Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 06 Septiembre 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 consultoria Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	Nº 81-7-20164-20
Constancia de recibido No.	**9**
Contratista:	CLINICA OCCIDENTE
NIT del contratista:	860090566-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA PARA LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL, QUE PERTENECEN A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Valor Inicial $1.510.000.000,00
Plazo de ejecución:	30 DE DICIEMBRE DE 2020 HASTA 30 DE OCTUBRE DE 2021
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Cra 68 B bis No 44-58 Edificio BG EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre A, ubicado en la ciudad de Bogotá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	DOCTOR OSCAR ARBEY MEDINA LEAL Coordinador Médico Grupo Regional Red Integral De Servicios De Salud

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fecha de entrega certificada:	Del: 23/07/2021 Al: 26/08/2021
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
RASE S 1	16	PRESTACION DE SERVCOS MEDICOS	$ 70.454.607,00	$ 70.454.607,00	0	

N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICCION DEL USUARIO	VALOR DE LA FACTURA
FE0001211536	23/07/2021 12:00:00 a.m.	23/07/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	40783707	$ 17.264
FE0001214847	30/07/2021 12:00:00 a.m.	30/07/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	40783707	$ 7.562
FE0001215389	31/07/2021 12:00:00 a.m.	28/07/2021 12:00:00 a.m.	CASTRO ARIAS LEIDY MARCELA	65557277	$ 32.760
FE0001215420	31/07/2021 12:00:00 a.m.	28/07/2021 12:00:00 a.m.	FORERO RODRIGUEZ MARTHA LUCIA	35495439	$ 32.760
FE0001217616	05/08/2021 12:00:00 a.m.	27/07/2021 12:00:00 a.m.	GARCIA NIÑO RAMIRO	4873237	$ 32.760
FE0001218109	06/08/2021 12:00:00 a.m.	06/08/2021 12:00:00 a.m.	TEQUIA WILCHES CARLOS	1060717	$ 17.264
FE0001218237	06/08/2021 12:00:00 a.m.	06/08/2021 12:00:00 a.m.	BUITRAGO HOYOS DARLINE DEL CARMEN	32718523	$ 17.264
FE0001218305	06/08/2021 12:00:00 a.m.	06/08/2021 12:00:00 a.m.	TEQUIA WILCHES CARLOS	1060717	$ 17.264
FE0001218328	06/08/2021 12:00:00 a.m.	06/08/2021 12:00:00 a.m.	TEQUIA WILCHES CARLOS	1060717	$ 17.264
FE0001218345	06/08/2021 12:00:00 a.m.	06/08/2021 12:00:00 a.m.	VALCARCEL VALCARCEL ELDA INES	24081197	$ 17.264
FE0001219827	10/08/2021 12:00:00 a.m.	21/05/2021 12:00:00 a.m.	SUAREZ ARANGO JOSE ALFONSO	17313772	$ 5.505.038
FE0001219842	10/08/2021 12:00:00 a.m.	07/07/2021 12:00:00 a.m.	VALCARCEL VALCARCEL ELDA INES	24081197	$ 17.264
FE0001219849	10/08/2021 12:00:00 a.m.	14/07/2021 12:00:00 a.m.	RUIZ EUGENIO	17071589	$ 5.505.038
FE0001219855	10/08/2021 12:00:00 a.m.	09/07/2021 12:00:00 a.m.	MONGUI MONGUI JOSE DOMINGO	19075711	$ 5.505.038
FE0001219919	10/08/2021 12:00:00 a.m.	01/07/2021 12:00:00 a.m.	FIGUEROA POVEDA HECTOR ELI	19451320	$ 5.505.038
FE0001224475	20/08/2021 12:00:00 a.m.	01/07/2021 12:00:00 a.m.	URBINA URBINA JOSE ANTONIO	17084979	$ 5.505.038
FE0001224481	20/08/2021 12:00:00 a.m.	07/07/2021 12:00:00 a.m.	CORTES DE BERNAL MARIA ALICIA	20135526	$ 5.505.038

FE0001224489	20/08/2021 12:00:00 a.m.	08/07/2021 12:00:00 a.m.	MEDINA VILLAREAL URBANO	19068436	$	5.505.038
FE0001224521	20/08/2021 12:00:00 a.m.	03/06/2021 12:00:00 a.m.	ORTIZ GONZALEZ CLARA INES	38257136	$	5.505.038
FE0001224564	20/08/2021 12:00:00 a.m.	26/07/2021 12:00:00 a.m.	CASAS PANCHE OVIDIO	2891900	$	5.505.038
FE0001224644	20/08/2021 12:00:00 a.m.	12/08/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	40783707	$	15.127.513
FE0001226387	24/08/2021 12:00:00 a.m.	24/08/2021 12:00:00 a.m.	MOLINA GONZALEZ ALBA MILENA	40783707	$	17.264
FE0001227350	26/08/2021 12:00:00 a.m.	17/06/2021 12:00:00 a.m.	GARCIA NIÑO RAMIRO	4873237	$	5.505.038
FE0001227620	26/08/2021 12:00:00 a.m.	19/08/2021 12:00:00 a.m.	CORREAL SIERRA GUILLERMO ALFONSO	19275443	$	32.760
VALOR TOTAL					**$**	**70.454.607,00**

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

FIRMA DE SUPERVISOR

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fecha Actual : viernes, 03 septiembre 2021

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

860090566

RADICADO **83221** **TERCERO:** 900336524 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

EJECUTIVO DE CUENTA: ACORTIZ - CAMILO ANDRES ORTIZ MARIN -AUXILIAR DE CARTERA **Rad Entidad** 83221

FECHA DE RADICADO: 03/09/2021 **ESTADO:** Radicado_Entidad **TELEFONO:** 342201365

DIRECCION: CARRERA 68 B BIS # 44-58

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

Nº	FACTURA	DOCUMENTO	PACIENTE	FEC_FAC	VAL FACTURA	VALRADICADO
1	FE0001211536	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	23/07/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
2	FE0001214847	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	30/07/2021	$ 7,562.00	$ 7,562.00
3	FE0001215389	65557277	LEIDY MARCELA CASTRO ARIAS	31/07/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
4	FE0001215420	35495439	MARTHA LUCIA FORERO RODRIGUEZ	31/07/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
5	FE0001217616	4873237	RAMIRO GARCIA NIÑO	05/08/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00
6	FE0001218109	1060717	CARLOS TEQUIA WILCHES	06/08/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
7	FE0001218237	32718523	DARLINE DEL CARMEN BUITRAGO HOYOS	06/08/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
8	FE0001218305	1060717	CARLOS TEQUIA WILCHES	06/08/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
9	FE0001218328	1060717	CARLOS TEQUIA WILCHES	06/08/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
10	FE0001218345	24081197	ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL	06/08/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
11	FE0001219827	17313772	JOSE ALFONSO SUAREZ ARANGO	10/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
12	FE0001219842	24081197	ELDA INES VALCARCEL VALCARCEL	10/08/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
13	FE0001219849	17071589	EUGENIO RUIZ	10/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
14	FE0001219855	19075711	JOSE DOMINGO MONGUI MONGUI	10/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
15	FE0001219919	19451320	HECTOR ELI FIGUEROA POVEDA	10/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
16	FE0001224475	17084979	JOSE ANTONIO URBINA URBINA	20/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
17	FE0001224481	20135526	MARIA ALICIA CORTES DE BERNAL	20/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
18	FE0001224489	19068436	URBANO MEDINA VILLAREAL	20/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
19	FE0001224521	38257136	CLARA INES ORTIZ GONZALEZ	20/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
20	FE0001224564	2891900	OVIDIO CASAS PANCHE	20/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
21	FE0001224644	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	20/08/2021	$ 15,127,513.00	$ 15,127,513.00
22	FE0001226387	40783707	ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ	24/08/2021	$ 17,264.00	$ 17,264.00
23	FE0001227350	4873237	RAMIRO GARCIA NIÑO	26/08/2021	$ 5,505,038.00	$ 5,505,038.00
24	FE0001227620	19275443	GUILLERMO ALFONSO CORREAL SIERRA	26/08/2021	$ 32,760.00	$ 32,760.00

TOTAL RADICADO: **$ 70,454,607.00**

SON SETENTA MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Nombre reporte : CRRPRadicacion Usuario: ACORTIZ

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1211536

83221

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 14:31 p.m.** **Fec Ingreso:** 23.Jul.2021 14:30 p.m.
Hoja de Trabajo : 173745 **Fec Egreso:** 23.Jul.2021 15:50 p.m.
Autorizacion : 1010386 **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 - 25 DÍAS
Cufe : 6e72cb81f89c16a35e17350e2989eb36f9f0693621b18aab3952f819d2d186ea132e217e83fdda8e886b02fe0db62e0d

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : JARUBIANO - JUAN ANDRES RUBIANO NIÑO		1	17.264		17.264

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

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

camilo

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1214847

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: **30 Jul 2021 9:6 a.m.** **Fec Ingreso:** 30.Jul.2021 9:4 a.m.
Hoja de Trabajo : 178156 **Fec Egreso:** 30.Jul.2021 10:7 a.m.
Autorizacion : 1010413 **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 - 1 MESES - 2 DÍAS
Cufe : b0c4477549f4145f78102194aa377eec9276eda2758739e162739716edc0eaa7c79bb30d665afc1e935af5486a7ea7e7

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PD OTROS SERVICIOS							**7.562**
1	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICAMédico : MIAGUDELO - MARIA ISABEL AGUDELO SUAREZ		1	7.562		7.562

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

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1215389

85224

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

Fecha y Hora de Expedición: **31 Jul 2021 10:41 a.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jul.2021 10:54 a.m.
Hoja de Trabajo : 176704 **Fec Egreso:** 28.Jul.2021 11:28 a.m.
Autorizacion : 882429 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3138715063-3124188474 **Carnet :**
Dirección: VALLE DE LOS LANCEROS RIO BONITO CASA E9 MELGAR TOLIMA
Paciente : 65557277 LEIDY MARCELA CASTRO ARIAS
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 37 AÑOS - 2 MESES - 29 DÍAS
Cufe : 28b386d4cba0fd517da5d719108927fd34cac48f8fda95422fa703556bb60397205798b3977f18a12e7e2d3a895e1936

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET 5/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 FE1215420

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

Fecha y Hora de Expedición: **31 Jul 2021 11:27 a.m.** **Fec Ingreso:** 28.Jul.2021 7:8 a.m.
Hoja de Trabajo : 176428 **Fec Egreso:** 28.Jul.2021 8:56 a.m.
Autorizacion : 1022074 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3132905697 **Carnet :**
Dirección: CALLE 138 BIS 127C-59
Paciente : 35495439 MARTHA LUCIA FORERO RODRIGUEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 62 AÑOS - 3 MESES - 24 DÍAS
Cufe : 85146d3849531af774b93c1945ef6105e1546b00983af25b589f1765557a5b91b215d0160b42a9b24acb971cd3af8efe

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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1217616

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: **5 Ago 2021 10:30 a.m.** **Fec Ingreso:** 27.Jul.2021 14:4 p.m.
Hoja de Trabajo : 176078 **Fec Egreso:** 27.Jul.2021 14:4 p.m.
Autorizacion : 1069462 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3103348165 **Carnet :**
Dirección: CALLE 76A # 86 - 16
Paciente : 4873237 RAMIRO GARCIA NIÑO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 81 AÑOS - 8 MESES - 11 DIAS
Cufe : f86d9684c0772646 3e55t72c77e2a35cbbd4945da6434129504ecaff528fff190de602105485d6153f6eccefc21dcbb9

Im	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**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1218109

camilo

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 Ago 2021 9:56 a.m.** **Fec Ingreso:** 06.Ago.2021 9:55 a.m.
Hoja de Trabajo : 182858 **Fec Egreso:** 06.Ago.2021 9:55 a.m.
Autorizacion : 1103432 **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 - 2 MESES - 4 DÍAS
Cufe : 76fc1ce92fb76a1b7044921b415e6976670a5622f676ac01c700631e99b8c57a6010c381c00123cccaa034875c31ebc2

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
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**

Carlos Tequia Wilches
C.C 1.060.717.

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1218237

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 Ago 2021 12:27 p.m.** **Fec Ingreso:** 06.Ago.2021 12:27 p.m.
Hoja de Trabajo : 183054 **Fec Egreso:** 06.Ago.2021 12:27 p.m.
Autorizacion : 1033813 **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 - 4 MESES - 14 DÍAS
Cufe : 2f878bd0a36de333fd0bb9f2659624e49404381e84cbcb2237312211c93590a32f95b432b8ce691c9a5801f71e48f2db

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**

Buitrago M
CC # 32.718 523 de B/quilla

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1218305

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 Ago 2021 14:14 p.m.** **Fec Ingreso:** 06.Ago.2021 14:14 p.m.
Hoja de Trabajo : 183153 **Fec Egreso:** 06.Ago.2021 14:14 p.m.
Autorizacion : 1103435 **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 - 2 MESES - 4 DÍAS
Cufe : e5c9a1543d8b7ca08a8d72506c0c02279763d1b65c077ea0ec7e114dcaf1f77d326915c561d4206ab73bf622d0b29cc6

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINALMédico : JAGAITAN - JUAN ANTONIO GAITAN ALVAREZ		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**

Carlos Tequia
C.C. # 1.060.717.

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1218328

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 Ago 2021 15:1 p.m.** **Fec Ingreso:** 06.Ago.2021 15:0 p.m.
Hoja de Trabajo : 183198 **Fec Egreso:** 06.Ago.2021 15:0 p.m.
Autorizacion : 1103430 **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 - 2 MESES - 4 DÍAS
Cufe : b39381c20c221beadb06460839fc883beb8d719ebdde3b86d864465db3cf47a17ee8e24979ee50ff5ff8347fd055897d

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : JARUBIANO - JUAN ANDRES RUBIANO NIÑO		1	17.264		17.264

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

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Carlos Tequia wilches.
CC± 1060717.

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 FE1218345

Camilo

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 Ago 2021 15:22 p.m.** **Fec Ingreso:** 06.Ago.2021 15:22 p.m.
Hoja de Trabajo : 183221 **Fec Egreso:** 06.Ago.2021 15:22 p.m.
Autorizacion : 906091 **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 - 11 MESES - 8 DIAS
Cufe : 57d37a97fb0f646f7ea6c37317b32e5f4b0d18536942f2de28894148cb89cd9b2c7d1e4b9f6f12c6083df8081e8c2d0c

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIAMédico : JARUBIANO - JUAN ANDRES RUBIANO NIÑO		1	17.264		17.264

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

Fecha Actual : martes, 10 agosto 2021 **Usuario Factura :** EROJAS Usuario Imprime. :EROJAS

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 FE1219827

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

Fecha y Hora de Expedición: **10 Ago 2021 11:7 a.m.** **Fec Ingreso:** 21.May.2021 10:53 a.m.
Hoja de Trabajo : 137366 **Fec Egreso:** 21.May.2021 11:51 a.m.
Autorizacion : 790021 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3005500161-3134197341 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 101A 152A-49
Paciente : 17313772 JOSE ALFONSO SUAREZ ARANGO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 67 AÑOS - 0 MESES - 12 DÍAS
Cufe : a04b98badc56cdf33c9876133b20a3a2077edf1590139dfe60b1c603dbee1b7d199bf1cce508f8d5c4115820b19a4de9

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1219842

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

Fecha y Hora de Expedición: **10 Ago 2021 11:21 a.m.** **Fec Ingreso:** 07.Jul.2021 14:15 p.m.
Hoja de Trabajo : 163868 **Fec Egreso:** 07.Jul.2021 15:27 p.m.
Autorizacion : 906142 **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 - 8 DÍAS
Cufe : 71169c06cdac2d35dbbdbfb36b9d1b8a3fefc80a5159720e0fe25c4910e984d34abe859c9d2353302ea2f2e3f169a16d

Item	CÓDIGO	NOMBRE	FEC	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS MEDICAS							**17.264**
1	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIAMédico : MCMALDONADO - MARIA CRISTINA MALDONADO SEPULVEDA		1	17.264		17.264

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1219849

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

Fecha y Hora de Expedición: **10 Ago 2021 11:27 a.m.** **Fec Ingreso:** 14.Jul.2021 10:2 a.m.
Hoja de Trabajo : 167940 **Fec Egreso:** 14.Jul.2021 11:23 a.m.
Autorizacion : 1022036 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3114499259-3144690311 **Carnet :**
Dirección: diagonal 56 sur 43 53
Paciente : 17071589 EUGENIO RUIZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 79 AÑOS - 4 MESES - 21 DÍAS
Cufe : 643912c9b3cdd7ab7e10e91cdf7217e2f6b4fb0f851e82e655027d9368cdbf8919edb55b76f5842e5cf1351c0f12757d

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

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

Total Items: **1**

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8510 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 FE1219855

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

Fecha y Hora de Expedición: **10 Ago 2021 11:33 a.m.** **Fec Ingreso:** 09.Jul.2021 9:37 a.m.
Hoja de Trabajo : 165013 **Fec Egreso:** 09.Jul.2021 10:23 a.m.
Autorizacion : 975385 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3112572596 **Carnet :**
Dirección: CARRERA 67 167-79 CASA 125
Paciente : 19075711 JOSE DOMINGO MONGUI MONGUI
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 73 AÑOS - 11 MESES - 5 DÍAS
Cufe : 61db502ae9a974800c1ce6f762f3909c9eed9b85594087514348 0e5a3f2864b24250affb0339b10b7cb176ef76fa2efe

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
08 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1219919

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

Fecha y Hora de Expedición: **10 Ago 2021 12:49 p.m.** **Fec Ingreso:** 01.Jul.2021 9:3 a.m.
Hoja de Trabajo : 160584 **Fec Egreso:** 22.Jul.2021 16:12 p.m.
Autorizacion : 921220 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - 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 - 11 MESES - 6 DÍAS
Cufe : 37f75ba4f56b4f8971dcf96e52b2be100c5949cc445b17ff7873197f5754e2bbef3c3621f209a7532149868d9564c02e

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1224475

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

Fecha y Hora de Expedición: **20 Ago 2021 10:58 a.m.** **Fec Ingreso:** 01.Jul.2021 14:57 p.m.
Hoja de Trabajo : 160956 **Fec Egreso:** 01.Jul.2021 16:15 p.m.
Autorizacion : 949220 **Tipo :** Particular
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3214921019-3143942935 **Carnet :**
Dirección: CALLE 34 1-48 BARRIO SAN MATEO SOACHA
Paciente : 17084979 JOSE ANTONIO URBINA URBINA
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 78 AÑOS - 3 MESES - 13 DÍAS
Cufe : 9baf28d889330624b6ef1082b8b62483baaa58d04cc5e61323073a692949ea4e6e312f52cef1ce5c778036658417d716

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Código IPS : 110010966601 **Nit : 860090566**

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1224481

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

Fecha y Hora de Expedición: **20 Ago 2021 11:6 a.m.** **Fec Ingreso:** 07.Jul.2021 9:12 a.m.
Hoja de Trabajo : 163531 **Fec Egreso:** 07.Jul.2021 9:18 a.m.
Autorizacion : 975252 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3057056348-3196929541 **Carnet :**
Dirección: CALE 174 # 45 78
Paciente : 20135526 MARIA ALICIA CORTES DE BERNAL
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 85 AÑOS - 5 MESES - 7 DÍAS
Cufe : 18a9464c5dbb0f64cccf76684932270348l637e4ab98cdb9c3f1f1192215a81faa7ad5f92958b3c3fe610c8dabf4c4f1

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1224489

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

Fecha y Hora de Expedición: **20 Ago 2021 11:18 a.m.** **Fec Ingreso:** 08.Jul.2021 15:25 p.m.
Hoja de Trabajo : 164612 **Fec Egreso:** 08.Jul.2021 17:4 p.m.
Autorizacion : 975367 **Tipo :** Contributivo
Estrato : NIVEL I - MENOR A 2 SMLMV **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3142545619-3107729421 **Carnet :**
Dirección: CALLE 51 SUR 79-10 I8NTERIOR 5 APTO 303 BLOQUE M1
Paciente : 19068436 URBANO MEDINA VILLAREAL
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 72 AÑOS - 9 MESES - 29 DÍAS
Cufe : 7c3c8cb9c757d305320848f53ea6c1d553272119d4bb3db812cc1b3fc9a4da675340a34b6ddb62b56fb6cc19c64bcc3c

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

INICA 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 FE1224521

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

Fecha y Hora de Expedición: **20 Ago 2021 11:46 a.m.** **Fec Ingreso:** 03.Jun.2021 14:51 p.m.
Hoja de Trabajo : 145150 **Fec Egreso:** 03.Jun.2021 15:53 p.m.
Autorizacion : 804183 **Tipo :** Contributivo
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3144440732-3206944356 **Carnet :**
Dirección: carrea 69 c 26 48
Paciente : 38257136 CLARA INES ORTIZ GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadanía **Edad :** 59 AÑOS - 5 MESES - 29 DÍAS
Cufe : 482f36d3e3419f1bb62fac723ff99131a4eb827f994873ac6748df399f9611200b08377e577eee3e9af99ff5aaa2c093

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. NO SOMOS AUTORETENEDORES (RES.008652 09 DE NOVIEMBRE 2016) - IVA (NO RESPONSABLES-SERV.EXCEPTUADOS)
ICA ECONOMICA 304 COD CIIU 8610 PORC. 9.66 X MIL. FACTURA ELECTRONICA SOFTWARE DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET S/RES
DIAN N. 18763003339717 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 FE1224564

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

Fecha y Hora de Expedición: **20 Ago 2021 12:47 p.m.** **Fec Ingreso:** 26.Jul.2021 8:9 a.m.
Hoja de Trabajo : 174781 **Fec Egreso:** 06.Ago.2021 17:10 p.m.
Autorizacion : 1044189 **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 - 9 MESES - 13 DIAS
Cufe : c9c1ab90166807e19abb23537fa34a61b8e34f26875a2a4b9a2ce1e0f00da69e582327083e9000351d2af7f35191e858

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fecha Actual : viernes, 20 agosto 2021 **Usuario Factura :** EROJAS Usuario Imprime. :EROJAS

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 FE1224644

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

Fecha y Hora de Expedición: **20 Ago 2021 14:56 p.m.** **Fec Ingreso:** 12.Ago.2021 8:3 a.m.
Hoja de Trabajo : 186417 **Fec Egreso:** 12.Ago.2021 8:3 a.m.
Autorizacion : 1061263 **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 - 1 MESES - 15 DÍAS
Cufe : 21c864be6b8fcde7e9758537147199c7800586ccd13418accdef329c87a9e16e3a6b2e61711f0e1effcf9addd70f50cd

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							**15.743**
2	22512016	CATETER INTRAVENOSO No.24 G X 3/4- CUMS:22512016		1	1.016		1.016
3	22712017	Set de Infusion Estandar Ref: VLST01 (Fresenius)-		1	14.553		14.553
4	23512003	JERINGA 10 C.C.- CUMS:DM-23512003		1	174		174
MEDICAMENTOS PBS							**14.770.282**
5	11108003	dexAMETAsona 8 mg / mL Suspension Inyectable ampolla- CUMS:20019105-06		2	337		674
6	11110013	Sodio Cloruro 0.9% Solucion Inyectable x 500 mL- CUMS:29523-05		4	1.417		5.668
7	11110014	SODIO CLORURO 0.9 x 100 ML SOLUCION - IV- CUMS:19979158-02		1	1.228		1.228
8	11110510	Docetaxel 80mg/2mL solucion inyectable Vial- CUMS:20007286 -01		2	624.519		1.249.038
9	11110521	Trastuzumab 440 mg polvo liofilizado para infusion Vial- CUMS:19903070-01		2	5.372.694		10.745.388
10	11110534	Pegfilgrastim 6 mg Solucion inyectable Jeringa prellenada- CUMS:20066850-01		1	2.765.466		2.765.466
11	11114031	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA- CUMS:20125314-01		2	1.410		2.820

VALOR TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	15.127.513
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	
VALOR ANTICIPO	
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	
VALOR DESCUENTO	
RETENCION EN LA FUENTE 2%	302.550
VALOR TOTAL A PAGAR	14.824.963

Total Items: 11

TOTAL: **CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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]

C .. .. CA 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 FE1226387

camilo

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 Ago 2021 13:31 p.m.** **Fec Ingreso:** 24.Ago.2021 13:30 p.m.
Hoja de Trabajo : 193598 **Fec Egreso:** 24.Ago.2021 13:30 p.m.
Autorizacion : 1061244 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Femenino
Teléfono : 3176958903 **Carnet :**
Dirección: LETICIA AMAZONAS
Paciente : 40783707 ALBA MILENA MOLINA GONZALEZ
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 44 AÑOS - 1 MESES - 27 DÍAS
Cufe : 5e259960c53e097a583fbb48b8f0cca55632a2262ded087d708b8746fb2b23b32264e15cf912abdf275e202c60793be6

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**

40783707

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE1227350

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

Fecha y Hora de Expedición: **26 Ago 2021 9:56 a.m.** **Fec Ingreso:** 17.Jun.2021 15:25 p.m.
Hoja de Trabajo : 152428 **Fec Egreso:** 17.Jun.2021 16:54 p.m.
Autorizacion : 1061618 **Tipo :** Otro
Estrato : GENERAL **Sexo :** Masculino
Teléfono : 3103348165 **Carnet :**
Dirección: CALLE 76A # 86 - 16
Paciente : 4873237 RAMIRO GARCIA NIÑO
Tipo Doc : Cédula_Ciudadania **Edad :** 81 AÑOS - 7 MESES - 2 DÍAS
Cufe : 959e1245b5fe13ffec42f63937b7ea1d0632f62301f91dc1be0a25c2af6edf2ea6da8a8b1c5cfc9f284b72810b4a71f1

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

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

Total Items: 1

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
06 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

No. 9 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SALUD Nª 1

GS-2021-009600 REGI1

01 de Septiembre 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	**01/08/2021**	**Hasta**	**30/08/2021**

En cumplimiento a los articulos 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 Interventoria 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: 9**

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 01/08/21.

9. Informe de supervisión del mes Agosto comprendido entre el 01 al 30 de J Agosto presentado mediante comunicación oficial No GS-2021-009600 - REGI1 del 16/09/21

Información del contrato

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

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO.

1.1 Acciones adelantadas:

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

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

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

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

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
EL CONTRATISTA debe cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso de selección, con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	(SI)	NO APLICA
Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, EL CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA debe mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA

El CONTRATISTA debe guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	(SI)	NO APLICA
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	(SI)	NO APLICA

Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.		
El CONTRATISTA deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, en horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a participar de la junta de casos especiales con el número de especialistas necesarios según la patología.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a participar en la reunión de revisión de delimitaciones de volúmenes y planeaciones por especialistas entrenados en nuevas tecnologías autorizadas.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a participar en la revisión de imágenes de verificación de inicios de tratamientos con correcciones, si se amerita, de acuerdo a solicitud del servicio de oncología del Hospital central	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a garantizar la Prestación del Servicio de Radioterapia, quimioterapia y procedimientos de origen oncológicos, incluso en el caso que tenga su capacidad instalada copada o se requiera tecnología superior a la que dispone sus instalaciones	(SI)	NO APLICA
En el caso que se requiera un procedimiento que no esté contemplado dentro de la oferta inicial y el contratista se encuentre en la capacidad de realizarlo, este se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional, y cancelado tomando como referencia la tarifa pactada, previo concepto del supervisor y solicitud de modificación del contrato.	(SI)	NO APLICA
En los procedimientos de Braquiterapia de baja tasa, intracavitaria o intraluminal, la tarifa incluye la colocación y control de la fuente radioactiva, cualquiera sea el tipo de tratamiento practicado (broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, ginecológico, etc.)	(SI)	NO APLICA

El CONTRATISTA que resulte adjudicatario no podrá en ningún caso repetir los estudios para-clínicos realizados en la fase de diagnóstico por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, los cuales acompañan la orden de servicio externo expedida por el profesional tratante.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá garantizar la prestación del servicio en forma continua a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a notificar al supervisor del contrato de forma inmediata los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante los procedimientos y que llegasen a requerir el ingreso por el servicio de urgencias a la institución contratada, de cualquier paciente perteneciente al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o regulación del paciente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1; el costo de los eventos adversos serán asumidas por el CONTRATISTA.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a que el manejo del paciente debe comprender las complicaciones presentadas durante los procedimientos y hasta el mes siguiente al mismo, comprende el manejo médico y terapéutico oncológico.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo (no practicantes) para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas	(SI)	NO APLICA

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		
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	(SI)	NO APLICA

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.		
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)	(SI)	NO APLICA

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.		
El CONTRATISTA brindará atención médica con personal graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos, experiencias y la tecnología de punta de acuerdo al nivel de complejidad.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA designará un par medico competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco días hábiles del mes siguiente en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA

Una vez agotado el contrato, El CONTRATISTA no continuará prestando los servicios a cargo del objeto del mismo.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA deberá facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica, que permita el acceso a la información y consultas necesarias para resolver inquietudes e informar novedades sobre el tratamiento recibido, peticiones, quejas, horarios de atención y programación de procedimientos, medicamentos, entre otros.	(SI)	NO APLICA
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	(SI)	NO APLICA

Manual de medicamentos y terapéutica para el subsistema. Documento que debe ser conocido por los prestadores de servicios de salud interesados en este proceso de contratación, con el fin de que las futuras prescripciones a realizar a los afiliados y beneficiarios se hagan basadas en dicho manual.		
CONDICIONES DEL SERVICIO - EXCUSA DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, debe cumplir la Directiva Administrativa Permanente No 006 del 23 de agosto de 2017, la cual estipula "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios", o las normas que la modifiquen o deroguen, la cual estipula lo siguiente: Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio: a) Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento. b) Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados).	(SI)	NO APLICA
Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	(SI)	NO APLICA

Los servicios pactados y prestados y que no se encuentren estipulados en el acuerdo No. 256 DE 2001 POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS" DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL "EPS-ISS", serán cancelados a tarifa institucional sin intermediación o a factura de compra cuya intermediación no podrá ser superior al 10%.	(SI)	NO APLICA
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	(SI)	NO APLICA

	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.		
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 Secretaría de Salud o entes departamentales para los servicios ofertados.	(SI)	NO APLICA
5	El oferente debe anexar con su propuesta Los **Indicadores de calidad en la prestación de servicios**, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	(SI)	NO APLICA
6	El oferente debe anexar con su propuesta, **certificación de soporte de suficiencia** firmado por el representante legal a partir de su capacidad Instalada para prestar los servicios a contratar, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.	(SI)	NO APLICA
7	El oferente debe anexar con su propuesta **Portafolio de servicios** de salud actualizado.	(SI)	NO APLICA
8	Anexar **instructivo o protocolo para la referencia** de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que operen las 24 horas y garanticen la oportunidad de respuesta inmediata con un máximo de 2 horas.	(SI)	NO APLICA
9	**(GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD),** mediante certificación firmada por el Representante Legal de la IPS debe constar la existencia y disponibilidad de los equipos médicos que destinarán para la prestación de los servicios.	(SI)	NO APLICA

10	El oferente con su oferta deberá anexar **licencia de funcionamiento** de los equipos con los cuales realizara la prestación del servicio.	(SI)	NO APLICA
11	**EQUIPOS: El CONTRATISTA** deberá contar con los equipos acordes al nivel de complejidad, para la realización de los procedimientos, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y patología requeridas para cumplir con el objeto del contrato.	(SI)	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 días calendario.	(SI)	NO APLICA
18	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad para cirugía oncológica en un tiempo no mayor a 20 días calendario después de generada la orden por la entidad contratada.	(SI)	NO APLICA
19	El oferente en todos los casos se compromete a garantizar el tratamiento integral oncológico, a los pacientes del subsistema de salud de la Policía Nacional, en un tiempo no superior a 45 días calendario.	(SI)	NO APLICA
20	El oferente se compromete a realizar el inicio del tratamiento una vez asignada la cita de la siguiente manera: • Para Urgencias Oncológicas máximo 24 Horas. • Para tratamiento convencional máximo 8 Días.	(SI)	NO APLICA
21	TARIFA MEDICAMENTOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagara al contratista por concepto de medicamentos suministrados a los usuarios de la siguiente manera: si el oferente hace su oferta con tarifas institucionales no se pactara intermediación para el pago de los mismos, si la oferta se hace por factura de compra o manual tarifario de institución reconocida el porcentaje de intermediación no podrá ser superior al 10%	(SI)	NO APLICA

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

28	El oferente se compromete a participar de la junta de casos especiales con el número de especialistas necesarios según la patología.	(SI)	NO APLICA
29	El oferente se compromete a participar en la reunión de revisión de delimitaciones de volúmenes y planeaciones por especialistas entrenados en nuevas tecnologías autorizadas.	(SI)	NO APLICA
30	El oferente se compromete a participar en la revisión de imágenes de verificación de inicios de tratamientos con correcciones, si se amerita, de acuerdo a solicitud del servicio de oncología del Hospital central.	(SI)	NO APLICA
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.		
38	El oferente se compromete a atender a los usuarios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo (no practicantes) para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres, para facilitar la espera de los usuarios y sus acompañantes antes, durante y después de los procedimientos se requiere que la entidad cuente con una sala de espera que ofrezca comodidades básicas especialmente adaptadas para tal fin.	(SI)	NO APLICA
39	El oferente se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.	(SI)	NO APLICA
40	El oferente se compromete a brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	(SI)	NO APLICA
41	El oferente se compromete a informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y se firme el consentimiento médico informado.	(SI)	NO APLICA
42	El oferente se compromete en todos los casos, una vez atendido el usuario, a enviar una contrarreferencia del tratamiento realizado una vez finalizado, dirigido al Jefe de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, que incluya un resumen de historia clínica del paciente, especificando los procedimientos realizados, fecha de inicio del tratamiento, fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores	(SI)	NO APLICA
43	El oferente se compromete a enviar mensualmente al Jefe del Grupo de Servicios Asistenciales (supervisor del contrato) informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados.	(SI)	NO APLICA
44	El oferente se compromete a entregar al jefe del Grupo de Servicios Asistenciales los guías de Manejo de las siguientes Patologías así: Cáncer de Seno, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Próstata,	(SI)	NO APLICA

	Cáncer de Piel, Cáncer Gástrico, Linfoma, Metástasis Óseas, Metástasis Nerviosas.	(SI)	
45	El oferente se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.	(SI)	NO APLICA
46	El Oferente deberá garantizar la sostenibilidad de los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato.	(SI)	NO APLICA
47	El oferente deberá enviar los cinco (05) primeros días de cada mes el cumplimiento de reporte a los entes de vigilancia y control, Indicadores de calidad, eventos adversos, reportes de tecno vigilancia y reactivo vigilancia, de conformidad con la normatividad vigente en cada caso.	(SI)	NO APLICA
48	La asignación de las citas para especialidades, subespecialidades, procedimientos diagnósticos y procedimientos oncológicos se realizará con la autorización expedida en Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	NO APLICA
49	Abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.	(SI)	NO APLICA
50	Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la prestación del servicio de salud.	(SI)	NO APLICA
51	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.	(SI)	NO APLICA
52	El oferente se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de 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 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
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 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.	(SI)	NO APLICA
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	(SI)	NO APLICA

	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.		

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA
Sin novedades.

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

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

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagará el valor del contrato a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la presentación de la factura comercial en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia no obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el código CUPS y el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético los soportes objeto del cobro de cada una de las atenciones prestadas a los usuarios.

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- copia del soporte de cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios
- Autorización del servicio en original
- Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicara lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social; Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

La información de registro prestaciones de servicios de salud (RIPS), el cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes.

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

PARÁGRAFO PRIMERO AUDITORIA DE CUENTAS.

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO SEGUNDO OBJECIONES Y GLOSAS.

En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

CAUSALES DE NO PAGO

Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen

Los pagos se harán a la siguiente cuenta.

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

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$1.500.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$482.574.661,00	32%
Valor total facturado	$412.120.054,00	27%
Valor facturado pendiente de pago	$70.454.607,00	0%
Valor pagado	$412.120.054,00	27%
Valor pendiente de entrega	$1.027.425.339,00	68%

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
009 del 10 de Septiembre de 2021	$70.454.607	01/08/2021 al 30/08/2021	$70.454.607	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