Este formato debe ser utilizado para la presentación de informes de supervisión a contratos de bienes y servicios, interadministrativos y ordenes de compras, diferentes a los de interventoría y de obra.

No. GS-2021- 073609 **UPRES-GUSAP**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 27 de septiembre de 2021

Coronel
JOSE ARTURO SANCHEZ VALDERRAMA
Comandante Policía Metropolitana San Juan de Pasto
Pasto Nariño

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato 94-7-20114-2021.

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO __x__ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/08/2021**	**Hasta**	**30/08/2021**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la "*Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

El grupo de contratos de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, notifica al suscrito la supervisión del contrato del asunto al señor Patrullero LUIS ALBERTO TERMAL PORTILLA.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 00

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	94-7-20114-2021
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN AYUDA TERAPEUTICA QUE INCLUYE VALORACION, TRATAMIENTO Y CONTROL INSTITUCIONAL Y DOMICILIARIO. PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE O TEMPORAL, USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN – BOGOTÁ O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.".
Contratista	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA CIREN ABA SAS
Representante legal	ANA MILENA REYES SANTACRUZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	SESENTA MILLONES DE PESOS. $ 60.000.000,00
Valor adiciones del	NO APLICA.

contrato u orden de compra	
Valor total del contrato u orden de compra	SESENTA MILLONES DE PESOS. $ 60.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	SEIS (06) MESES.
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	14/07/2021
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/12/2021
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)	
Adiciones	NO APLICA
Modificatorios	NO APLICA
Prorrogas	NO APLICA
Otros	NO APLICA

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

La supervisión deberá realizar un resumen cronológico de las actuaciones adelantadas en ejercicio de las funciones, debiendo plasmar datos de relevancia, como por ejemplo fechas, números de oficios, números de actas, mensajes de correo electrónico, documentos que den cuenta de las actuaciones adelantadas entre otras.

- Para el día 15/09/2021, se toma contacto vía telefónica al número de celular de la señora Gerente de la empresa CIREN ABA S.A.S. Doctora ANA MILENA REYES SANTACRUZ, informando la obligación de ingresar a la plataforma SECOP 2, las facturas de las cuentas de cobro. Lo anterior de acuerdo a los cumplimientos y obligaciones legales del contratista contempladas en el contrato.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	Certificación de parafiscales de fecha 07/09/2021.
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	
El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios.	SI	
El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato o del resorte administrativo a través del supervisor o Coordinador de contrato.	SI	
El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la	SI	

información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de referencia y contra referencia de UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO.		
Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los CINCO (05) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Dirección de Sanidad. En esta Facturación debe aparecer el No de Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo".	SI	
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	
El contratista se compromete a cargar la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II.	SI	SE VERIFICA EN LA PLATAFORMA SECOPII EL CARGUE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE (CUENTA DE COBRO)

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)		
EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 2003 del 2014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO incluyendo LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE.	SI	
Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.	SI	
Deberá contar con personal idóneo responsable del proceso de referencia y Contra referencia y atención al usuario, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y ágil con la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO para el manejo de la prestación del servicio.	SI	
EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,	SI	
La atención por consulta externa debe prestarse previa autorización expedida solamente por el Funcionario de Referencia y Contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, anexando copia del carné del usuario por ambas caras o constancia vigente, además copia de documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil.).Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné por trámite, pueden presentar constancia VIGENTE, expedida únicamente por las Oficinas de Talento Humano de los Comandos de Departamentos de Policía y Comandos de las Metropolitanas, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN).	SI	
Todo cambio de horario de atención y/o lugar de prestación del servicio deberá ser notificado a la Jefatura de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO o al señor Supervisor de Contrato con un mínimo de 96 horas previas al cambio. El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que	SI	

garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. De ello deberá notificar a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO mediante documento escrito una vez le sea entregada la respectiva carta de inicio del contrato		
Una vez ejecutado el 100% del contrato, el Contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante	SI	
El oferente deberá disponer de los especialistas en cada área, personal profesional de salud con experiencia, personal de apoyo técnica asistencial y administrativo que le permitirá dar cumplimiento al objeto del presente contrato	SI	
EL DILIGENCIAMIENTO DE ALGÚN TIPO DE FORMATO INSTITUCIONAL bien sea para justificar medicamentos fuera del manual único de medicamentos, formatos en papel de seguridad para medicina laboral, justificación de prestaciones excepcionales, formatos de farmacovigilancia JAMÁS DERIVARA EN LA EXPEDICIÓN DE UNA NUEVA ORDEN DE SERVICIOS POR PARTE DEL CONTRATANTE. El diligenciamiento de estos formatos no deberá sobrepasar los cinco (5) días hábiles	SI	
Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros CINCO (05) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta Facturación debe aparecer el Número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias. • Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado. • Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico. • Resumen de la Historia Clínica y/o Epicrisis, para procedimientos quirúrgicos, correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario. • RIPS de atenciones prestadas • Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas). • Orden de prestación de los servicios expedida por el Área de Referencia y Contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO original identificada por el sello del médico de referencia y contra referencia y el sello del área de referencia y contra referencia, debidamente firmada por el usuario o acudiente, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa SOAT según el caso.	SI	
El contratista se obliga a **REMITIR todos los RIPS** de las atenciones a los usuarios de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, anexos a las cuentas de cobro y junto con los indicadores solicitados por la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO durante los cinco primeros días hábiles del mes y paralelamente a los correos electrónicos alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co Además se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro.	SI	

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No se presentaron novedades durante la ejecución del contrato correspondiente al mes de agosto.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (30) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (150) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Unidad Prestadora de Salud Nariño pagará en moneda legal Colombiana al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Pasto- Nariño, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, las ordenes de servicio (solicitud de examen), copia del informe del resultado del estudio de manera impresa o en medio magnético, autorización para la realización del examen, acreditación del oferente de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud , pensiones y riesgos profesionales.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en el banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma del contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:
NOMBRE BENEFICIARIO: CIREN ABA S.A.S.
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
BANCO DE BOGOTA.
NUMERO DE CUENTA: 466648870.
OFICINA: PASTO.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato u orden de compra	$ 60.000.000,00	100 %
Valor total de las entregas	$ 0	0 %
Valor total facturado	$ 11.073.000,00	18.5 %
Valor facturado pendiente de pago	$ 48.927.000,00	81.5 %
Valor pagado	$ 11.073.000,00	18.5 %
Valor pendiente de entrega	$ 48.927.000,00	81.5 %

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. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
01 01/08/2021 del 31/08/2021	$11.073.000,00	01 01/08/2021 del 31/08/2021	$11.073.000,00	01	N/A	N/A	consultar SECOP II o Tesorería unidad

4.2 Entrada de Bienes *(NO APLICA)*

5. RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo durante el desarrollo de la ejecución no se han presentado situaciones de relevancia que afecten el cumplimiento del objeto contratado. Es de precisar que el contratista ha sido resolutivo en los requerimientos que se le han hecho frente a la prestación del servicio a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Nariño.

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

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___	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_____
Patrullero LUIS ALBERTO TERMAL PORTILLA
Responsable Estadística UPRES NARIÑO
Supervisor Contrato No. **94-7-20141-2021**
Correo electrónico: luis.termal5160@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3152122840

Anexo: Planilla de asignación turno un (01) folio, formato recibido a satisfacción mes de agosto dos (02) folios, cuenta de cobro No. 01 mes de agosto (02) folios, parafiscales mes de agosto (01) folio, relación de facturas auditoría de cuentas (05) folios

EXCEL

Pagina 1 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta _____

Cargo del funcionario _____

TURNO No. _____ **(Consecutivo Anual -DIRAF)** N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): _____

No. CONTRATO: 94-7-20114-21

FECHA DE RECIBIDO : _____

VALOR PAGO: 11.073.000

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : _____

CONTRATISTA: CIREN

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO 14 Policía 0821

NIT DEL CONTRATISTA: _____

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI _____ NO X
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI _____ NO X
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI _____ NO X

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICIARIO DEL PAGO) N/A — **CUENTA BANCARIA:** _____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) _____

5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ✓

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: _____ ✓

8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A

8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): N/A

9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP ✓

10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP ✓

11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. ✓

12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP N/A

13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. N/A

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, N/A

OBSERVACIONES : _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO ____

FIRMA _____

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA) _____

CARGO Y UNIDAD _____

Código: 2BS-FR-0021	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:_____

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 24 de Septiembre de 2021.
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	94-7-20114-2021
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA CIREN ABA SAS
NIT del contratista:	900632798-5
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN AYUDA TERAPEUTICA QUE INCLUYE VALORACION, TRATAMIENTO Y CONTROL INSTITUCIONAL Y DOMICILIARIO. PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE O TEMPORAL, USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN – BOGOTÁ O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
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:	**$ 60.000.000,00**
Plazo de ejecución:	14 Julio de 2021 a 31 de Diciembre de 2021 o hasta agotar el valor de presupuesto.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**
Lugar de ejecución y/o entrega	San Juan de Pasto
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	PATRULLERO LUIS ALBERTO TERMAL PORTILLA Responsable Estadística UPRES NARIÑO
Fecha de entrega certificada:	Del 01/08/2021 al 31/08/2021

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
CENTRAL DE CUENTAS
FECHA: 24-09-2021
RECIBE: SI Angel

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia (01 al 31 de agosto de 2021)	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
UPRES-DENAR	16	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN AYUDA TERAPEUTICA QUE INCLUYE VALORACION, TRATAMIENTO Y CONTROL INSTITUCIONAL Y DOMICILIARIO. PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE O TEMPORAL, USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN – BOGOTÁ O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.	$11.073.000,00	$11.073.000,00		$11.073.000,00

Acta de recepción de bienes	No aplica, por tratarse de un contrato de prestación de servicios de salud de servicios de salud en ayuda terapéutica que incluye valoración, tratamiento y control institucional y domiciliario para usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en el Departamento de Nariño.

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
01	01 de agosto de 2021	$11.073.000,00	0	$11.073.000,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$11.073.000,00	0	$11.073.000,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL. Se evidenció compromiso durante el desarrollo de las funciones designadas y estas se cumplieron dentro del plazo establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

Con la presente constancia de recibo a satisfacción, certifico que el CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA CIREN ABA SAS con NIT No. 900632798-5 cumplió a satisfacción con las obligaciones consignadas en las cláusulas y de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato 94-7-20114-2021.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Sí__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros CINCO (05) días del mes siguiente, en la ventanilla única central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo. LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMAS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta facturación debe aparecer el Número de contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y copia.	SI	Se recibe la cuenta de cobro de los servicios prestados en el mes de febrero, esta se recibe los primeros días hábiles del mes de septiembre de 2021.

FIRMA DEL SUPERVISOR
Patrullero LUIS ALBERTO TERMAL PORTILLA
Responsable Estadística – Unidad Prestadora de Salud Nariño
Supervisor Contrato CIREN ABA

CIREN	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA - CIREN ABA SAS	VERSION 1 DE 2014
	NIT: 900632798 - 5	PAGINA 1 DE 1
	CUENTA DE COBRO	

CUENTA DE COBRO Nº 14_POLICIA_0821

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			
POLICIA NACIONAL _NIT 800141060-9			
INFORMACION DEL PRESTADOR:			
NOMBRE:	CIREN ABA S.A.S.	NIT:	900632798 - 5
DIRECCIÓN:	CARRERA 29 Nº 19-45 B/ LAS CUADRAS	TELEFONO:	7226557 - 3023195352

PERIODO FACTURADO:	AGOSTO/2021/AUDITORIA

CUPS	CONCEPTO	CANT	V/U	V/TOTAL
890275	CONSULTA DE VALORACION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA	3	$20.000,00	$60.000,00
890202	CONSULTA DE VALORACIÓN POR NEUROPSICOLOGÍA	6	$8.000,00	$48.000,00
930102	CONSULTA POR NEUROPSICOLOGÍA QUE INCLUYE PAQUETE APLICACIÓN DE PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS	19	$58.000,00	$1.102.000,00
890264	CUPS 89020227 / CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ALTA ESPECIALIDAD EN FISIATRIA INFANTIL	1	$90.000,00	$90.000,00
890364	CUPS 89030227 / CONSULTA DE CONTROL POR ALTA ESPECIALIDAD EN FISIATRIA INFANTIL	1	$90.000,00	$90.000,00
890385	CUPS 89030288 / CONSULTA DE CONTROL POR PSIQUIATRIA INFANTIL	2	$60.000,00	$120.000,00
861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	1	$320.000,00	$320.000,00
890110	SESION DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA	72	$15.000,00	$1.080.000,00
931001	SESION TERAPIA FISICA	38	$9.000,00	$342.000,00
890111	SESION TERAPIA FISICA DOMICILIARIA	48	$15.000,00	$720.000,00
937000	SESION TERAPIA LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGÍA	339	$10.000,00	$3.390.000,00
938303	SESION TERAPIA OCUPACIONAL	235	$10.000,00	$2.350.000,00
890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA	84	$15.000,00	$1.260.000,00
890112	SESION TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA	10	$8.000,00	$80.000,00
937000	VALORACION TERAPIA LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGÍA	2	$7.000,00	$14.000,00
890308	VALORACION TERAPIA PSICOLOGIA	1	$7.000,00	$7.000,00

VALOR TOTAL FACTURADO	**$11.073.000,00**
VALOR COPAGOS	**$0,00**
VALOR DESCUENTOS	**$0,00**
VALOR NETO A PAGAR POR: POLICIA NACIONAL	**$11.073.000,00**
VALOR EN LETRAS:	
ONCE MILLONES SETENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE	

ANA MILENA REYES SANTACRUZ
REPRESENTANTE LEGAL IPS CIREN ABA SAS

EPS POLICIA [illegible] AGOSTO/2021/AU PLAN BENEFICIOS POS

CIREN

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

CIREN ABA SAS

Yo, ANA MILENA REYES SANTACRUZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1085250972 de Pasto (N) en mi condición de Representante Legal de CIREN ABA SAS identificado con Nit 900632798-5 certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha supervisado y monitoreado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en San Juan de Pasto, el día lunes 7 de septiembre del 2021.

ANA MILENA REYES SANTACRUZ
Representante Legal
CC: 1085250972
IPS CIREN ABA SAS

Carrera 29 N 19-45 B/ Las Cuadras
Tel: 7226557 - 3023195352
Pasto - Nariño - Colombia

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

Fecha : 21 DE SEPTIEMBRE 2021

N° 14

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CIREN NIT 900632798 PARA PAGO POR CONTRATO No. 94-7-20114-21

ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE

N.	No. RADICACION	FECHA DE RADICACION	N° DE FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE Y APELLIDO	No. IDENTIFICACION	CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTO	CODIGO CIE10	DIAGNOSTICO	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	EDAD	MOTIVO DE GLOSA
1	1300	10/09/2021	5527	6/09/2021	6/09/2021	SEGUNDO ALVAREZ	12 950 922	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	G20X	ENFERMEDAD DE PARKINSON	200 000	0	200 000	72	SIN MOTIVO DE GLOSA
2	1300	10/09/2021	5528	6/09/2021	6/09/2021	SEGUNDO ALVAREZ	12 950 922	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL	F419	TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	200 000	0	200 000	72	SIN MOTIVO DE GLOSA
3	1300	10/09/2021	5529	6/09/2021	6/09/2021	SAMUEL AMPUDIA TOBAR	1 060 701 413	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	80 000	0	80 000	6	SIN MOTIVO DE GLOSA
4	1300	10/09/2021	5530	6/09/2021	6/09/2021	ISABELLA ANDRADE ROSERO	1 030 023 334	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80 000	0	80 000	5	SIN MOTIVO DE GLOSA
5	1300	10/09/2021	5531	6/09/2021	6/09/2021	MARIA ANGULO CHAMORRO	1 081 061 410	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL	R480	DISLEXIA Y ALEXIA	80 000	0	80 000	7	SIN MOTIVO DE GLOSA
6	1300	10/09/2021	5532	6/09/2021	6/09/2021	MARIA ANGULO CHAMORRO	1 081 061 410	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	R480	DISLEXIA Y ALEXIA	90 000	0	90 000	7	SIN MOTIVO DE GLOSA
7	1300	10/09/2021	5533	6/09/2021	6/09/2021	ADELINA AZAIN DE CORAL	27 543 002	930102	PRUEBA COGNITIVA	F001	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TARDIO	58 000	0	58 000	97	SIN MOTIVO DE GLOSA
8	1300	10/09/2021	5534	6/09/2021	6/09/2021	JUAN BASANTE BURBANO	1 004 191 591	890113	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL +	F721	RETRASO MENTAL GRAVE. DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE	300 000	0	300 000	12	SIN MOTIVO DE GLOSA
9	1300	10/09/2021	5535	6/09/2021	6/09/2021	JUAN BASANTE BURBANO	1 004 191 591	890110	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +	F721	RETRASO MENTAL GRAVE. DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE	300 000	0	300 000	12	SIN MOTIVO DE GLOSA
10	1300	10/09/2021	5536	6/09/2021	6/09/2021	JUAN BASANTE BURBANO	1 004 191 591	890111	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA +	F721	RETRASO MENTAL GRAVE. DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE	300 000	0	300 000	12	SIN MOTIVO DE GLOSA
11	1300	10/09/2021	5537	6/09/2021	6/09/2021	NAYENCY BLANCO COTRINA	30 021 922	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	100 000	0	100 000	54	SIN MOTIVO DE GLOSA
12	1300	10/09/2021	5538	6/09/2021	6/09/2021	SARAH BOHORQUEZ IPAZ	1 140 214 270	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80 000	0	80 000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
13	1300	10/09/2021	5539	6/09/2021	6/09/2021	JAIME BOLAÑOS TIMANA	1 081 065 273	890264	CONSULTA ESPECIALIZADA	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	90 000	0	90 000	1	SIN MOTIVO DE GLOSA
14	1300	10/09/2021	5540	6/09/2021	6/09/2021	MIA BURGOS TORRES	1 060 068 632	890113	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL +	Q909	SINDROME DE DOWN NO ESPECIFICADO	270 000	0	270 000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
15	1300	10/09/2021	5541	6/09/2021	6/09/2021	MIA BURGOS TORRES	1 060 068 632	890110	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +	Q909	SINDROME DE DOWN NO ESPECIFICADO	270 000	0	270 000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
16	1300	10/09/2021	5542	6/09/2021	6/09/2021	MIA BURGOS TORRES	1 060 068 632	890111	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA +	Q210	DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR	270 000	0	270 000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
17	1300	10/09/2021	5543	6/09/2021	6/09/2021	PEDRO CAICEDO GUZMAN	12 990 418	890112	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA +	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	90 000	0	90 000	54	SIN MOTIVO DE GLOSA
18	1300	10/09/2021	5544	6/09/2021	6/09/2021	PEDRO CAICEDO GUZMAN	12 990 418	890110	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	150 000	0	150 000	54	SIN MOTIVO DE GLOSA
19	1300	10/09/2021	5545	6/09/2021	6/09/2021	JOSUE CASTILLO BURBANO	1 062 749 746	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Q250	CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE	80 000	0	80 000	1	SIN MOTIVO DE GLOSA
20	1300	10/09/2021	5546	6/09/2021	6/09/2021	LIAM CASTRILLON VILLOTA	1 381 286 439	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	80 000	0	80 000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
21	1300	10/09/2021	5547	6/09/2021	6/09/2021	LIAM CASTRILLON VILLOTA	1 381 286 439	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	90 000	0	80 000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
22	1300	10/09/2021	5548	6/09/2021	6/09/2021	CARLOS COHEN NOGUERA	1 144 528 525	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Q909	SINDROME DE DOWN NO ESPECIFICADO	9 000	0	9 000	6	SIN MOTIVO DE GLOSA
23	1300	10/09/2021	5549	6/09/2021	6/09/2021	LUIS CORAL CASTRO	12 970 946	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL	G823	CUADRIPLEJIA FLACIDA	10 000	0	10 000	82	SIN MOTIVO DE GLOSA
24	1300	10/09/2021	5550	6/09/2021	6/09/2021	FABIAN CRUZ MELO	1 241 266 180	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	F818	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	9 000	0	9 000	12	SIN MOTIVO DE GLOSA
25	1300	10/09/2021	5551	6/09/2021	6/09/2021	SAMUEL DIAZ VILLOTA	1 060 700 314	890275	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	S424	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO	20 000	0	20 000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
26	1300	10/09/2021	5552	6/09/2021	6/09/2021	EDGAR ALPALA ROSERO	12 975 226	890111	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL +	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	180 000	0	180 000	59	SIN MOTIVO DE GLOSA

N.	No. RADICACION	FECHA DE RADICACIÓN	N° DE FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE Y APELLIDO	No. IDENTIFICACIÓN	CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTO	CODIGO CIE10	DIAGNOSTICO	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	EDAD	MOTIVO DE GLOSA
27	1300	10/09/2021	5553	6/09/2021	6/09/2021	NICOLAS ERAZO QUEDA	1.081.287.433	890113	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	360.000	0	360.000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
28	1300	10/09/2021	5554	6/09/2021	6/09/2021	NICOLAS ERAZO QUEDA	1.081.287.433	890110	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	360.000	0	360.000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
29	1300	10/09/2021	5555	6/09/2021	6/09/2021	NICOLAS FUEL DE LA CRUZ	1.080.701.269	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	R620	RETARDO DEL DESARROLLO	80.000	0	80.000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
30	1300	10/09/2021	5556	6/09/2021	6/09/2021	YIYOLA GALINDO TORRES	36.950.827	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE, EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	80.000	0	80.000	40	SIN MOTIVO DE GLOSA
31	1300	10/09/2021	5557	6/09/2021	6/09/2021	ZOE GOYES ARISTIZABAL	1.080.064.548	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	108.000	0	108.000	11	SIN MOTIVO DE GLOSA
32	1300	10/09/2021	5558	6/09/2021	6/09/2021	ZOE GOYES ARISTIZABAL	1.080.064.548	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	120.000	0	120.000	11	SIN MOTIVO DE GLOSA
33	1300	10/09/2021	5559	6/09/2021	6/09/2021	ZOE GOYES ARISTIZABAL	1.080.064.548	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	120.000	0	120.000	11	SIN MOTIVO DE GLOSA
34	1300	10/09/2021	5560	6/09/2021	6/09/2021	VALERY HIDALGO VELASCO	1.081.063.233	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	100.000	0	100.000	5	SIN MOTIVO DE GLOSA
35	1300	10/09/2021	5561	6/09/2021	6/09/2021	DIEGO IMBAQUAN PALACIOS	1.087.616.390	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	G470	TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS]	100.000	0	100.000	34	SIN MOTIVO DE GLOSA
36	1300	10/09/2021	5562	6/09/2021	6/09/2021	JOSE LAGOS GUSTIN	1.080.066.569	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	R620	RETARDO DEL DESARROLLO	80.000	0	80.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
37	1300	10/09/2021	5563	6/09/2021	6/09/2021	JOSE LAGOS GUSTIN	1.080.066.569	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	R620	RETARDO DEL DESARROLLO	80.000	0	80.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
38	1300	10/09/2021	5564	6/09/2021	6/09/2021	LUIS LEGARDA	12.955.974	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	F801	TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	100.000	0	100.000	72	SIN MOTIVO DE GLOSA
39	1300	10/09/2021	5565	6/09/2021	6/09/2021	LUIS LEGARDA	12.955.974	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F801	TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	100.000	0	100.000	72	SIN MOTIVO DE GLOSA
40	1300	10/09/2021	5566	6/09/2021	6/09/2021	MARIA LOPEZ CERON	1.030.023.772	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA) +	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	320.000	0	320.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
41	1300	10/09/2021	5567	6/09/2021	6/09/2021	MARIA LOPEZ CERON	1.030.023.772	890364	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	G800	PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA	90.000	0	90.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
42	1300	10/09/2021	5568	6/09/2021	6/09/2021	EDWIN MARTINEZ CORDOBA	1.117.032.290	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F83X	TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO	120.000	0	120.000	1	SIN MOTIVO DE GLOSA
43	1300	10/09/2021	5569	6/09/2021	6/09/2021	KAREN MATABAJOY PAZ	1.081.057.087	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F813	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	90.000	0	90.000	12	SIN MOTIVO DE GLOSA
44	1300	10/09/2021	5570	6/09/2021	6/09/2021	KAREN MATABAJOY PAZ	1.081.057.087	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	F813	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	90.000	0	90.000	12	SIN MOTIVO DE GLOSA
45	1300	10/09/2021	5571	6/09/2021	6/09/2021	VALERIA MEJIA MOLINA	1.030.002.516	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	90.000	0	90.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
46	1300	10/09/2021	5572	6/09/2021	6/09/2021	ERICK MENESES TABLA	1.080.068.339	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	80.000	0	80.000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
47	1300	10/09/2021	5573	6/09/2021	6/09/2021	ERICK MENESES TABLA	1.080.068.339	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	80.000	0	80.000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
48	1300	10/09/2021	5574	6/09/2021	6/09/2021	SAHARA MONTENEGRO NIÑO	1.080.708.697	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	72.000	0	72.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
49	1300	10/09/2021	5575	6/09/2021	6/09/2021	SAHARA MONTENEGRO NIÑO	1.080.708.697	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	80.000	0	80.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
50	1300	10/09/2021	5576	6/09/2021	6/09/2021	SAHARA MONTENEGRO NIÑO	1.080.708.697	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	80.000	0	80.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
51	1300	10/09/2021	5577	6/09/2021	6/09/2021	ANAYA MORA DAVALOS	1.030.024.278	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DE SEMPEÑO OCUPACIONAL	P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	80.000	0	80.000	1	SIN MOTIVO DE GLOSA
52	1300	10/09/2021	5578	6/09/2021	6/09/2021	ANAYA MORA DAVALOS	1.030.024.278	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	72.000	0	72.000	1	SIN MOTIVO DE GLOSA
53	1300	10/09/2021	5579	6/09/2021	6/09/2021	ANAYA MORA DAVALOS	1.030.024.278	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	80.000	0	80.000	1	SIN MOTIVO DE GLOSA
54	1300	10/09/2021	5580	6/09/2021	6/09/2021	MARIANA MORA SALAZAR	1.109.567.778	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80.000	0	80.000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
55	1300	10/09/2021	5581	6/09/2021	6/09/2021	MAXIMILIANO MORENO ESTRADA	1.013.352.720	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	7.000	0	7.000	7	SIN MOTIVO DE GLOSA

N.	No. RADICACION	FECHA DE RADICACION	N° DE FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE Y APELLIDO	No. IDENTIFICACION	CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTO	CODIGO CIE10	DIAGNOSTICO	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	EDAD	MOTIVO DE GLOSA
56	1300	10/09/2021	5582	6/09/2021	5/09/2021	MAXIMILIANO MORENO ESTRADA	1.013.352.720	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80.000	0	80.000	7	SIN MOTIVO DE GLOSA
57	1300	10/09/2021	5583	6/09/2021	6/09/2021	MAXIMILIANO MORENO ESTRADA	1.013.352.720	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	8.000	0	8.000	7	SIN MOTIVO DE GLOSA
58	1300	10/09/2021	5584	6/09/2021	6/09/2021	CARLOS MUÑOS NARVAEZ	1.080.705.235	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80.000	0	80.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
59	1300	10/09/2021	5585	6/09/2021	6/09/2021	DYLAN MUÑOZ NARVAEZ	1.220.216.144	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80.000	0	80.000	6	SIN MOTIVO DE GLOSA
60	1300	10/09/2021	5586	6/09/2021	5/09/2021	GERMAN MUÑOZ PABON	1.081.275.704	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	F813	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	120.000	0	120.000	10	SIN MOTIVO DE GLOSA
61	1300	10/09/2021	5587	6/09/2021	5/09/2021	GERMAN MUÑOZ PABON	1.081.275.704	930102	PRUEBA COGNITIVA	F813	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	58.000	0	58.000	10	SIN MOTIVO DE GLOSA
62	1300	10/09/2021	5588	6/09/2021	6/09/2021	JOHAN NARVAEZ ORDOÑEZ	1.030.021.921	890275	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	G406	EPILEPSIA	20.000	0	20.000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
63	1300	10/09/2021	5589	6/09/2021	5/09/2021	NELSON NUÑEZ PAJA	1.061.753.954	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	S521	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO	300.000	0	300.000	28	SIN MOTIVO DE GLOSA
64	1300	10/09/2021	5590	6/09/2021	6/09/2021	LIGIA ORTEGA CHAVES	30.729.578	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	F719	RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO	8.000	0	8.000	59	SIN MOTIVO DE GLOSA
65	1300	10/09/2021	5591	6/09/2021	5/09/2021	CARLOS PALOMINO SEGOVIA	1.085.267.543	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	8.000	0	8.000	34	SIN MOTIVO DE GLOSA
66	1300	10/09/2021	5592	6/09/2021	5/09/2021	ANA PANCHA GARCIA	1.011.225.135	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	100.000	0	100.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
67	1300	10/09/2021	5593	6/09/2021	6/09/2021	ANA PANCHA GARCIA	1.011.225.135	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	100.000	0	100.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
68	1300	10/09/2021	5594	6/09/2021	6/09/2021	GABRIEL PANCHA GARCIA	1.011.241.964	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	70.000	0	70.000	5	SIN MOTIVO DE GLOSA
69	1300	10/09/2021	5595	6/09/2021	5/09/2021	GABRIEL PANCHA GARCIA	1.011.241.964	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA +	F809	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	7.000	0	7.000	5	SIN MOTIVO DE GLOSA
70	1300	10/09/2021	5596	6/09/2021	5/09/2021	AURA PANTOJA DE CORDOBA	27.052.495	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F001	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TARDIO	7.000	0	7.000	99	SIN MOTIVO DE GLOSA
71	1300	10/09/2021	5597	6/09/2021	5/09/2021	ISAAC PEREZ ZARAMA	1.080.067.239	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	80.000	0	80.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
72	1300	10/09/2021	5598	6/09/2021	5/09/2021	ISAAC PEREZ ZARAMA	1.080.067.239	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	80.000	0	80.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
73	1300	10/09/2021	5599	6/09/2021	5/09/2021	IKER POLANIA MEJIA	1.233.195.181	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	P211	ASFIXIA DEL NACIMIENTO, LEVE Y MODERADA	100.000	0	100.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
74	1300	10/09/2021	5600	6/09/2021	5/09/2021	IKER POLANIA MEJIA	1.233.195.181	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	P211	ASFIXIA DEL NACIMIENTO, LEVE Y MODERADA	100.000	0	100.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
75	1300	10/09/2021	5601	6/09/2021	6/09/2021	IKER POLANIA MEJIA	1.233.195.181	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	P211	ASFIXIA DEL NACIMIENTO, LEVE Y MODERADA	90.000	0	90.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
76	1300	10/09/2021	5602	6/09/2021	5/09/2021	LINA POTOSI CALVACHE	1.060.706.394	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80.000	0	80.000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
77	1300	10/09/2021	5603	6/09/2021	5/09/2021	ANGEL REINA ENRIQUEZ	1.025.554.865	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	80.000	0	80.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
78	1300	10/09/2021	5604	6/09/2021	5/09/2021	ANGEL REINA ENRIQUEZ	1.025.554.865	890275	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	20.000	0	20.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
79	1300	10/09/2021	5605	6/09/2021	6/09/2021	ANGEL REINA ENRIQUEZ	1.025.554.865	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	80.000	0	80.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
80	1300	10/09/2021	5606	6/09/2021	5/09/2021	JOSE RISUEÑO RUEDA	12.982.836	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	J370	LARINGITIS CRONICA	200.000	0	200.000	60	SIN MOTIVO DE GLOSA
81	1300	10/09/2021	5607	6/09/2021	6/09/2021	LAURA ROSERO MORALES	1.060.071.751	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80.000	0	80.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
82	1300	10/09/2021	5608	6/09/2021	5/09/2021	MARIA ROSERO ROSERO	1.140.214.241	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80.000	0	80.000	2	SIN MOTIVO DE GLOSA
83	1300	10/09/2021	5609	6/09/2021	5/09/2021	LUCIANA SAPUYES BOTINA	1.080.704.653	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	80.000	0	80.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA
84	1300	10/09/2021	5610	6/09/2021	5/09/2021	LUCIANA SAPUYES BOTINA	1.080.704.653	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	80.000	0	80.000	3	SIN MOTIVO DE GLOSA

N.	No. RADICACION	FECHA DE RADICACION	N° DE FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE Y APELLIDO	No. IDENTIFICACION	CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTO	CODIGO CIE10	DIAGNOSTICO	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	EDAD	MOTIVO DE GLOSA
55	1300	10/09/2021	5611	6/09/2021	6/09/2021	JAIRO SOLARTE SOLARTE	94.395.993	930102	PRUEBA COGNITIVA	F431	TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO	58.000	0	58.000	41	SIN MOTIVO DE GLOSA
56	1300	10/09/2021	5612	6/09/2021	6/09/2021	JORGE TELLO ASCUNTAR	17.010.100	890113	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL +	G301	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE COMIENZO TARDIO	150.000	0	150.000	92	SIN MOTIVO DE GLOSA
57	1300	10/09/2021	5613	6/09/2021	6/09/2021	JORGE TELLO ASCUNTAR	17.010.100	890111	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA +	G301	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE COMIENZO TARDIO	150.000	0	150.000	92	SIN MOTIVO DE GLOSA
58	1300	10/09/2021	5614	6/09/2021	6/09/2021	SANTIAGO TIMANA DIAZ	1.116.376.703	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F913	TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE	80.000	0	80.000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
59	1300	10/09/2021	5615	6/09/2021	6/09/2021	SANTIAGO TIMANA DIAZ	1.116.376.703	930102	PRUEBA COGNITIVA	F918	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	464.000	0	464.000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
90	1300	10/09/2021	5616	6/09/2021	6/09/2021	SANTIAGO TIMANA DIAZ	1.116.376.703	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL	F913	TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE	80.000	0	80.000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
91	1300	10/09/2021	5617	6/09/2021	6/09/2021	JUAN TOLOSA SALAS	1.013.464.523	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL	F900	PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	80.000	0	80.000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
92	1300	10/09/2021	5618	6/09/2021	6/09/2021	JUAN TOLOSA SALAS	1.013.464.523	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F900	PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN	80.000	0	80.000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
93	1300	10/09/2021	5619	6/09/2021	6/09/2021	JUAN TOLOSA SALAS	1.013.464.523	930102	PRUEBA COGNITIVA	F900	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	464.000	0	464.000	8	SIN MOTIVO DE GLOSA
94	1300	10/09/2021	5620	6/09/2021	6/09/2021	CRISTHOPER TOVAR CARDENAS	1.030.021.612	890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	F83X	TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO	80.000	0	80.000	6	SIN MOTIVO DE GLOSA
95	1300	10/09/2021	5621	6/09/2021	6/09/2021	CRISTHOPER TOVAR CARDENAS	1.030.021.612	890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	F845	SINDROME DE ASPERGER	80.000	0	80.000	6	SIN MOTIVO DE GLOSA
96	1300	10/09/2021	5622	6/09/2021	6/09/2021	SAMUEL URBINA MERA	1.030.021.284	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F067	TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE	80.000	0	80.000	10	SIN MOTIVO DE GLOSA
97	1300	10/09/2021	5623	6/09/2021	6/09/2021	SAMUEL URBINA MERA	1.030.021.284	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL	F067	TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE	80.000	0	80.000	10	SIN MOTIVO DE GLOSA
98	1300	10/09/2021	5624	6/09/2021	6/09/2021	DYLAM VILLOTA AHUMADA	1.085.344.559	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	80.000	0	80.000	4	SIN MOTIVO DE GLOSA
99	1300	10/09/2021	5625	6/09/2021	6/09/2021	CRISTHIAN VILLOTA PADILLA	1.004.216.501	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	8.000	0	8.000	18	SIN MOTIVO DE GLOSA
100	1300	10/09/2021	5626	6/09/2021	6/09/2021	JHON YANPLE SAN VALLEJO	1.081.284.437	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	F808	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	100.000	0	100.000	1	SIN MOTIVO DE GLOSA
											VALOR A PAGAR	11.073.000	0	11.073.000		

Diego Fdo Botina

Doctor DIEGO FERNANDO BOTINA
MD Auditor de Cuentas
Unidad Prestadora de Salud Nariño

ELABORADO POR: KPA-10 EDIT GOMEZ HERNANDEZ
REVISADO POR: DOCTOR DIEGO FERNANDO BOTINA
FECHA DE ELABORACION: 21/09/2021
Ubicacion D:\ - HERVINCULO\2021\03MAR20

Carrera 35 19-115 Barrio Versalles
Telefono 7 31 11 77
Central Ambulancia 324 30
www.DPS.co 324 30

ISO 9001
VER 1

Aprobacion 30-08-2021

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	144116	Fecha Pre-Radicado	9/6/2021 5:27:55 PM
Nombre de la Entidad	CIREN ABA SAS	Vlr Ini de Cargue	**$11,073,000**
Cantidad de Facturas Registradas	160	Vlr Fin de Cargue	**$11,073,000.00**
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO		

Acepto que los valores y datos registrados en los RIPS, son los mismos que se encuentran en las facturas, conforme a la normatividad vigente