **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 :** 59 AÑOS - 0 MESES - 1 DÍAS
Cufe : 3ce3b0073dbc5751cb6a6150c8c5f31febbb1853366cb4e4fcf41ca522367d7eac56c98f8ba38c2bacd36a6e6d89b896

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 DE SEGURIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PASO A VERIFICACIÓN

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 FE1202585

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: **2 Jul 2021 13:19 p.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jun.2021 0:34 a.m.
Hoja de Trabajo : 160926 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 0:34 a.m.
Autorizacion : 804076 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3144255796-3204144426 **Carnet :**
Dirección: CALLE 11A 4A-48
Paciente : 40024007 GLORIA MARINA BARON MOLANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 11 MESES - 22 DÍAS
Cufe : 27244e7233d1ac44e9742654e7d0332ccf3ba5d8d87adae12eca1ac804149e52e0abcec9e684daf165a5beaaa362ef23

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 DE UNIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 07 JUL 2021 JUNTO A VENTANILLA

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 FE1202587

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: **2 Jul 2021 13:23 p.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jun.2021 2:45 a.m.
Hoja de Trabajo : 160938 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 2:45 a.m.
Autorizacion : 787631 **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 :** 59 AÑOS - 0 MESES - 28 DÍAS
Cufe : 227b34b2dfe33e427a6bef84ac62e2e8e7934735088ea8626a9ef1b8bcdc1b3a1e2bb3b7298d4bc96440747f3c71fc14

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 DE UNIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PASO A VERIFICACIÓN

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 FE1202590

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: **2 Jul 2021 13:25 p.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jun.2021 0:45 a.m.
Hoja de Trabajo : 160941 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 0:45 a.m.
Autorizacion : 768650 **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 - 8 MESES - 11 DÍAS
Cufe : e8a18c37c33ea8e27d315ec2e373d52bfc6a76dfabce7c586c6314a16afb9ff2593321f1946cadba727f3cb85bf0fe62

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
PUNTO A VERIFICACIÓN

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 : martes, 06 julio 2021

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

860090566

RADICADO **82868** **TERCERO:** 900336524 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

EJECUTIVO DE CUENTA: ACORTIZ - CAMILO ANDRÈS ORTIZ MARIN -AUXILIAR DE CARTERA **Rad Entidad** 82868

FECHA DE RADICADO: 06/07/2021 **ESTADO:** Radicado_Entidad **TELEFONO:** 342201365

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	FE0001202448	6743069	JAIME ENRIQUE AVILA SOTO	02/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
2	FE0001202450	40033839	ANA VERTILDE VEGA ARIAS	02/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
3	FE0001202451	40027940	LIGIA MARINA TORRES SORA	02/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
4	FE0001202464	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	02/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
5	FE0001202468	23964171	VIRGINIA VARGAS SOLER	02/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
6	FE0001202585	40024007	GLORIA MARINA BARON MOLANO	02/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
7	FE0001202587	23964171	VIRGINIA VARGAS SOLER	02/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
8	FE0001202590	7275493	ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ	02/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00

TOTAL RADICADO: **$ 640,000.00**

SON SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Nombre reporte : CRRPRadicacion

Usuario: ACORTIZ

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

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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 FE1202448

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: **2 Jul 2021 10:24 a.m.** **Fec Ingreso:** 08.Jun.2021 0:12 a.m.
Hoja de Trabajo : 160897 **Fec Egreso:** 08.Jun.2021 0:12 a.m.
Autorizacion : 754687 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : SIN INFO **Carnet :**
Dirección: SIN INFO
Paciente : 6743069 JAIME ENRIQUE AVILA SOTO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 78 AÑOS - 7 MESES - 6 DÍAS
Cufe : 3e0d3d9984adff6ab41dbbafc1515f404897913dbe7cb68fb99ab5b8c93e65d3b0279e6c7b6e188fc37df2ff54d1c3cc

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 DE [illegible]NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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]

Fec[redacted]: viernes, 02 julio 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 FE1202450

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: **2 Jul 2021 10:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 08.Jun.2021 0:16 a.m.
Fec Egreso: 08.Jun.2021 0:16 a.m.
Hoja de Trabajo : 160902
Autorizacion : 768586 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : SIN INF **Carnet :**
Dirección: SIN INF
Paciente : 40033839 ANA VERTILDE VEGA ARIAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 50 AÑOS - 9 MESES - 16 DÍAS
Cufe : baf574bd1b2808af5b61bdbd03ab7355212cc37f48bc69658e16107ce7d99b7d36ee658dadd3df7cfdfb6ddaaeb0a55b

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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]

[redacted]al : viernes, 02 julio 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 FE1202451

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: **2 Jul 2021 10:28 a.m.** **Fec Ingreso:** 08.Jun.2021 0:19 a.m.
Hoja de Trabajo : 160903 **Fec Egreso:** 08.Jun.2021 0:19 a.m.
Autorizacion : 804165 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : NO TIENE **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 40027940 LIGIA MARINA TORRES SORA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 3 MESES - 8 DÍAS
Cufe : 41da587de18736451684186e64ad6468b021ebdbd98ee375e467a23b841b1bc14d5afb164c392f9ae20252d080241bab

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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]

Fe[redacted]al : viernes, 02 julio 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 FE1202464

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: **2 Jul 2021 10:45 a.m.** **Fec Ingreso:** 21.Jun.2021 0:20 a.m.
Fec Egreso: 21.Jun.2021 0:20 a.m.
Hoja de Trabajo : 160905
Autorizacion : 770152 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 1 MESES - 29 DÍAS
Cufe : 06027ef57449fe201a8067b14914a5168f3c0308936dbfd2186f76539bfbd54ac75f5fd9e9dc5a56d5e50b47e99731f1

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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 FE1202468

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: **2 Jul 2021 10:48 a.m.** **Fec Ingreso:** 01.Jun.2021 0:33 a.m.
Hoja de Trabajo : 160925 **Fec Egreso:** 01.Jun.2021 0:33 a.m.
Autorizacion : 687028 **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 :** 59 AÑOS - 0 MESES - 1 DÍAS
Cufe : 3ce3b0073dbc5751cb6a6150c8c5f31febbb1853366cb4e4fcf41ca522367d7eac56c98f8ba38c2bacd36a6e6d89b896

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 DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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]

F[redacted]al : viernes, 02 julio 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 FE1202585

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: **2 Jul 2021 13:19 p.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jun.2021 0:34 a.m.
Hoja de Trabajo : 160926 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 0:34 a.m.
Autorizacion : 804076 **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 - 11 MESES - 22 DÍAS
Cufe : 27244e7233d1ac44e9742654e7d0332ccf3ba5d8d87adae12eca1ac804149e52e0abcec9e684daf165a5beaaa362ef23

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 DE [illegible]NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN

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 FE1202587

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: **2 Jul 2021 13:23 p.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jun.2021 2:45 a.m.
Hoja de Trabajo : 160938 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 2:45 a.m.
Autorizacion : 787631 **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 :** 59 AÑOS - 0 MESES - 28 DÍAS
Cufe : 227b34b2dfe33e427a6bef84ac62e2e8e7934735088ea8626a9ef1b8bcdc1b3a1e2bb3b7298d4bc96440747f3c71fc14

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**

IRECCIÓN DE[illegible]NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 2021
[illegible] A VERIFICACIÓN

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 FE1202590

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: **2 Jul 2021 13:25 p.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jun.2021 0:45 a.m.
Hoja de Trabajo : 160941 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 0:45 a.m.
Autorizacion : 768650 **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 - 8 MESES - 11 DÍAS
Cufe : e8a18c37c33ea8e27d315ec2e373d52bfc6a76dfabce7c586c6314a16afb9ff2593321f1946cadba727f3cb85bf0fe62

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 DE [illegible]NIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
07 JUL 20.1
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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. 7 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SALUD Nª 1

GS-2021-006172– **REGI1**

01 de julio 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	**01/06/2021**	**Hasta**	**30/06/2021**

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: 7**

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-REGI1 del 09 /06/2021.

7. Informe de supervisión del mes Junio comprendido entre el 01 al 30 de Junio presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 006172 - REGI1 del 07/07/2021.

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	(SI)	NO APLICA

utilización indebida que por sí o por un 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	(SI)	NO APLICA

pm de lunes a viernes con un número 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	$285.641.022,00	19%
Valor total facturado	$285.641.022,00	0%
Valor facturado pendiente de pago	$135.038.086,00	81%
Valor pagado	$148.602.936,00	0%
Valor pendiente de entrega	$1.226.358.978,00	81%

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
007 del 07 de Julio de 2021	$135.038.086	01/06/2021 al 30/06/2021	$135.038.086	1	Pendiente	pendiente	pendiente

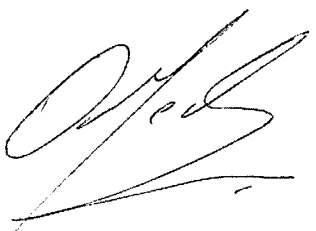
5. RECOMENDACIONES

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