PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS

CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS

POLICIA NACIONAL

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 06 AGOSTO 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.	N° 81-7-20164-20
Constancia de recibido No.	**8**
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

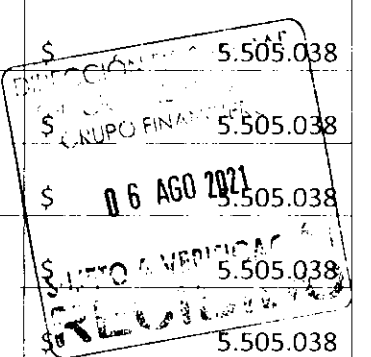
DIRECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
06 AGO 2021

Fecha de entrega certificada:	Del: 12/01/2021 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	$ 118.129.351	$ 118.129.351	0	
RASES 1	16	PRESTACION DE SERVCOS MEDICOS	$ 10.349.681	$ 10.349.681	0	

	N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	VALOR DE LA FACTURA
18	FE0001202132	01/07/2021 12:00:00 a.m.	30/06/2021 12:00:00 a.m.	HORTA QUIROGA ANA BEATRIZ	$ 104.660
1	FE0001202179	01/07/2021 12:00:00 a.m.	30/03/2021 12:00:00 a.m.	URBINA CARRILLO CELMIRA	$ 7.507.817
2	FE0001202263	01/07/2021 12:00:00 a.m.	18/05/2021 12:00:00 a.m.	FIGUEROA POVEDA HECTOR ELI	$ 5.505.038
3	FE0001202642	02/07/2021 12:00:00 a.m.	21/04/2021 12:00:00 a.m.	QUEVEDO PASTOR NIDIA FABIOLA	$ 5.505.038
4	FE0001202651	02/07/2021 12:00:00 a.m.	25/05/2021 12:00:00 a.m.	MORALES GALEANO JORGE	$ 5.505.038
9	FE0001203733	06/07/2021 12:00:00 a.m.	01/07/2021 12:00:00 a.m.	TEQUIA WILCHES CARLOS	$ 795.415
10	FE0001203751	06/07/2021 12:00:00 a.m.	22/06/2021 12:00:00 a.m.	VALCARCEL VALCARCEL ELDA INES	$ 17.264
33	FE0001203752	06/07/2021 12:00:00 a.m.	06/07/2021 12:00:00 a.m.	NEIRA DE RINCON MARGARITA	$ 80.000
6	FE0001203758	06/07/2021 12:00:00 a.m.	06/07/2021 12:00:00 a.m.	BUITRAGO HOYOS DARLINE DEL CARMEN	$ 17.264
7	FE0001203812	06/07/2021 12:00:00 a.m.	16/06/2021 12:00:00 a.m.	SIERRA LEGUIZAMO OLGA LUCIA	$ 17.264
8	FE0001203815	06/07/2021 12:00:00 a.m.	04/06/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	$ 17.264
5	FE0001204119	07/07/2021 12:00:00 a.m.	09/04/2021 12:00:00 a.m.	CONTRERAS VARGAS ANGELICA	$ 9.454.041
14	FE0001204415	07/07/2021 12:00:00 a.m.	11/06/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	$ 690.936
15	FE0001205	09/07/2021	07/07/2021	VEGA ARIAS ANA VERTILDE	$ 17.264

	251	12:00:00 a.m.	12:00:00 a.m.			
16	FE0001205 254	09/07/2021 12:00:00 a.m.	07/07/2021 12:00:00 a.m.	BARAJAS BAREÑO JHON ELVER	$	17.264
17	FE0001205 267	09/07/2021 12:00:00 a.m.	07/07/2021 12:00:00 a.m.	DIAZ ROMERO URIEL	$	17.264
11	FE0001205 383	09/07/2021 12:00:00 a.m.	15/06/2021 12:00:00 a.m.	BARRERO HERNANDEZ ANDRES JULIO CESAR	$	517.629
12	FE0001205 387	09/07/2021 12:00:00 a.m.	16/06/2021 12:00:00 a.m.	BARON MOLANO GLORIA MARINA	$	5.937.032
13	FE0001205 390	09/07/2021 12:00:00 a.m.	09/06/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	$	607.211
22	FE0001206 863	13/07/2021 12:00:00 a.m.	13/07/2021 12:00:00 a.m.	MOYA CARDONA GLORIA DORIS	$	17.264
31	FE0001206 864	13/07/2021 12:00:00 a.m.	13/07/2021 12:00:00 a.m.	BUITRAGO HOYOS DARLINE DEL CARMEN	$	17.264
34	FE0001207 149	13/07/2021 12:00:00 a.m.	08/07/2021 12:00:00 a.m.	VALCARCEL VALCARCEL ELDA INES	$	96.168
19	FE0001207 454	14/07/2021 12:00:00 a.m.	18/06/2021 12:00:00 a.m.	HERNANDEZ CANO RUBY	$	4.955.193
20	FE0001207 461	14/07/2021 12:00:00 a.m.	12/01/2021 12:00:00 a.m.	NAVARRO MORA JORGE ARCADIO	$	5.505.038
21	FE0001207 477	14/07/2021 12:00:00 a.m.	21/01/2021 12:00:00 a.m.	LUIS RABA MARIA ZOILA	$	5.505.038
23	FE0001207 911	15/07/2021 12:00:00 a.m.	26/05/2021 12:00:00 a.m.	ALARCON SEPULVEDA AARON	$	5.505.038
24	FE0001207 918	15/07/2021 12:00:00 a.m.	10/06/2021 12:00:00 a.m.	RUIZ DE BEJARANO MARIA VIGLENICE	$	5.505.038
25	FE0001207 926	15/07/2021 12:00:00 a.m.	10/06/2021 12:00:00 a.m.	BAUTISTA PEREZ ANA HERMENCIA	$	5.505.038
26	FE0001207 935	15/07/2021 12:00:00 a.m.	21/05/2021 12:00:00 a.m.	MOREDA GARCIA OCTAVIO	$	5.505.038
27	FE0001207 943	15/07/2021 12:00:00 a.m.	23/04/2021 12:00:00 a.m.	RUIZ SILVA SAUL	$	5.505.038
28	FE0001208 134	15/07/2021 12:00:00 a.m.	23/06/2021 12:00:00 a.m.	CHICA CORREA NORHA	$	5.505.038
29	FE0001208 140	15/07/2021 12:00:00 a.m.	07/07/2021 12:00:00 a.m.	VELASQUEZ SANTIAGO CLARA EULALIA	$	32.760
30	FE0001208 155	15/07/2021 12:00:00 a.m.	15/07/2021 12:00:00 a.m.	CHICA CORREA NORHA	$	5.505.038
35	FE0001208 629	16/07/2021 12:00:00 a.m.	15/07/2021 12:00:00 a.m.	HERNANDEZ CANO RUBY	$	17.264
32	FE0001211 437	23/07/2021 12:00:00 a.m.	23/07/2021 12:00:00 a.m.	MOYA CARDONA GLORIA DORIS	$	17.264
38	FE0001211	24/07/2021	16/07/2021	MOLINA GONZALEZ ALBA	$	690.747

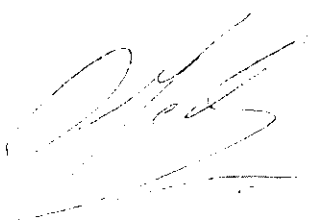


	785	12:00:00 a.m.	12:00:00 a.m.	MILENA	
39	FE0001211 786	24/07/2021 12:00:00 a.m.	15/07/2021 12:00:00 a.m.	LUIS RABA MARIA ZOILA	$ 32.760
40	FE0001211 787	24/07/2021 12:00:00 a.m.	03/06/2021 12:00:00 a.m.	CASAS PANCHE OVIDIO	$ 5.505.038
41	FE0001211 898	24/07/2021 12:00:00 a.m.	19/07/2021 12:00:00 a.m.	CARVAJAL PEREZ ELIANA CATHERINE	$ 32.760
42	FE0001212 566	26/07/2021 12:00:00 a.m.	30/06/2021 12:00:00 a.m.	COMBITA CARLOS JULIO	$ 5.505.038
36	FE0001212 669	26/07/2021 12:00:00 a.m.	21/07/2021 12:00:00 a.m.	RODRIGUEZ GUIO JORGE ENRIQUE	$ 80.000
37	FE0001214 886	30/07/2021 12:00:00 a.m.	09/06/2021 12:00:00 a.m.	VALCARCEL VALCARCEL ELDA INES	$ 80.000
43	FE0001216 286	02/08/2021 12:00:00 a.m.	10/06/2021 12:00:00 a.m.	SIERRA LEGUIZAMO OLGA LUCIA	$ 595.094
44	FE0001216 288	02/08/2021 12:00:00 a.m.	06/07/2021 12:00:00 a.m.	GUIZA ANGULO LUZ AMANDA	$ 80.000
45	FE0001216 291	02/08/2021 12:00:00 a.m.	06/07/2021 12:00:00 a.m.	ZAMUDIO TORRES JOSE ANTONIO	$ 80.000
46	FE0001216 292	02/08/2021 12:00:00 a.m.	12/07/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	$ 80.000
47	FE0001216 540	03/08/2021 12:00:00 a.m.	23/07/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	$ 606.216
48	FE0001216 544	03/08/2021 12:00:00 a.m.	12/07/2021 12:00:00 a.m.	BARRERO HERNANDEZ ANDRES JULIO CESAR	$ 555.706
49	FE0001216 548	03/08/2021 12:00:00 a.m.	23/07/2021 12:00:00 a.m.	ZAMUDIO TORRES JOSE ANTONIO	$ 670.947
50	FE0001216 553	03/08/2021 12:00:00 a.m.	01/07/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA DEMEDINA MARIA DELROSARIO	$ 591.663
51	FE0001216 558	03/08/2021 12:00:00 a.m.	15/07/2021 12:00:00 a.m.	BARON MOLANO GLORIA MARINA	$ 5.914.160
			VALOR TOTAL		**$ 118.129.351**

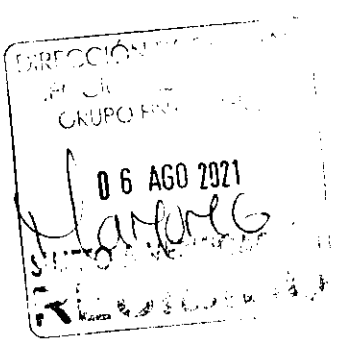
	N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	VALOR DE LA FACTURA
18	FE0001214136	28/07/2021 12:00:00 a.m.	14/07/2021 12:00:00 a.m.	GORDILLO CUBIDES SANDRA PATRICIA	$ 10.349.681,00
			VALOR TOTAL		**$ 10.349.681**

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



CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. 860090566

RADICADO 82894 **TERCERO:** 900336524 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

EJECUTIVO DE CUENTA: ACORTIZ - CAMILO ANDRES ORTIZ MARIN -AUXILIAR DE CARTERA **Rad Entidad** 82894

FECHA DE RADICADO: 05 08 2021 **ESTADO:** Radicado_Entidad **TELEFONO:** 342201365

DIRECCION: CARRERA 68 B BIS # 44-58

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

Nº	FACTURA	DOCUMENTO	PACIENTE	FEC_FAC	VAL FACTURA	VALRADICADO
1	FE0001202132	20144224	ANA BEATRIZ HORTA QUIROGA	01/07/2021	$ 104,660.00	$ 104,660.00
2	FE0001202179	55060449	CELMIRA URBINA CARRILLO	01/07/2021	$ 7,507,817.00	$ 7,507,817.00
3	FE0001202263	19451320	HECTOR ELI FIGUEROA POVEDA	01/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
4	FE0001202642	20546412	NIDIA FABIOLA QUEVEDO PASTOR	02/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
5	FE0001202651	79828820	JORGE MORALES GALEANO	02/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
6	FE0001203733	1060717	CARLOS TEQUIA WILCHES	06/07/2021	$ 795,415.00	$ 795,415.00
7	FE0001203751	24081197	ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL	06/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
8	FE0001203752	41487457	MARGARITA NEIRA DE RINCON	06/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
9	FE0001203758	32718523	DARLINE DEL CARMEN BUITRAGO HOYOS	06/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
10	FE0001203812	23755011	OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO	06/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
11	FE0001203815	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	06/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
12	FE0001204119	52234119	ANGELICA CONTRERAS VARGAS	07/07/2021	$ 9,454,041.00	$ 9,454,041.00
13	FE0001204415	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	07/07/2021	$ 690,936.00	$ 690,936.00
14	FE0001205251	40033839	ANA VERTILDE VEGA ARIAS	09/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
15	FE0001205254	1002327725	JHON ELVER BARAJAS BAREÑO	09/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
16	FE0001205267	4188545	URIEL DIAZ ROMERO	09/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
17	FE0001205383	7275493	ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ	09/07/2021	$ 517,629.00	$ 517,629.00
18	FE0001205387	40024007	GLORIA MARINA BARON MOLANO	09/07/2021	$ 5,937,032.00	$ 5,937,032.00
19	FE0001205390	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	09/07/2021	$ 607,211.00	$ 607,211.00
20	FE0001206863	51950851	GLORIA DORIS MOYA CARDONA	13/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
21	FE0001206864	32718523	DARLINE DEL CARMEN BUITRAGO HOYOS	13/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
22	FE0001207149	24081197	ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL	13/07/2021	$ 96,168.00	$ 96,168.00
23	FE0001207454	51672171	RUBY HERNANDEZ CANO	14/07/2021	$ 4,955,193.00	$ 4,955,193.00
24	FE0001207461	13248120	JORGE ARCADIO NAVARRO MORA	14/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
25	FE0001207477	40025669	MARIA ZOILA LUIS RABA	14/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
26	FE0001207911	19069783	AARON ALARCON SEPULVEDA	15/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
27	FE0001207918	41527829	MARIA VIGLENICE RUIZ DE BEJARANO	15/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
28	FE0001207926	31911170	ANA HERMENCIA BAUTISTA PEREZ	15/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
29	FE0001207935	5803212	OCTAVIO MOREDA GARCIA	15/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
30	FE0001207943	4427253	SAUL RUIZ SILVA	15/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
31	FE0001208134	24821800	NORHA CHICA CORREA	15/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
32	FE0001208140	30966255	CLARA EULALIA VELASQUEZ SANTIAGO	15/07/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
33	FE0001208155	24821800	NORHA CHICA CORREA	15/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
34	FE0001208629	51672171	RUBY HERNANDEZ CANO	16/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
35	FE0001211437	51950851	GLORIA DORIS MOYA CARDONA	23/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
36	FE0001211785	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	24/07/2021	$ 690,747.00	$ 690,747.00
37	FE0001211786	40025669	MARIA ZOILA LUIS RABA	24/07/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
38	FE0001211787	2891900	OVIDIO CASAS PANCHE	24/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
39	FE0001211898	1105686123	ELIANA CATHERINE CARVAJAL PEREZ	24/07/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
40	FE0001212566	19140857	CARLOS JULIO COMBITA	26/07/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
41	FE0001212669	4210381	JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ GUIO	26/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
42	FE0001214886	24081197	ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL	30/07/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
43	FE0001216286	23755011	OLGA LUCIA SIERRA LEGUIZAMO	02/08/2021	$ 595,094.00	$ 595,094.00
44	FE0001216288	23823405	LUZ AMANDA GUIZA ANGULO	02/08/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
45	FE0001216291	6753924	JOSE ANTONIO ZAMUDIO TORRES	02/08/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
46	FE0001216292	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	02/08/2021	$ 80,000.00	$ 80,000.00
47	FE0001216540	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	03/08/2021	$ 606,216.00	$ 606,216.00
48	FE0001216544	7275493	ANDRES JULIO CESAR BARRERO HERNANDEZ	03/08/2021	$ 555,706.00	$ 555,706.00
49	FE0001216548	6753924	JOSE ANTONIO ZAMUDIO TORRES	03/08/2021	$ 670,947.00	$ 670,947.00
50	FE0001216553	20618270	MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA	03/08/2021	$ 591,663.00	$ 591,663.00
51	FE0001216558	40024007	GLORIA MARINA BARON MOLANO	03/08/2021	$ 5,914,160.00	$ 5,914,160.00

TOTAL RADICADO: **$ 118,129,351.00**

SON CIENTO DIECIOCHO MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

USUARIO: ACORTIZ

CLÍNICA 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 FE1202132

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 Jul 2021 14:22 p.m.** **Fec Ingreso:** 30.Jun.2021 16:6 p.m.
Hoja de Trabajo : 160283 **Fec Egreso:** 30.Jun.2021 16:6 p.m.
Autorizacion : 914641 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3183136199 3153256799 **Carnet :**
Dirección: CALLE 11 A # 79 A 28 APTP101 CASTILLA
Paciente : 20144224 ANA BEATRIZ HORTA QUIROGA
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 82 AÑOS - 10 MESES - 1 DÍAS
Cufe : 706e343484ced9337283fa4179154a1d70d31b8ac79d2905ee28d03ae2b11e4a3e6b9b519ea39ec1c9f7a9f4851b6a7b

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD PATOLOGIA Y CITOLOGIA							**104.660**
1	898103	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIAMédico : PEMORALES - PEDRO EMILIO MORALES MARTINEZ		4	26.165		104.660

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	104.660
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	2.093
VALOR TOTAL A PAGAR	102.567

Total Items: 1
TOTAL: **CIENTO DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A. GRUPO FINANCIERO 06 AGO 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

CLÍNICA 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 FE1202179

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 Jul 2021 15:20 p.m.** **Fec Ingreso:** 30.Mar.2021 16:6 p.m.
Hoja de Trabajo : 109327 **Fec Egreso:** 27.May.2021 14:0 p.m.
Autorizacion : **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103166691 **Carnet :**
Dirección: TRANSVERSAL 73H BIS A#75-33 SUR
Paciente : 55060449 CELMIRA URBINA CARRILLO
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 56 AÑOS - 1 MESES - 8 DÍAS
Cufe : be15d12a652046d0a9642c21aaba1a05490509561273cade16aba8b21db6355b6d6020a4390ad65af3e7d1cc28733991

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PTQX PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS							**1.050.000**
1	CU4346	IRIDIO - RADIOISOTOPOMédico : JAESGUERRA - JOSE ALEJANDRO ESGUERRA CANTILLO		5	210.000		1.050.000
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**6.131.305**
2	922606	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON BAJA TASA DE DOSISMédico : JAESGUERRA - JOSE ALEJANDRO ESGUERRA CANTILLO		5	1.226.261		6.131.305
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**105.048**
3	23512014	ESPECULO VAGINAL DESECHABLE- CUMS:19963280		4	865		3.460
4	14215005	TIRA PARA GLUCOMETRIA- CUMS:NO APLICA		2	534		1.068
5	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		1	551		551
6	22512014	CATETER INTRAVENOSO No.20 G X 1 1/4- CUMS:DM-22512014		1	1.014		1.014
7	22612004	BOLSA DRENAJE URINARIO - CYSTOFLO- CUMS:DM-22612004		5	3.211		16.055
8	22712001	BURETROL EQUIPO.- CUMS:22712001		1	2.354		2.354
9	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
10	22812004	SONDA FOLEY 14.DOS VIAS.- CUMS:NO APLICA		6	1.876		11.256
11	23112008	CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO- CUMS:NO APLICA		1	846		846
12	23212011	GASA ESTERIL 3"X3"X4 PLIEGUES VERSALON SINTETICA TYCO X UNIDAD (PAQUETE 2 UNIDADES)- CUMS:DM-23212011		52	69		3.588
13	23312006	BRAZALETE IDENTIFICACION ADULTO- CUMS:DM-23312006		1	242		242
14	23312012	ELECTRODOS ADULTO REF 706-2228- CUMS:DM-23312012		9	189		1.701
15	23312021	GUANTE PAR ESTERIL No 6 1/2- CUMS:20089424		9	894		8.046
16	23312022	GUANTE PAR ESTERIL No 7- CUMS:DM-23312022		5	893		4.465
17	23312023	GUANTE PAR ESTERIL No 8- CUMS:DM-23312023		2	894		1.788
18	23312055	GUANTE PAR ESTERIL No 7 1/2- CUMS:DM-23312055		10	894		8.940
19	23412013	SPINOCAN 27- CUMS:23412013		1	6.802		6.802
20	23512002	JERINGA 1 C.C. INSULINA.- CUMS:DM-23512002		2	116		232
21	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		16	174		2.784
22	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		6	125		750
MEDICAMENTOS PBS							**221.464**
23	11102008	Diclofenaco sodico 75 mg / 3 mL Solucion Inyectable ampolla- CUMS:19934768-18		1	298		298
24	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		1	337		337
25	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		2	1.417		2.834
26	11113018	Iohexol- Omnipaque 300 mg * Solucion Inyectable x 100ml- CUMS:22542-9		3	71.679		215.037
27	11121014	BUPIVACAINA PESADA 0.5 SOL. INY. AMPOLLA 4 ML- CUMS:38995-04		1	2.958		2.958

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 7.507.817

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

CLÍNICA 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 FE1202179

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 Jul 2021 15:20 p.m.** **Fec Ingreso:** 30.Mar.2021 16:6 p.m.
Hoja de Trabajo : 109327 **Fec Egreso:** 27.May.2021 14:0 p.m.
Autorizacion : **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103166691 **Carnet :**
Dirección: TRANSVERSAL 73H BIS A#75-33 SUR
Paciente : 55060449 CELMIRA URBINA CARRILLO
Tipo Doc : Cédula Ciudadania **Edad :** 56 AÑOS - 1 MESES - 8 DÍAS
Cufe : be15d12a652046d0a9642c21aaba1a05490509561273cade16aba8b21db6355b6d6020a4390ad65af3e7d1cc28733991

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
VALOR CUOTA DE RECUPERACION							
VALOR ANTICIPO							
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO							
VALOR DESCUENTO							
RETENCION EN LA FUENTE 2%							150.156
VALOR TOTAL A PAGAR							7.357.661

Total Items: 27

TOTAL: **SIETE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
06 AGO 2021
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

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 FE1202263

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 Jul 2021 18:23 p.m.** **Fec Ingreso:** 18.May.2021 15:0 p.m.
Hoja de Trabajo : 135619 **Fec Egreso:** 25.Jun.2021 9:39 a.m.
Autorizacion : 689175 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL 1 - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3508598670 **Carnet :**
Dirección: CALLE 76BIS A SUR 14-13 INTERIOR 2
Paciente : 19451320 HECTOR ELI FIGUEROA POVEDA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 9 MESES - 23 DÍAS
Cufe : 1a358f16b7021237a28db3e49b40627ac3bac5d173a35c9ac802a274e34d2b9c0d9fdda7b6d92a7c9345e40d960d9b5a

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
GRUPO F
06 AGO 2021

CLÍNICA 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 FE1202642

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: **2 Jul 2021 15:26 p.m.** **Fec Ingreso:** 21.Abr.2021 12:51 p.m.
Hoja de Trabajo : 121555 **Fec Egreso:** 28.Jun.2021 12:54 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 Ciudadania **Edad :** 45 AÑOS - 1 MESES - 26 DÍAS
Cufe : d8ea21daa0cf53238e73b2f9c76134271ba61d26f462f41dd67fc0633b521a4b828fb552dcf754b0e33979f9ac95702a

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 : IDGONZALEZ - IVAN DARIO GONZALEZ ALVAREZ		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 GRUPO FIN 06 AGO 2021 AUTO

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

CLÍNICA 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 FE1202651

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: **2 Jul 2021 15:40 p.m.**
Fec Ingreso: 25.May.2021 11:5 a.m.
Hoja de Trabajo : 139579
Fec Egreso: 01.Jul.2021 15:14 p.m.
Autorizacion : 769089 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3196826065 **Carnet :**
Dirección: CALLE 146D 79-35
Paciente : 79828820 JORGE MORALES GALEANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 46 AÑOS - 0 MESES - 4 DÍAS
Cufe : dbb12d493c2e231daa1740bc5305f34f6d745dbdaeaa6b796c36ffd9d3f241e1cbfcb98b89659c9d11ea8ade6f4a3227

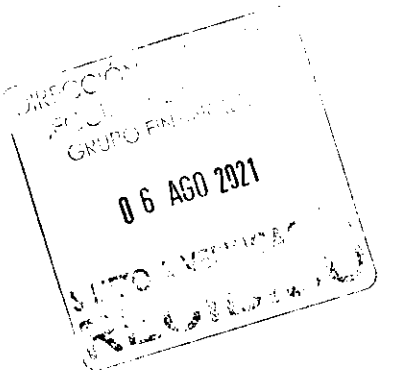
Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							**5.505.038**
1	P922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D-CRT]Médico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1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



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 FE1203733

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

Fecha y Hora de Expedición: **6 Jul 2021 11:23 a.m.**
Fec Ingreso: 01.Jul.2021 7:53 a.m.
Fec Egreso: 01.Jul.2021 7:53 a.m.
Hoja de Trabajo : 160515
Autorizacion : 803953
Tipo : Otro
Estrato : GENERAL
Sexo : Masculino
Teléfono : 3133844041
Carnet :
Dirección: CORREO AREA ENLACE
Paciente : 1060717 CARLOS TEQUIA WILCHES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 83 AÑOS - 0 MESES - 29 DÍAS
Cufe : e3a407ed69faed5969e23388fa387dc62067172bcf0341037fdc27e8b654212f42b8d0e9ec42ec9dc5084d49019810a9

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD RESONANCIA MAGNETICA							**792.196**
1	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMENMédico : OGONZALEZ - ORLANDO GONZALEZ BRAVO		1	792.196		792.196
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**1.991**
2	22412006	EXTENSION ANESTESIA ADULTO- CUMS:20099679		1	707		707
3	22512014	CATETER INTRAVENOSO No.20 G X 1 1/4- CUMS:DM-22512014		1	1.014		1.014
4	23512004	JERINGA 20 C.C.- CUMS:DM-23512004		1	270		270
MEDICAMENTOS PBS							**1.228**
5	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		1	1.228		1.228

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	795.415
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	15.908
VALOR TOTAL A PAGAR	779.507

Total Items: 5

TOTAL: **SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN ... GRUPO FIN... 06 AGO 2021 ... VB

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

CLÍNICA 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 FE1203751

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

Fecha y Hora de Expedición: **6 Jul 2021 11:46 a.m.** **Fec Ingreso:** 22.Jun.2021 15:23 p.m.
Hoja de Trabajo : 155221 **Fec Egreso:** 22.Jun.2021 15:47 p.m.
Autorizacion : 912793 **Tipo :** Contributivo
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 - 24 DÍAS
Cufe : 290631eefc1de4791872eec7e6597409ac9245171c0eb502213ee2bc2098e2fad86ce9ad04ef242e6efdce54cf84ef05

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**

06 AGO 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
RECIBIDO A [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLÍNICA 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 FE1203752

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

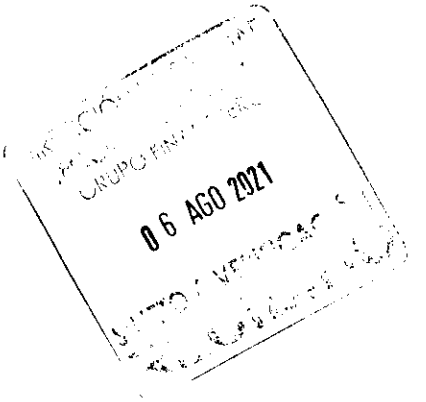
Fecha y Hora de Expedición: **6 Jul 2021 11:47 a.m.** **Fec Ingreso:** 06.Jul.2021 11:46 a.m.
Hoja de Trabajo : 162924 **Fec Egreso:** 06.Jul.2021 16:11 p.m.
Autorizacion : 932399 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3144425900 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 41487457 MARGARITA NEIRA DE RINCON
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 71 AÑOS - 6 MESES - 28 DÍAS
Cufe : 89abc8d8c164f42cc5d8483846732e049b1fba342b36e4f060740d18b61646525b2cff94f50e0e155bef29685df8502d

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 : JARUBIANO - JUAN ANDRES RUBIANO NIÑO		1	80.000		80.000

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

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

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



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

CLÍNICA 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 FE1203758

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

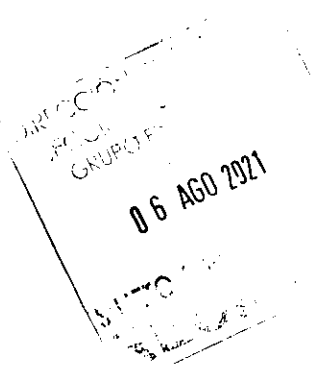
Fecha y Hora de Expedición: **6 Jul 2021 11:51 a.m.** **Fec Ingreso:** 06.Jul.2021 11:47 a.m.
Hoja de Trabajo : 162927 **Fec Egreso:** 06.Jul.2021 15:36 p.m.
Autorizacion : 895080 **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3045349895 **Carnet :**
Dirección: CALLE 1 # 15 60
Paciente : 32718523 DARLINE DEL CARMEN BUITRAGO HOYOS
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 53 AÑOS - 3 MESES - 13 DÍAS
Cufe : 2d66d17877ac807798eb0ea58408bf90e1720d0733639e4a893b32e40681524a9e8d87be228b3a628dd685ec212b68ec

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

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

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

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



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
RENDIDO 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 FE1203812

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

Fecha y Hora de Expedición: **6 Jul 2021 13:17 p.m.** **Fec Ingreso:** 16.Jun.2021 13:25 p.m.
Hoja de Trabajo : 151638 **Fec Egreso:** 16.Jun.2021 14:0 p.m.
Autorizacion : 741975 **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 - 4 MESES - 17 DÍAS
Cufe : 724138c3ed8e9d4a3a2ac2fc7e9789f0248e6fb6fe1d66a5c088011454397e571c00d10ddac65b211096ea73f9d85635

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ 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 FINANCIERA CARTERA 06 AGO 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

ESTE IMPRESO 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 FE1203815

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

Fecha y Hora de Expedición: **6 Jul 2021 13:24 p.m.**
Fec Ingreso: 04.Jun.2021 9:14 a.m.
Fec Egreso: 04.Jun.2021 10:18 a.m.
Hoja de Trabajo : 145516
Autorizacion : ONOCC01052021-158 **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 - 6 DÍAS
Cufe : 6f067a09f90262840021e30544902bce804512ebc533287fcd8a85027627475ed37daea6c7f1ad4c1e792234d20291e8

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
							17.264
CONSULTAS MEDICAS							
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR 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
IMPRESO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLÍNICA 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 FE1204119

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

Fecha y Hora de Expedición: **7 Jul 2021 7:45 a.m.**
Fec Ingreso: 09.Abr.2021 11:56 a.m.
Hoja de Trabajo : 114604
Fec Egreso: 10.May.2021 13:50 p.m.
Autorizacion :
Tipo : Otro
Estrato : GENERAL
Sexo : Femenino
Teléfono : 3102146509
Carnet :
Dirección: TRASV 60 # 49 A -13 SUR
Paciente : 52234119 ANGELICA CONTRERAS VARGAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 42 AÑOS - 7 MESES - 13 DÍAS
Cufe : 6dc009be93ca630b430377eab0be4265803201d3e3d252d6416fc9b4c5835c509cb69ffdfe29328f288bf67c46e152cf

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
VALOR DESCUENTO							189.081
RETENCION EN LA FUENTE 2%							9.264.960
VALOR TOTAL A PAGAR							

Total Items: 23

TOTAL: **NUEVE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN JEFE GRUPO FINANCIERO 06 AGO 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]

CLÍNICA 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 FE1204415

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

Fecha y Hora de Expedición: **7 Jul 2021 16:7 p.m.**
Hoja de Trabajo : 149070
Autorizacion : 755176
Estrato : GENERAL
Teléfono : 3176958903
Dirección: LETICIA AMAZONAS

Fec Ingreso: 11.Jun.2021 8:53 a.m.
Fec Egreso: 11.Jun.2021 8:53 a.m.
Tipo : Otro
Sexo : Femenino
Carnet :

Paciente : 40783707 ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 43 AÑOS - 11 MESES - 13 DÍAS
Cufe : bbfa17ac01e77d029d84fe990c78211966691 3a718847d0338e2769aa8843c006cef9f1fa31aba88b7e4de3e36fd6e34

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							**31.195**
2	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		1	551		551
3	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		3	174		522
MEDICAMENTOS PBS							**318.253**
6	11105005	CICLOFOSFAMIDA 1 G POLVO ESTERIL PARA RECONSTRUIR VIAL- CUMS:21535-01		1	39.635		39.635
7	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
8	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		5	1.417		7.085
9	11110511	Doxorubicina clorhidrato 10 mg Polvo liofilizado Vial- CUMS:20091053-01		10	10.838		108.380
10	11110517	Fosaprepitant 150 mg polvo liofilizado Vial- CUMS:20016452-01		1	159.659		159.659
11	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	690.936
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	13.819
VALOR TOTAL A PAGAR	677.117

Total Items: 11

TOTAL: **SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 VISTO & VERIFICADO

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 FE1205251

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 Jul 2021 10:45 a.m.**
Fec Ingreso: 07.Jul.2021 6:52 a.m.
Fec Egreso: 07.Jul.2021 7:45 a.m.
Hoja de Trabajo : 163408
Autorizacion : 932104 **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 - 10 MESES - 14 DÍAS
Cufe : a110ea970e1f5ecdc6d85e81bf7830e41a2af50f2ebb41441a5e19f47de84150322e51283894530cead88ce9618b762f

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

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

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

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

DIRECCIÓN ... GRUPO FI... 06 AGO 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 FE1205267

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 Jul 2021 11:1 a.m.** **Fec Ingreso:** 07.Jul.2021 14:27 p.m.
Hoja de Trabajo : 163887 **Fec Egreso:** 07.Jul.2021 14:45 p.m.
Autorizacion : 932260 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : SIN INFO **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 4188545 URIEL DIAZ ROMERO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 53 AÑOS - 5 MESES - 10 DÍAS
Cufe : 12bee0024836af9df8ae5300ee951e3e0e415b4bd92af97096628ef281e37ae358974e27a8f15eb10502bf450fe6950a

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

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

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

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

DIRECCIÓN ... GRUPO FIN... 06 AGO 2021 VISTO B...

CLÍNICA 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 FE1205383

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: **9 Jul 2021 13:51 p.m.** **Fec Ingreso:** 15.Jun.2021 0:56 a.m.
Hoja de Trabajo : 160953 **Fec Egreso:** 15.Jun.2021 0:56 a.m.
Autorizacion : 768639 **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 - 28 DÍAS
Cufe : f5c6b3bd46614ede0e138161a52186cf9b890d4b71e88e0517e07b0e8880dd1cf7d90db97023b88a2525ecb4022db5f1

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							**64.353**
2	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		3	1.519		4.557
3	22712010	TAPON HEPARINIZADO- CUMS:DM-22712010		2	194		388
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		4	14.553		58.212
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		4	174		696
6	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		4	125		500
MEDICAMENTOS PBS							**111.788**
7	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		8	1.417		11.336
8	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		4	1.228		4.912
9	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		8	1.339		10.712
10	11110503	Fluorouracilo 500 mg /10 mL Solucion inyectable Vial-CUMS:19905209-01		8	4.603		36.824
11	11110576	Folinato de Calcio polvo esteril para reconstituir vial 50 mg-CUMS:20139379-01		4	10.591		42.364
12	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		4	1.410		5.640

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	517.629
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	10.353
VALOR TOTAL A PAGAR	507.276

Total Items: **12**

TOTAL: **QUINIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN ... GRUPO ... 06 AGO 2021

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

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

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1205387

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: **9 Jul 2021 14:0 p.m.** **Fec Ingreso:** 16.Jun.2021 0:30 a.m.
Hoja de Trabajo : 160950 **Fec Egreso:** 16.Jun.2021 0:30 a.m.
Autorizacion : 804019 **Tipo :** Contributivo
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 - 10 DÍAS
Cufe : 85ec89f2fa02cef4745633955fb01ff9fc4491b28577574db0679a3948ac41dda6d20a7af65e04235b32d59958e11ff9

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							**32.077**
2	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		1	1.519		1.519
3	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
4	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		2	174		348
5	23512007	JERINGA 50 C.C.- CUMS:DM-23512007		2	552		1.104
MEDICAMENTOS PBS							**5.563.467**
6	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla-CUMS:20019105-06		2	337		674
7	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		6	1.417		8.502
8	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		8	1.228		9.824
9	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		2	1.339		2.678
10	11110521	Trastuzumab 440 mg polvo liofilizado para infusion Vial-CUMS:19903070-01		1	5.372.694		5.372.694
11	11110542	Paclitaxel 100 mg/16.7 mL Solucion inyectable Vial-CUMS:20012772-01		3	51.434		154.302
12	11114030	OMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCION AMPOLLA-CUMS:20070385-02		1	1.839		1.839
13	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820
14	11121044	HIDROXICINA 100 MG 2ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA-CUMS:38644-02		1	9.924		9.924
15	11122011	loRAtadina 10 MG TABLETA- CUMS:39641-01		10	21		210

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	5.937.032
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	118.741
VALOR TOTAL A PAGAR	5.818.291

Total Items: 15

TOTAL: **CINCO MILLONES OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

GRUPO FI
06 AGO 2021

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

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
ASOCIADO 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 FE1205390

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: **9 Jul 2021 14:3 p.m.** **Fec Ingreso:** 09.Jun.2021 0:48 a.m.
Hoja de Trabajo : 160945 **Fec Egreso:** 09.Jun.2021 0:48 a.m.
Autorizacion : 770166 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3112716040-3133564312 **Carnet :**
Dirección: TUNJUELITO
Paciente : 20618270 MARIA DELROSARIO MOLINA DEMEDINA
Tipo Doc : Cédula Ciudadania **Edad :** 67 AÑOS - 1 MESES - 17 DÍAS
Cufe : d90999dbba4c8f6a9a990e0a275caeda3ffee68f9dd161ad5977fc23dc0eb563710fb4c00313be88eeadeba611f69f37

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							**33.518**
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	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
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							**232.205**
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		4	51.434		205.736
11	11114030	OMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCION AMPOLLA- CUMS:20070385-02		2	1.839		3.678
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	607.211
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	12.144
VALOR TOTAL A PAGAR	595.067

Total Items: **14**
TOTAL: **QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte**

DIRECCIÓN ... GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 ... AUTO A VERIFICAR

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

CLÍNICA 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 FE1206863

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: **13 Jul 2021 7:17 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Jul.2021 7:15 a.m.
Hoja de Trabajo : 167079 **Fec Egreso:** 13.Jul.2021 8:2 a.m.
Autorizacion : 972587 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132938766 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 82A # 41F 70 SUR
Paciente : 51950851 GLORIA DORIS MOYA CARDONA
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 52 AÑOS - 5 MESES - 5 DÍAS
Cufe : 3caf4ec7f6091bde57b19b3678eb981768952bad45d45e23c4f6d0701550dd089c8e3e4920202cd3c61db92fcb2861a0

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 GRUPO 06 AGO 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
ENCRIPTADO 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 FE1206864

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: **13 Jul 2021 7:20 a.m.** **Fec Ingreso:** 13.Jul.2021 7:18 a.m.
Hoja de Trabajo : 167080 **Fec Egreso:** 13.Jul.2021 8:22 a.m.
Autorizacion : 895084 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3045349895 **Carnet :**
Dirección: CALLE 1 # 15 60
Paciente : 32718523 DARLINE DEL CARMEN BUITRAGO HOYOS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 53 AÑOS - 3 MESES - 20 DÍAS
Cufe : 5ebe6158b3db6abd7705eb06082f24f518291a1244f011f93127d70f1bb13d25e639bdb4eb201e533829a96faa1727b06

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ 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 GRUPO HIN... 06 AGO 2021 QUITO

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 FE1207149

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: **13 Jul 2021 14:21 p.m.** **Fec Ingreso:** 08.Jul.2021 7:17 a.m.
Hoja de Trabajo : 164155 **Fec Egreso:** 08.Jul.2021 7:17 a.m.
Autorizacion : 965477 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3115140239-3132137957 **Carnet :**
Dirección: SOATA
Paciente : 24081197 ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 42 AÑOS - 10 MESES - 9 DÍAS
Cufe : 86c43c2d48275baf25a27deaf18dff256eaffe261eea557a1dc8ac480e2ff2a9bcb004733f4efc1efad79dfeb44fd02f

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD LABORATORIO CLINICO							**96.168**
1	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADOMédico : NMONTOYA - NORMA MONTOYA GARCIA		1	15.201		15.201
2	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTAMédico : NMONTOYA - NORMA MONTOYA GARCIA		1	6.935		6.935
3	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] Médico : NMONTOYA - NORMA MONTOYA GARCIA		1	6.251		6.251
4	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]Médico : NMONTOYA - NORMA MONTOYA GARCIA		1	6.251		6.251
5	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOSMédico : NMONTOYA - NORMA MONTOYA GARCIA		1	4.271		4.271
6	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADOMédico : NMONTOYA - NORMA MONTOYA GARCIA		1	57.259		57.259

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	96.168
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	1.923
VALOR TOTAL A PAGAR	94.245

Total Items: 6

TOTAL: **NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN ... GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 ... VERIFICADO

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]

CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

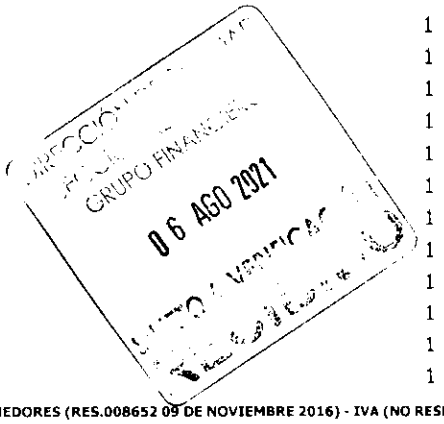
Avenida de las Américas No. 71C-29 P.B.X 4 25 46 20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1207454

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: **14 Jul 2021 10:5 a.m.** **Fec Ingreso:** 18.Jun.2021 12:52 p.m.
Hoja de Trabajo : 152960 **Fec Egreso:** 02.Jul.2021 17:6 p.m.
Autorizacion : **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3202641360 **Carnet :**
Dirección: CALLE 151 B # 102 B 90
Paciente : 51672171 RUBY HERNANDEZ CANO
Tipo Doc : Cédula Ciudadania **Edad :** 59 AÑOS - 9 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 32b5ab8bd71c82d198e3b506f78a6172496d933078600cb5b506332395d0b96a39680f2e7ee78e0aaed1b886da02b6e3

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PTQX PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS							**70.120**
1	340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE		1	70.120		70.120
		DE 31 HASTA 40 UVR	24-06-21	1			
	S41101	ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRICAS	24-06-21	1	70.120		70.120
		ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA	24-06-21	0			
		MATERIALES DE SUTURA Y CURACION. MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES. OXIGENO. AGE	24-06-21	1			
PD LABORATORIO CLINICO							**1.049.904**
2	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO		3	22.646		67.938
3	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		3	41.952		125.856
4	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		1	62.907		62.907
5	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		1	15.201		15.201
6	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		1	15.201		15.201
7	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		1	15.201		15.201
8	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		1	15.201		15.201
9	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		1	15.201		15.201
10	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA		1	54.151		54.151
11	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
12	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
13	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
14	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
15	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
16	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
17	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
18	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
19	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
20	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
21	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752



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

CLÍNICA 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 FE1207454

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: **14 Jul 2021 10:5 a.m.**
Hoja de Trabajo : 152960
Autorizacion :
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV
Teléfono : 3202641360
Dirección: CALLE 151 B # 102 B 90

Fec Ingreso: 18.Jun.2021 12:52 p.m.
Fec Egreso: 02.Jul.2021 17:6 p.m.
Tipo : Otro
Sexo : Femenino
Carnet :

Paciente : 51672171 RUBY HERNANDEZ CANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 9 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 32b5ab8bd71e82d198c3b506f78a6172496d933078600cb5b506332395d0b96a39680f2e7ee78e0aaed1b886da02b6e3

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
22	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
23	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
24	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
25	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
26	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
27	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		1	28.752		28.752
28	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	4.112		4.112
29	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		1	6.935		6.935
30	903813	CLORO		1	3.961		3.961
31	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	10.295		10.295
32	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	10.295		10.295
33	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	10.295		10.295
34	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	10.295		10.295
35	903856	NITROGENO UREICO		1	5.058		5.058
36	903856	NITROGENO UREICO		1	5.058		5.058
37	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	11.551		11.551
38	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	11.551		11.551
39	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	8.225		8.225
40	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	4.271		4.271
41	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	4.271		4.271
42	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		1	4.271		4.271
43	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		1	21.273		21.273
44	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		1	21.273		21.273
45	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		1	21.273		21.273
PD RADIOLOGIA							**114.044**
46	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)		1	28.511		28.511
47	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)		1	28.511		28.511
48	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)		1	28.511		28.511
49	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)		1	28.511		28.511
PD ECOGRAFIAS							**33.086**
50	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		1	33.086		33.086
PD CARDIOLOGIA							**294.739**
51	389103	INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFERICA		1	275.923		275.923
	389103H	SERVICIOS PROFESIONALES	14-07-21	1	172.452		172.452
		DERECHOS DE SALA HEMODINAMIA	14-07-21	1	103.471		103.471
52	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD		1	18.816		18.816

DIRECCIÓN ... GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 SUJETO A VERIFICACIÓN

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 FE1207454

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: **14 Jul 2021 10:5 a.m.** **Fec Ingreso:** 18.Jun.2021 12:52 p.m.
Hoja de Trabajo : 152960 **Fec Egreso:** 02.Jul.2021 17:6 p.m.
Autorizacion : **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 - 7 DÍAS
Cufe : 32b5ab8bd71e82d198c3b506f78a6172496d933078600eb5b506332395d0b96a39680f2e7ee78e0aaed1b886da02b6e3

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD OTROS SERVICIOS							**51.252**
53	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]		12	4.271		51.252
PTNDX TERAPIAS							**17.512**
54	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		1	17.512		17.512
HOSPITALIZACION							**1.695.954**
55	10A001	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)		2	141.485		282.970
56	10A001	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)		4	141.485		565.940
57	10A002	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL		3	121.109		363.327
58	10A002	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL		1	121.109		121.109
59	10A004	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MAS CAMAS		4	90.652		362.608
CONSULTAS MEDICAS							**178.504**
60	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		1	17.264		17.264
61	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		1	17.264		17.264
62	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		1	17.264		17.264
63	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		2	17.264		34.528
64	890431	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		1	23.046		23.046
65	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		1	23.046		23.046
66	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		1	23.046		23.046
67	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA		1	23.046		23.046
CONSULTAS URGENCIAS							**17.147**
68	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		1	17.147		17.147
OXIGENO							**364.560**
69	S55201	CATETER O CANULA NASAL		186	1.960		364.560
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**369.781**
70	22412006	EXTENSION ANESTESIA ADULTO- CUMS:20099679		3	707		2.121
71	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		1	551		551
72	22512003	CATETER CENTRAL TRILUMEN No. 7 Fr x 20 Cm REF 20[illegible]70TLEPV- CUMS:22512003		1	84.869		84.869
73	22512011	CATETER INTRAVENOSO No.14 G X 2- CUMS:22512011		1	1.359		1.359
74	22512013	CATETER INTRAVENOSO No.18 G X 1 1/4- CUMS:DM-22512013		1	1.016		1.016
75	22512014	CATETER INTRAVENOSO No.20 G X 1 1/4- CUMS:DM-22512014		2	1.014		2.028
76	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		3	1.519		4.557
77	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
78	22612021	PLEUROGARD THORA SEAL 3 Lts- CUMS:NO APLICA		1	105.428		105.428
79	22712001	BURETROL EQUIPO.- CUMS:22712001		6	2.354		14.124

GRUPO FINA[illegible] 06 AGO 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

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

CLÍNICA 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 FE1207454

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: **14 Jul 2021 10:5 a.m.** **Fec Ingreso:** 18.Jun.2021 12:52 p.m.
Hoja de Trabajo : 152960 **Fec Egreso:** 02.Jul.2021 17:6 p.m.
Autorizacion : **Tipo :** Otro
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3202641360 **Carnet :**
Dirección: CALLE 151 B # 102 B 90
Paciente : 51672171 RUBY HERNANDEZ CANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 59 AÑOS - 9 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 32b5ab8bd71c82d198c3b506178a6172496d933078600cb5b506332395d0b96a39680f2e7ee78e0aaed1b886da02b6e3

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
80	22712007	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO- CUMS:DM-22712007		1	844		844
81	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		9	14.553		130.977
82	22912045	TUBO TORAX No.30- CUMS:22912045		1	2.172		2.172
83	23112008	CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO- CUMS:NO APLICA		1	846		846
84	23112029	HUMIDIFICADOR OXIGENO DE BURBUJAS- CUMS:DM-23112029		1	3.505		3.505
85	23312012	ELECTRODOS ADULTO REF 706-2228- CUMS:DM-23312012		3	189		567
86	23312032	MANILLA PARA IDENTIFICACION PACIENTE ALERGICO ROJO- CUMS:23312032		1	181		181
87	23312051	Tapabocas Convencional (Paciente)- CUMS:NO APLICA		2	295		590
88	23512002	JERINGA 1 C.C. INSULINA.- CUMS:DM-23512002		5	116		580
89	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		70	174		12.180
90	23512004	JERINGA 20 C.C.- CUMS:DM-23512004		1	270		270
PD TOMOGRAFIAS							**278.732**
91	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX		1	139.366		139.366
92	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX		1	139.366		139.366
MEDICAMENTOS PBS							**336.534**
93	11102008	Diclofenaco sodico 75 mg / 3 mL Solucion Inyectable ampolla- CUMS:19934768-18		17	298		5.066
94	11103024	CefTRIAXona sodica 1 g Polvo para Inyeccion vial- CUMS:19985517 -02		4	1.262		5.048
95	11103030	Clindamicina fosfato 600 mg / 4 mL (15%) Solucion Inyectable- CUMS:19964562-01		13	1.382		17.966
96	11103071	Vancomicina clorhidrato 500 mg Polvo para Inyeccion frasco ampolla - CUMS:19999738-06		12	3.120		37.440
97	11108004	hidrocORTISOna SUCCINATO SODICO 100 MG POLVO PARA INYECCION AMPOLLA 5 ML- CUMS:34019-01		1	1.707		1.707
98	11109001	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TABLETA- CUMS:19960116-02		24	29		696
99	11110006	Dextrosa 10% Solucion Inyectable BOLSA x 500 mL- CUMS:19983524-01		7	1.563		10.941
100	11110007	Dextrosa 5% Solucion Inyectable BOLSA x 500 mL- CUMS:29522-04		3	1.496		4.488
101	11110011	Lactato Ringer x 500 mL Solucion Inyectable- CUMS:32606-02		12	1.417		17.004
102	11111008	Enoxaparina 40 mg Solucion Inyectable Jeringa Prellena- CUMS:19947837-01		9	9.077		81.693
103	11111009	Enoxaparina 60 mg Solucion Inyectable Jeringa Prellena- CUMS:19950453-01		2	10.361		20.722
104	11111018	MAGNESIO SULFATO 20% SOLUCION INYECTABLE AMPOULEPACK 10ML- CUMS:33519-02		4	1.042		4.168
105	11113018	Iohexol- Omnipaque 300 mg * Solucion Inyectable x 100ml- CUMS:22542-9		1	71.679		71.679
106	11114008	BISACODILO 5 MG GRAGEA- CUMS:20170227-04		8	32		256
107	11114010	CALCIO CARBONATO VITAMINA D 600 MG 200 UI TABLETA- CUMS:19942963-03		147	75		11.025

GRUPO FINANCIERO
06 AGO 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 FE1207454

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: **14 Jul 2021 10:5 a.m.**
Fec Ingreso: 18.Jun.2021 12:52 p.m.
Fec Egreso: 02.Jul.2021 17:6 p.m.
Hoja de Trabajo : 152960
Autorizacion :
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 - 7 DÍAS
Cufe : 32b5ab8bd71c82d198c3b506f78a6172496d933078600cb5b506332395d0b96a39680f2e7ee78c0aaed1b886da02b6e3

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
108	11114011	CALCIO GLUCONATO 10% SOLUCION INYECTABLE AMPOULEPAK 10 ML- CUMS:20002038-02		45	748		33.660
109	11114012	Calcitriol 0.25 mcg Capsula- CUMS:19934690-01		54	80		4.320
110	11114025	metocLOPRAmida 10 mg / 2 mL Solucion Inyectable Ampolla- CUMS:20026115-05		2	285		570
111	11114029	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA- CUMS:20241227-28		1	42		42
112	11118031	Losartan 50 mg TABLETA- CUMS:19965499-11		9	34		306
113	11121058	MEPERIDINA CLORHIDRATO 100 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20008613-01		3	2.572		7.716
114	11122011	loRAtadina 10 MG TABLETA- CUMS:39641-01		1	21		21
							83.324
HONORARIOS							
115	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA		4	20.831		83.324

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	4.955.193
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	99.104
VALOR TOTAL A PAGAR	4.856.089

Total Items: 115

TOTAL: **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN ADMISIONES GRUPO HOSPITALARIO
06 AGO 2021
VERIFICADO

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 FE1207461

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: **14 Jul 2021 10:10 a.m.** **Fec Ingreso:** 12.Ene.2021 7:34 a.m.
Hoja de Trabajo : 69794 **Fec Egreso:** 18.Ene.2021 16:36 p.m.
Autorizacion : ONOCC 07012021-029 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3165467513 **Carnet :**
Dirección: CALLE 77 B # 129 70
Paciente : 13248120 JORGE ARCADIO NAVARRO MORA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 10 MESES - 17 DÍAS
Cufe : e0150ee4ab342faee16e66434ed4d67adf7378344e6ad181843eeeb08ee51512a13d494bd758ef008e88eb32bdb5f82d

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 [illegible] GRUPO FINANCIERO 06 AGO 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
FACTURADO 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 FE1207477

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: **14 Jul 2021 10:30 a.m.** **Fec Ingreso:** 21.Ene.2021 9:52 a.m.
Hoja de Trabajo : 74561 **Fec Egreso:** 15.Feb.2021 13:33 p.m.
Autorizacion : ONOCC 19012021-060 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3115030488 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 12 N 26 09 APARTAMENTO 402
Paciente : 40025669 MARIA ZOILA LUIS RABA
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 53 AÑOS - 9 MESES - 5 DÍAS
Cufe : 5dc12665928148de368a364eca1c81ce35143a106ad0c462bdf7b15e4d6e64ae5dedb93f073482da9d9b323be65b5e93

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 GRUPO FINANCIERO 06 AGO 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 FE1207911

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: **15 Jul 2021 9:53 a.m.**
Fec Ingreso: 26.May.2021 8:14 a.m.
Fec Egreso: 12.Jul.2021 12:37 p.m.
Hoja de Trabajo : 140159
Autorizacion : 768750
Tipo : Contributivo
Estrato : GENERAL
Sexo : Masculino
Teléfono : 3222949901
Carnet :
Dirección: calle 120 50 03
Paciente : 19069783 AARON ALARCON SEPULVEDA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 72 AÑOS - 0 MESES - 2 DÍAS
Cufe : 067a77a9b737b313af6cbc4126db0b5a16c457c75f2d5a1bff3c901bcbb57028539a66770b252b348e5b2e3b087ef3aa

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
							5.505.038
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							
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**

GRUPO FINANCIERO
06 AGO 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 FE1207918

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: **15 Jul 2021 10:2 a.m.** **Fec Ingreso:** 10.Jun.2021 14:16 p.m.
Hoja de Trabajo : 148695 **Fec Egreso:** 12.Jul.2021 13:4 p.m.
Autorizacion : 838483 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3005710897 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 69D 4-31 SUR CASA 14
Paciente : 41527829 MARIA VIGLENICE RUIZ DE BEJARANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 72 AÑOS - 10 MESES - 3 DÍAS
Cufe : 89088d7c60d1518660cadf9284487c006e947eee9eb04ef2908184e95a7024a5208cd76c6c1c7dda9e4d5d7652e7ec32

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
GRUPO FINANCIERO
06 AGO 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 FE1207926

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: **15 Jul 2021 10:10 a.m.**
Fec Ingreso: 10.Jun.2021 12:3 p.m.
Fec Egreso: 09.Jul.2021 10:45 a.m.
Hoja de Trabajo : 148589
Autorizacion : 838240 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3103292992 **Carnet :**
Dirección: CALLE 38 SUR 78 G 09
Paciente : 31911170 ANA HERMENCIA BAUTISTA PEREZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 58 AÑOS - 9 MESES - 22 DÍAS
Cufe : d99f1fa3ad851425fc3b6e024e010d9c2e8f07d6408df61995fbf86db9cb2e496aeb911d1d86542988ee6f1eafd879f0

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
							5.505.038
PD RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA							
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**

DIRECCION ... GRUPO FIN... 06 AGO 2021 ... VERIFICADO

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]

CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FÁCTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1207935

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: **15 Jul 2021 10:30 a.m.** **Fec Ingreso:** 21.May.2021 14:10 p.m.
Hoja de Trabajo : 137550 **Fec Egreso:** 14.Jul.2021 7:48 a.m.
Autorizacion : 769143 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 4315886 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 118 83A-99
Paciente : 5803212 OCTAVIO MOREDA GARCIA
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 87 AÑOS - 7 MESES - 19 DÍAS
Cufe : db2744bbaf9cee456d848b257fe4ae3c649b951b3e36c00d44cb634568b65b6155278fba873184452ea85e279f71ce0c

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 ... GRUPO FIN... 06 AGO 2021 SUJETO 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
ENDOSADO 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 FE1207943

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: **15 Jul 2021 10:45 a.m.** **Fec Ingreso:** 23.Abr.2021 14:27 p.m.
Hoja de Trabajo : 123089 **Fec Egreso:** 08.Jul.2021 17:41 p.m.
Autorizacion : 622600 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3217388150-3228490333 **Carnet :**
Dirección: CALLE 77 A # 83 - 80
Paciente : 4427253 SAUL RUIZ SILVA
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 63 AÑOS - 4 MESES - 8 DÍAS
Cufe : d6ed7245f1ac4ca193f5727734a59c7225e3d69e5d9ac367025310a8c0f2cbb39631a4af1e30013d10de5f4b88690092

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 ... GRUPO FINANCIERO 06 AGO 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

IMPRESO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A] NIT :860090566]

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 FE1208134

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: **15 Jul 2021 14:40 p.m.**
Hoja de Trabajo : 155920
Autorizacion : 829818
Estrato : GENERAL
Teléfono : 3043343875
Dirección: CARRERA 78 6 61
Paciente : 24821800 NORHA CHICA CORREA
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 64 AÑOS - 0 MESES - 6 DÍAS

Fec Ingreso: 23.Jun.2021 15:49 p.m.
Fec Egreso: 13.Jul.2021 9:59 a.m.
Tipo : Otro
Sexo : Femenino
Carnet :

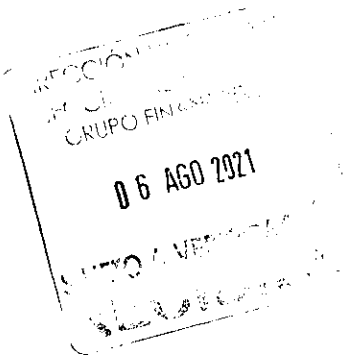
Cufe : d25768929a3c6f7a9edcfb954a1763aa02f34521a631fba78a9c361570c2304fddce499f4758a9c238142d9a9197c635

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**



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 FE1208140

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: **15 Jul 2021 14:46 p.m.** **Fec Ingreso:** 07.Jul.2021 15:48 p.m.
Hoja de Trabajo : 163969 **Fec Egreso:** 07.Jul.2021 17:14 p.m.
Autorizacion : 931845 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132574035-3144633945 **Carnet :**
Dirección: CALLE 129D 103-20
Paciente : 30966255 CLARA EULALIA VELASQUEZ SANTIAGO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 65 AÑOS - 3 MESES - 1 DÍAS
Cufe : 239b2b8cf4f6f260f61097d887d4e385dd5008eafc47620ed8f8915489947 8ca8e5f5d3a2a0fad83ecaee440e499d197

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**32.760**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : 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

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**

GRUPO FINANCIERO
06 AGO 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 FE1208155

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: **15 Jul 2021 14:59 p.m.** **Fec Ingreso:** 15.Jul.2021 14:50 p.m.
Hoja de Trabajo : 168975 **Fec Egreso:** 15.Jul.2021 14:50 p.m.
Autorizacion : 829823 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3043343875 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 78 6 61
Paciente : 24821800 NORHA CHICA CORREA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 64 AÑOS - 0 MESES - 28 DÍAS
Cufe : 5d17a8314fc5cfadcc8dd86dc9552b8304ebbc8ff6968d40746f29dc640102d6d144443f32d03112e535dbfd8783b3c8

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**

DIRECCION GRUPO FINANCIERO 06 AGO 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

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

FACTURADO 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 FE1211437

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 Jul 2021 12:45 p.m.** **Fec Ingreso:** 23.Jul.2021 12:41 p.m.
Hoja de Trabajo : 173609 **Fec Egreso:** 23.Jul.2021 13:13 p.m.
Autorizacion : 972550 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132938766 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 82A # 41F 70 SUR
Paciente : 51950851 GLORIA DORIS MOYA CARDONA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 52 AÑOS - 5 MESES - 15 DÍAS
Cufe : 2d3f9ccc073c99295e9ad2ce17cfe8b2a2896fac8dd254497cfc65f4400b18ecabd8b691034cdfdf0ff6aaf342944592

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

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

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

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

DIRECCIÓN ... GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 ... VISTO A VERIFICAR

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 FE1211785

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 Jul 2021 7:18 a.m.** **Fec Ingreso:** 16.Jul.2021 8:59 a.m.
Hoja de Trabajo : 169320 **Fec Egreso:** 16.Jul.2021 8:59 a.m.
Autorizacion : 1000560 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3176958903 **Carnet :**
Dirección: LETICIA AMAZONAS
Paciente : 40783707 ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 44 AÑOS - 0 MESES - 18 DÍAS
Cufe : 7c2ea0e8763b1b47799d60a0b96c9ddb87204193a267075c189f56d63130318c90e940e6fd8e5fa758b9e2e940d44334

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							**31.195**
2	22412009	LLAVE DE TRES VIAS- CUMS:NO APLICA		1	551		551
3	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
4	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
5	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		3	174		522
MEDICAMENTOS PBS							**318.064**
6	11105005	CICLOFOSFAMIDA 1 G POLVO ESTERIL PARA RECONSTRUIR VIAL- CUMS:21535-01		1	39.635		39.635
7	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
8	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		4	1.417		5.668
9	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		1	1.228		1.228
10	11110511	Doxorubicina clorhidrato 10 mg Polvo liofilizado Vial- CUMS:20091053-01		10	10.838		108.380
11	11110517	Fosaprepitant 150 mg polvo liofilizado Vial- CUMS:20016452-01		1	159.659		159.659
12	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	690.747
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	13.815
VALOR TOTAL A PAGAR	676.932

Total Items: 12

TOTAL: **SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

GRUPO FINANCIERO
06 AGO 2021

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

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003329717 DEL 14/01/2020 AL 14/01/2022. NUMERACION AUTORIZADA DEL FE1000001 AL FE2000000. ESTA FACTURA SE ASIMILA A LETRA DE CAMBIO
FACTURADO 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 FE1211786

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 Jul 2021 7:25 a.m.** **Fec Ingreso:** 15.Jul.2021 15:17 p.m.
Hoja de Trabajo : 168995 **Fec Egreso:** 15.Jul.2021 17:53 p.m.
Autorizacion : 787859 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3115030488 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 12 N 26 09 APARTAMENTO 402
Paciente : 40025669 MARIA ZOILA LUIS RABA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 54 AÑOS - 2 MESES - 28 DÍAS
Cufe : afd5a94d5d083ee0183ae36deae1f17a9013784 1da84f7df235d99bde11ba3d23790f9dff3ce6219ff9e10717407990f

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**32.760**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : 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

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**

GRUPO FINANCIERO
06 AGO 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 FE1211787

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 Jul 2021 7:32 a.m.** **Fec Ingreso:** 03.Jun.2021 14:14 p.m.
Hoja de Trabajo : 145099 **Fec Egreso:** 16.Jul.2021 13:22 p.m.
Autorizacion : 904705 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3115737879-3123590908 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 12K 27-62 SUR BARRIO GUSTAVO RESTREPO
Paciente : 2891900 OVIDIO CASAS PANCHE
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 83 AÑOS - 7 MESES - 21 DÍAS
Cufe : 5c1727c422322fe3ba4a95809ab484758cdba7f16bc058372cffe5acd3d380ad5a8e4a98313e458c0228bf118c21b0a3

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**

GRUPO FINANCIERO
06 AGO 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

ENDOSADO 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 FE1211898

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

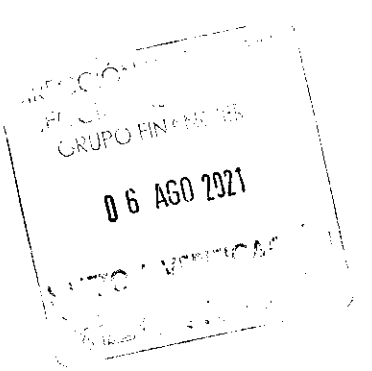
Fecha y Hora de Expedición: **24 Jul 2021 12:7 p.m.** **Fec Ingreso:** 19.Jul.2021 8:32 a.m.
Hoja de Trabajo : 170696 **Fec Egreso:** 19.Jul.2021 9:52 a.m.
Autorizacion : 1022222 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3138606343-3143061595 **Carnet :**
Dirección: CALLE 42G SUR 74-30 TORRE DE PIMIZA TORRE 1 APTO 711
Paciente : 1105686123 ELIANA CATHERINE CARVAJAL PEREZ
Tipo Doc : Cédula Ciudadanía **Edad :** 27 AÑOS - 2 MESES - 6 DÍAS
Cufe : de882b23949d01ac5fd421eb2237706b4e49de97057a114daf9113c180d3de4ea73250b84bb7dd57bca062af8affee98

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**32.760**
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : HDBALLESTEROS - HOLMAN DUVAN BALLESTEROS GOMEZ		1	8.190		8.190
2	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)Médico : 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

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

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

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



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

FÁCTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1212669

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: **26 Jul 2021 14:49 p.m.** **Fec Ingreso:** 21.Jul.2021 12:28 p.m.
Hoja de Trabajo : 172010 **Fec Egreso:** 21.Jul.2021 15:23 p.m.
Autorizacion : 768622 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3103493692 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 4210381 JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ GUIO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 69 AÑOS - 2 MESES - 4 DÍAS
Cufe : 0caefabf22b3600de8494b008526798ffef41ff0b02df8ba7b0ba4e1577e49e4e4d274f40d07b9599dac88e5bedbcdd7

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINALMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		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 GRUPO FINANCIERO
06 AGO 2021
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

[illegible] [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 FE1214886

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: **30 Jul 2021 10:27 a.m.**
Fec Ingreso: 09.Jun.2021 13:41 p.m.
Fec Egreso: 09.Jun.2021 16:6 p.m.
Hoja de Trabajo : 148067
Autorizacion : 788660 **Tipo :** Contributivo
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 - 11 DÍAS
Cufe : 0834ebd848b1746c74e0cd2c3bb5771286d8f97dec3710369c439cfea7112d52d9cde0b84e70cd1604f57313c4883aec

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**80.000**
1	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINALMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		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 ... GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 ... SELLO

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

FACTURADO 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 FE1216286

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 Ago 2021 16:16 p.m.** **Fec Ingreso:** 10.Jun.2021 0:57 a.m.
Hoja de Trabajo : 160955 **Fec Egreso:** 10.Jun.2021 0:57 a.m.
Autorizacion : 741931 **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 - 4 MESES - 11 DÍAS
Cufe : cf0e8266ab00d8ff8d0e73f262468cdbb29335493de920cb9a8b6edccc29b4d807521292ffbe5948d297d7f52f485db1

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							**74.674**
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)-		2	14.553		29.106
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	595.094
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	11.902
VALOR TOTAL A PAGAR	583.192

Total Items: 14

TOTAL: **QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

06 AGO 2021

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

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

Fecha Actual : jueves, 05 agosto 2021 **Usuario Factura :** ENVALDES Usuario Impresión : ACORTIZ

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 FE1216288

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 Ago 2021 16:19 p.m.**
Fec Ingreso: 06.Jul.2021 7:14 a.m.
Fec Egreso: 06.Jul.2021 7:14 a.m.
Hoja de Trabajo : 178031
Autorizacion : 905533 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3015497900 **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 23823405 LUZ AMANDA GUIZA ANGULO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 58 AÑOS - 2 MESES - 10 DÍAS
Cufe : db0c295414b9c4a10be929ff0ec43721a6668b4fbfde07c0342f19a71ae590fb176cb9af2910b4e63927d1d3b2580c6a

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
							80.000
CONSULTAS MEDICAS							
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**

GRUPO FINANCIERO
06 AGO 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

CENCIADO 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 FE1216292

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 Ago 2021 16:25 p.m.** **Fec Ingreso:** 12.Jul.2021 7:21 a.m.
Hoja de Trabajo : 178039 **Fec Egreso:** 12.Jul.2021 7:21 a.m.
Autorizacion : 904802 **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 - 2 MESES - 19 DÍAS
Cufe : 0f79dc07f2d8b812c98fd75ee98827829927c30f9ad9982ad98fedef60290fea30465909f3b4ce5c86f4059719d0ddd6

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 ... GRUPO FINANCIE... 06 AGO 2021 SUJETO A VERIFICA...

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
ENCIADO 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 FE1216540

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

Fecha y Hora de Expedición: **3 Ago 2021 9:14 a.m.** **Fec Ingreso:** 23.Jul.2021 7:37 a.m.
Hoja de Trabajo : 178056 **Fec Egreso:** 03.Ago.2021 8:12 a.m.
Autorizacion : 1022528 **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 - 2 MESES - 30 DÍAS
Cufe : ff4cde55ae392754850d6e6caaaf22ffbe981d44324fa7ed20f4867d08a160653f607f7b95e27abc015b29f1eee931eb

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							**34.362**
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)-		2	14.553		29.106
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		21			210

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	606.216
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	12.124
VALOR TOTAL A PAGAR	594.092

Total Items: **15**

TOTAL: **QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCION ... GRUPO FINANCIERO
06 AGO 2021
... A VERIFICAR

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 FE1216544

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

Fecha y Hora de Expedición: **3 Ago 2021 9:23 a.m.** **Fec Ingreso:** 12.Jul.2021 7:27 a.m.
Hoja de Trabajo : 178046 **Fec Egreso:** 12.Jul.2021 7:27 a.m.
Autorizacion : 919705 **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 - 25 DÍAS
Cufe : ed907dbd8357207fb635e5201cad28a131e3a5394c665be4b9c4bdedca13091475a0d04328324cf302d8c83aa07ab8ad

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							**81.568**
2	22512015	CATETER INTRAVENOSO No.22 G X 1- CUMS:DM-22512015		4	1.519		6.076
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)-		5	14.553		72.765
6	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		5	174		870
7	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		5	125		625
MEDICAMENTOS PBS							**132.650**
8	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		5	1.417		7.085
9	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		5	1.228		6.140
10	11110016	SODIO CLORURO 0.9 x 250 ML SOLUCION -IV- CUMS:19979158-03		10	1.339		13.390
11	11110503	Fluorouracilo 500 mg /10 mL Solucion inyectable Vial- CUMS:19905209-01		10	4.603		46.030
12	11110576	Folinato de Calcio polvo esteril para reconstituir vial 50 mg- CUMS:20139379-01		5	10.591		52.955
13	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		5	1.410		7.050

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 555.706
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 11.114
VALOR TOTAL A PAGAR 544.592
Total Items: 13
TOTAL: **QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 SUJETO A VERIFICACIÓN

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
BENEFICIADO 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 FE1216548

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

Fecha y Hora de Expedición: **3 Ago 2021 9:26 a.m.** **Fec Ingreso:** 23.Jul.2021 7:31 a.m.
Hoja de Trabajo : 178051 **Fec Egreso:** 23.Jul.2021 7:31 a.m.
Autorizacion : 6753924 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : **Carnet :**
Dirección: TUNJA
Paciente : 6753924 JOSE ANTONIO ZAMUDIO TORRES
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 69 AÑOS - 6 MESES - 4 DÍAS
Cufe : df73bc8bcc96e1c2ab42952b4cc20a6b8dca08cb71713bea0b6ccbc7c9198455aac63e56770562c22d19fd773c9bdd80

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							**522.128**
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	11110047	ZoLedronico Acido anhidro 4mg/5mL Solución Inyectable Vial-CUMS:19952873-01		1	518.066		518.066

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS 670.947
VALOR CUOTA DE RECUPERACION
VALOR ANTICIPO
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO
VALOR DESCUENTO
RETENCION EN LA FUENTE 2% 13.419
VALOR TOTAL A PAGAR 657.528
Total Items: 9
TOTAL: **SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCION GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 LISTO A VERIFICAR

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
FACTURADO 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 FE1216553

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

Fecha y Hora de Expedición: **3 Ago 2021 9:32 a.m.** **Fec Ingreso:** 01.Jul.2021 7:26 a.m.
Hoja de Trabajo : 178044 **Fec Egreso:** 01.Jul.2021 7:26 a.m.
Autorizacion : 904751 **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 - 2 MESES - 8 DÍAS
Cufe : 6e4d08fec78584311098c030da0c7234414b1ca218a32b178551e594bdbbb7db3a0276321c77c69b5d729176fbcc2460

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

Total Items: **15**

TOTAL: **QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

GRUPO FINANCIERO
06 AGO 2021
VERIFICAR

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 FE1216558

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

Fecha y Hora de Expedición: **3 Ago 2021 9:36 a.m.** **Fec Ingreso:** 15.Jul.2021 7:52 a.m.
Hoja de Trabajo : 178078 **Fec Egreso:** 15.Jul.2021 7:52 a.m.
Autorizacion : 919811 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3144255796-3204144426 **Carnet :**
Dirección: CALLE 11A 4A-48
Paciente : 40024007 GLORIA MARINA BARON MOLANO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 60 AÑOS - 0 MESES - 9 DÍAS
Cufe : 2cf1157a838174623bd6a160abe01e50a9ffe3bf32e0ae547ed4725b46f5d85268e2383e1404f63296b9f28e84a0d9f9

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.**

[illegible] 06 AGO 2021

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

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

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

860090566

RADICADO **83143** **TERCERO:** 900336524 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Rad Entidad

ECUTIVO DE CUENTA:

CHA DE RADICADO: 06/08/2021 **ESTADO:** Confirmado **TELEFONO:** 342201365

RECCION: CARRERA 68 B BIS # 44-58

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

Nº	FACTURA	DOCUMENTO	PACIENTE	FEC_FAC	VAL FACTURA	VALRADICADO
1	FE0001214136	33677592	SANDRA PATRICIA GORDILLO CUBIDES	28/07/2021	$ 10,349,681.00	$ 10,349,681.00

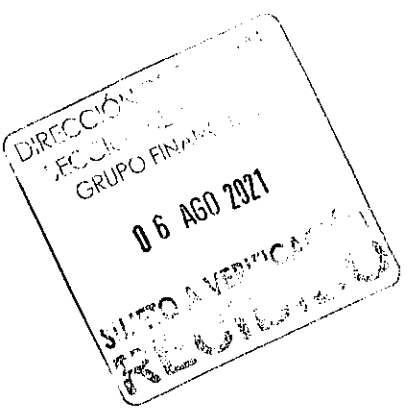
TOTAL RADICADO: **$ 10,349,681.00**

SON DIEZ MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Usuario: ACORTIZ

ombre reporte : CRRPRadicacion

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



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

FORMATO RESPUESTA OBJECIONES/GLOSAS A CUENTAS MEDICAS

AM-FT-##

Version ##

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 NOV DE 2016)
Nit : 860090566-1
PBX: 4254620
Av de las Americas No 71C-29

Señores:
AUDITORIA MÉDICA
SEGUROS DEL ESTADO
FECHA: 04/06/2019
Con la Presente me permito dar respuesta a las objeciones reportadas por su entidad de las siguientes facturas:

ASEGURADOR	NO. FACTURA	MES EGRESO	AÑO EGRESO	VALOR TOTAL FACTURA	VALOR OBJETADO	VALOR ACEPTADO	VALOR SOPORTADO	CODIGO GLOSA	MOTIVO GLOSA	SERVICIO RESPONSABLE	CODIGO RPTA GLOSA	RESPUESTA	AUDITOR RESPONSABLE
SEGUROS DEL ESTADO	FE0000062871	3	2019	$ 1,030,945	$ 92,041	$ 0	$ 92,041	623	Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificacion médica para el cobro.		999	NO SE ACEPTA GLOSA. PACIENTE CON TCE SEVERO CON APARENTE RESANGRADO DE HEMATOMA SUBDURAL ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCICENCIA SE JUSTIFICA TOMA DE TIEMPOS DE COAGULACIÓN PARA DESCARTAR COAGULOPATÍA COMO CAUSA DE RESANGRADO; FUNCIÓN RENAL SE JUSTIFICA YA QUE PACIENTE PRESENTA CIFRAS TENSIONALES EN ESTADÍO II DEBE DESCARTARSE ALTERACIÓN RENAL SECUNDARIA.-	HELBER JOHAN GARCIA TORO - MEDICO
				$ 1,030,945	$ 92,041	$ 0	$ 92,041						
						AUDITOR IPS			HELBER JOHAN GARCIA TORO - MEDICO				

Atentamente:

HELBER JOHAN GARCIA TORO - MEDICO
Auditoria Médica
CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.
Tel: 4254620 ext 494

CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A.
CARTERA
RECIBIDO POR:
ESTE SELLO NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL DOCUMENTO - SUJETO A REVISIÓN

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1214136

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 Jul 2021 18:10 p.m.** **Fec Ingreso:** 14.Jul.2021 1:19 a.m.
Hoja de Trabajo : 167713 **Fec Egreso:** 14.Jul.2021 12:58 p.m.
Autorizacion : ONOCC09072021-158 **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 - 7 MESES - 1 DÍAS
Cufe : 4cc0c28c324bef6f6e92373c09d61ad295706f58fe6440d7e5626e2d4d971e21b2443467a191ab500b6b6775d32c3bd5

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PTQX PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS							**10.256.296**
1	864303	CIRUGIA MICROGRAFICA [DE MOHS] POR CORTE - estadio 3		1	9.100.000		9.100.000
	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS		1	362.950		362.950
	S23304	DE 111 HASTA 130 UVR	14-07-21	1	105.622		105.622
	S41101	ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRICAS	14-07-21	1	126.216		126.216
	S41201	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA	14-07-21	1	95.400		95.400
	S41301	MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO	14-07-21	1	35.712		35.712
	S55111	DE 111 HASTA 130 UVR	14-07-21	0			
3	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		1	793.346		793.346
	S23305	DE 131 HASTA 150 UVR	14-07-21	1	257.246		257.246
	S41101	ESPECIALISTAS DE CLINICAS QUIRURGICAS O GINECOOBSTETRICAS	14-07-21	1	262.950		262.950
	S41201	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA	14-07-21	1	198.750		198.750
	S41301	MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO	14-07-21	1	74.400		74.400
	S55112	DE 131 HASTA 150 UVR	14-07-21	0			
MATERIAL ESPECIAL E INSUMOS							**78.867**
4	23812035	PROLENE 6/0 C/A CRTTREF P8697T.- CUMS:23812035		2	12.169		24.338
5	23812058	VICRYL 5/0 RB-1 REF XYVCP303H- CUMS:23812058		1	10.606		10.606
6	22412006	EXTENSION ANESTESIA ADULTO- CUMS:20099679		1	707		707
7	22412007	EXTENSION ANESTESIA PED.- CUMS:22412007		2	712		1.424
8	22512013	CATETER INTRAVENOSO No.18 G X 1 1/4- CUMS:DM-22512013		1	1.016		1.016
9	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		2	14.553		29.106
	22912029	TUBO ENDOTRAQUEAL No.7.5 CON BALON- CUMS:22912029		1	3.126		3.126
11	23112008	CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO- CUMS:NO APLICA		1	846		846
12	23212007	BACTIGRAS 15 CM x 20 CM- CUMS:DM-23212007		1	4.800		4.800
13	23312012	ELECTRODOS ADULTO REF 706-2228- CUMS:DM-23312012		4	189		756
14	23312029	HOJA BISTURI ESTERIL # 15- CUMS:NO APLICA		2	251		502
15	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		5	174		870
16	23512004	JERINGA 20 C.C.- CUMS:DM-23512004		1	270		270
17	23512006	JERINGA 5 C.C.- CUMS:DM-23512006		4	125		500
MEDICAMENTOS PBS							**14.518**
18	11102008	Diclofenaco sodico 75 mg / 3 mL Solucion Inyectable ampolla- CUMS:19934768-18		1	298		298
19	11103017	CefaLotina 1 g Polvo para Inyeccion ampolla- CUMS:19968153-04		2	2.344		4.688
20	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		1	337		337
21	11110010	Lactato Ringer x 1000 mL Solucion Inyectable- CUMS:32606-03		2	2.703		5.406
22	11110015	SODIO CLORURO 0.9 x 1000 ML SOLUCION -IV- CUMS:29523-06		1	2.818		2.818
23	11114025	metocLOPRAmida 10 mg / 2 mL Solucion Inyectable Ampolla- CUMS:20026115-05		1	285		285
24	11121070	Tramadol clorhidrato 50 mg / mL Solucion inyectable ampolla-		2	343		686

DIRECCIÓN ... GRUPO FINANCIERO 06 AGO 2021 SUJETO A VERIFICACIÓN

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1214136

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 Jul 2021 18:10 p.m.** **Fec Ingreso:** 14.Jul.2021 1:19 a.m.
Hoja de Trabajo : 167713 **Fec Egreso:** 14.Jul.2021 12:58 p.m.
Autorizacion : ONOCC09072021-158 **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 - 7 MESES - 1 DÍAS
Cufe : 4cc0c28c324bcf6f6e92373c09d61ad295706f58fc6440d7e5626c2d4d971e21b2443467a191ab500b6b6775d32c3bd5

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
		COMS:19924285-30					

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	10.349.681
ALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	206.994
VALOR TOTAL A PAGAR	10.142.687

Total Items: 24
TOTAL: **DIEZ MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

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

DIRECCIÓN
GRUPO FINAN
06 AGO 2021

Nombre: Nelson Enrique Gonzalez R.
Cedula : 7'121491
Parentesco: Esposo.

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. 8 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SALUD Nª 1
GS-2021-0 0 7 8 1 6**REGI1**

01 de Agosto 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	**01/07/2021**	**Hasta**	**30/07/2021**

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 01/07 /2021.

8. Informe de supervisión del mes Julio comprendido entre el 01 al 30 de Julio presentado mediante comunicación oficial No GS-2021- 007816.- REGI1 del / / .

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	(SI)	NO APLICA

circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.		
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	(SI)	NO APLICA

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.		
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	(SI)	NO APLICA

acompañan la orden de servicio externo expedida por el profesional tratante.		
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	(SI)	NO APLICA

básicas especialmente adaptadas para tal fin		
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 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
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,	(SI)	NO APLICA

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.		
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 dias 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	(SI)	NO APLICA

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.		
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	(SI)	NO APLICA

las futuras prescripciones a realizar a los 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	(SI)	NO APLICA

SALUD DEL SEGURO SOCIAL "EPS-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-oncología 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 Radioncología 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.	(SI)	NO APLICA

	para la realización de los procedimientos, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y patologia requeridas para cumplir con el objeto del contrato.		NO APLICA
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 dias calendario.	(SI)	NO APLICA
18	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad para cirugia 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	(SI)	NO APLICA

	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 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 dias de la semana, asi como en las instalaciones de la Clinica de la Policia 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 Policia 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 tecnologias autorizadas.	(SI)	NO APLICA

30	El oferente 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.		
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	(SI)	NO APLICA

	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		
39	El oferente se compromete a permitir a los Auditores Medicos, 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 demas 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 envio de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapeuticas, 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 cientifica.	(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 clinica 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 guias de Manejo de las siguientes Patologias asi: Cáncer de Seno. Cancer de Cérvix, Cancer 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 Policia Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité Técnico Cientifico 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 auditorias 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 auditoria 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 auditoria 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 Articulo 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	$412.120.054,00	27%
Valor total facturado	$283.641.022,00	19%
Valor facturado pendiente de pago	$128.479.032,00	%
Valor pagado	$283.641.022,00	19%
Valor pendiente de entrega	$1.097.879.946,00	73%

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**
008 del 10 de agosto de 2021	$128.479.032	01/07/2021 al 30/07/2021	$128.479.032	1	Pendiente	pendiente	pendiente

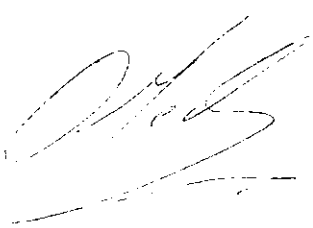
5. RECOMENDACIONES

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