Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 08 de noviembre 2021
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	

Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato
Orden de compra	
Contrato de obra	
Contrato de consultoría	
Contrato de prestación de servicios	X
Contrato de compraventa	
Contrato de suministro	
Contrato interadministrativo	

Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-7-20102-21
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS
NIT del contratista:	900.510.844-2
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PEDIATRIA GENERAL Y LAS SUBESPECIALIDADES DE PEDIATRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE 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 VIGENCIA 2021: $ 693.500.000,00 VALOR VIGENCIA 2022: $ 600.000.000,00 VALOR TOTAL: $ 1.293.500.000,00
Plazo de ejecución:	24 DE SEPTIEMBRE DE 2021 HASTA EL 8 DE ABRIL DE 2022
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	CARRERA 68 B BIS No 44 – 58 Torre B
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador	SM 06 NATALIA ANDREA PAEZ MENDIETA Enfermera Jefe Grupo Prestador de Atenciones en Salud

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
17 NOV 2021

del contrato y cargo que desempeña:	
Fecha de entrega certificada:	Del: 24/09/2021 Al: 30/09/2021
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	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIOS RECIBIDOS	VALOR RECIBIDO	VALOR FACTURADO	VALOR A AMORTIZAR Y/O DESCONTAR	VALOR A PAGAR
RASES 1	16	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS	$10.641.373.89	$10.641.373.89		

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FVE-759	25/10/2021	$10.641.373.89		$10.641.373.89
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$10.641.373.89

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

SM06 NATALIA ANDREA PAEZ MENDIETA
Enfermera Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud

No. 1 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nª 1

GS-2021- 481774 **-REGI1**

Bogotá D, C 08 de noviembre del 2021

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

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-7-20102-21**
TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _x_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	24/09/2021	Hasta	30/09/2021

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

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante acto administrativa orden interna No.009 Del 17/01/2020 o, la Señora Teniente Coronel ANA MILENA MAZA SAMPER, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°1, nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto al señor (a) SM06 Natalia Andrea Páez Mendieta Enfermera Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud.

17 NOV 2021

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 1**

1. Informe de supervisión del mes septiembre comprendido entre el 24 y el 30 presentado mediante comunicación oficial No GS-2021-481774 del 08/11/2021.

Información del contrato

Contrato No.	**81-7-20102-21**
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PEDIATRIA GENERAL Y LAS SUBESPECIALIDADES DE PEDIATRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1
Contratista	CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS
Representante legal	Lilian Carolina Guzmán Moreno
Valor inicial del contrato	VALOR VIGENCIA 2021: $ 693.500.000,00 VALOR VIGENCIA 2022: $ 600.000.000,00 VALOR TOTAL: $ 1.293.500.000,00
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	VALOR TOTAL: $ 1.293.500.000,00
Plazo de ejecución inicial	6 MESES 15 DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	24 DE SEPTIEMBRE DE 2021
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	08 DE ABRIL DE 2022
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
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

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

El contratista (CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS) cumplió la ejecución del contrato y con sus obligaciones.

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
EL CONTRATISTA se obliga a cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso de selección, prestando el servicio objeto del presente proceso con el cumplimiento del 100% de las especificaciones, condiciones 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 se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá colaborar con los entes de control de la entidad o del estado cuando así lo requiera	(SI)	NO APLICA
El servicio se prestará en las instalaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 (unidades Médicas de mediana complejidad: ESPAM EDGAR YESID DUARTE VALERO ubicado en la Carrera 68 B Bis No. 44-58 torre B, y la Unidad Médica de Seguridad Social ubicada en la Calle 44 No. 50 – 51 CAN de la ciudad de Bogotá), en horarios de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m, los días sábados el servicio se prestara de acuerdo a requerimientos del supervisor previa asignación de cita; *así como en las instalaciones del oferente garantizando la disponibilidad de consultorios de la siguiente manera (cinco) 5 consultorios en la cuidad de Bogotá, Según la*	(SI)	NO APLICA DIRECCIÓN DE SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 17 NOV 2021

necesidad de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 *y previa coordinación con el Coordinador médico de la* Regional de Aseguramiento en Salud No 1 *y de acuerdo con las necesidades del servicio evaluadas en la demanda insatisfecha del mes inmediatamente anterior.* En caso que algún profesional no pueda asistir a la consulta programada el contratista debe hacer la reprogramación de pacientes en un tiempo no superior a los quince 15 días calendario.		
EL CONTRATISTA deberá cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica Digital (SISAP) de los pacientes.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente, el profesional debe solicitar autorización previa al Comité Técnico-Científico de Autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad para su prescripción en formato vigente para tal fin.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá cumplir con las demás funciones señaladas en la constitución, la Ley, los estatutos, las disposiciones que determine la entidad y/o que le sean asignadas por la autoridad competente, de acuerdo al área de desempeño.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer y manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración a terceros.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones que puedan presentarse.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá aceptar y facilitar los requerimientos de Auditoria Médica de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1.	(SI)	NO APLICA
EL CONTRATISTA deberá asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización de carácter laboral del personal destinado para la ejecución del objeto del contrato. Igualmente el pago de impuestos, gravámenes y servicios	(SI)	NO APLICA

de cualquier género que se deriven de la ejecución del contrato.		
EL CONTRATISTA deberá prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten.	(SI)	NO APLICA
El CONTRATISTA se compromete a realizar los trámites para legalización del contrato dentro de los tres (3) días hábiles siguientes, contados a partir del retiro de la documentación de la Oficina del Grupo de contratos y firma de la hoja de instrucciones respectiva.	(SI)	NO APLICA
El **contratista** debe cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, de acuerdo a la normatividad vigente.	(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** debe diligenciar en el sistema SISAP las ordenes de servicio externo para solicitud de interconsultas o paraclínicos que se encuentren contratados en la Red Externa, para lo anterior debe solicitar la clave en la oficina de estadística de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 para la posterior autorización por parte de la Jefatura del Grupo Asistencial de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1.	(SI)	NO APLICA
El **CONTRATISTA** debe nombrar un coordinador que se encargara de organizar las actividades y será el enlace con la administración y el supervisor del contrato.	(SI)	NO APLICA
Las demás contenidos 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
EL **CONTRATISTA** deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para le pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.	(SI)	NO APLICA DIRECCIÓN DE SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 17 NOV 2021 SUJETO A VERIFICACIÓN

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 2015 "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
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 y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
El oferente debe anexar con su propuesta el Certificado de Habilitación expedido por la Secretaria de Salud de Bogotá conforme a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019.	SI	NINGUNA
El Oferente se obliga a cumplir con el objeto del contrato y efectuará la prestación de servicio de conformidad con las condiciones Técnicas Mínimas y Garantías requeridas en el presente proceso.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá colaborar con los entes de control de la entidad o del estado cuando así lo requiera.	SI	NINGUNA
El servicio se prestará en las instalaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 (unidades Médicas de mediana complejidad: ESPAM EDGAR YESID DUARTE VALERO ubicado en la Carrera 68 B Bis No. 44-58 torre B, y la Unidad Médica de Seguridad Social ubicada en la Calle 44 No. 50 – 51 CAN de la ciudad de Bogotá), en horarios de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m, los días sábados el servicio se prestara de acuerdo a requerimientos del supervisor previa asignación de cita;, así como en las instalaciones del oferente garantizando la disponibilidad de la siguiente manera: (cinco) 5 consultorios en la ciudad de Bogotá ; para (UPES CUNDINAMARCA y UPRES BOYACA el servicio se prestara en las instalaciones propias de la entidad según la necesidad de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 y previa coordinación con el Coordinador médico de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 y de acuerdo con las necesidades del servicio evaluadas en la demanda insatisfecha del mes inmediatamente anterior.(Estos consultorios deberán contar con la habilitación, y estar disponibles para la revisión por parte del comité técnico de evaluación).	SI	NINGUNA
El oferente certificara tener la disponibilidad necesaria de consultorios en sus instalaciones con el fin de cubrir la necesidad de servicios de salud según coordinación con la coordinación medica de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 junto con el REPS en su capacidad instalada los 5 consultorios, la entidad verificara el cumplimiento de este requisito consultando la capacidad instalada en el REPS.	SI	NINGUNA
El Oferente se compromete a ofertar mensualmente las horas necesarias para cumplir las necesidades del servicio en cada una de las especialidades y procedimientos ofertados.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá diligenciar en forma completa sin excepción la historia clínica en el sistema SISAP de acuerdo con la normatividad vigente Resolución 1995 de 1999.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente, el profesional debe solicitar autorización previa al Comité Técnico-Científico de Autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad para su prescripción en formato vigente para tal fin.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá cumplir con las demás funciones señaladas en la constitución, la Ley, los estatutos, las disposiciones que determine la entidad y/o que le sean asignadas por la autoridad competente, de acuerdo al área de desempeño.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá participar en comités y actividades de mejoramiento programados por la Regional de Aseguramiento en Salud No 1, cuando se requiera solicitados por la coordinación médica.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá revisar las guías de manejo institucionales y reelaboración de las mismas en caso de ser necesario una vez requerido por el Departamento Pediátrico del Hospital Central de la Policía Nacional por ser referente técnico científico.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer y manipular y	SI	NINGUNA

responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración a terceros.		
El Oferente deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones que puedan presentarse.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá aceptar y facilitar los requerimientos de Auditoria Médica de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá presentar la facturación de los servicios dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente a la prestación de los mismos; deberá presentar junto con la respectiva certificación expedida por el supervisor del contrato en la que se especifique las consultas y procedimientos que fueron realizados por el contratista, en medio magnético y escrito: certificación original, Listado por paciente, informe de estado de ejecución del contrato, Indicar claramente el diagnóstico y procedimientos realizados al paciente.	SI	NINGUNA
El Oferente deberá prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten a través de la Coordinación Médica de la Regional, así como ejercer su profesión con moral y ética.	SI	NINGUNA
La Regional de Aseguramiento en Salud No 1 se reserva el derecho de aceptar las hojas de vida del personal ofertado, o solicitar el cambio de los mismos.	SI	NINGUNA
El oferente se compromete con base en las necesidades de horas requeridas por la la Regional de Aseguramiento en Salud No 1, a incrementar o disminuir el número de horas solicitadas.	SI	NINGUNA
En caso que algún profesional no pueda asistir a la consulta programada el oferente que resultare adjudicatario debe hacer la reprogramación de pacientes en un tiempo no superior a los quince 15 días calendario	SI	NINGUNA
El Oferente deberá contar con ecocardiografo y espirómetro para la prestación del servicio.	SI	NINGUNA

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 cuarenta y siete (47) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato.

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: CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS
- BANCO: BANCO CAJA SOCIAL
- TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
- NUMERO DE CUENTA: 21003037565

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$1.293.500.000,00	100%
Valor total de las entregas	0	0%
Valor total facturado	0	0%
Valor facturado pendiente de pago	$10.641.373.89	0.8%
Valor pagado	0	0%
Valor pendiente de entrega	$1,282,857,896.17	99.8%

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
01 del 08 de noviembre de 2021	$10.642.103,83	24/09/2021 al 30/09/2021	$10.641.373,89	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_____

SM06 **NATALIA ANDREA PÁEZ MENDIETA**
Enfermera Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisor Contrato No. 81-7-20102-21
Correo electrónico: natalia.paez@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3017207342

FECHA: SEPTIEMBRE 30 DE 2021

LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

AUTORIZA A LA IPS CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS – CEREN

(CONTRATO N°81-7-20102-21).

PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PEDIATRIA GENERAL Y LAS SUBESPECIALIDADES DE PEDIATRIA CON DESTINO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1, DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE CON UN MAXIMO DE 2.572 HORAS (DOS MIL QUINIENTAS SETENTA Y DOS) RELACIONADAS A CONTINUACION:

HORAS SEPTIEMBRE	TOTAL HORAS MES
HORAS DE CONSULTA PEDIATRIA GENERAL	50.33
HORAS ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	12
HORAS DERMATOLOGÍA	16.33
HORAS ALERGOLOGIA PEDIATRICA	0.5
HORAS ORTOPEDIA PEDIATRICA	8
HORAS DE NEUROPEDIATRIA	9.5
HORAS GENETICA HUMANA	2.5
TOTAL	99.16

FORMATO NO CONTROLADO

Teniente FELIPE ANDRES RUIZ AVILA
Responsable Referencia-Contrarreferencia y Autorizaciones
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1
Esta autorización tiene validez de 30 días calendario (1mes)

VoBo: SM06 Natalia Andrea Páez Mendieta – Supervisor Contrato Pediatria General y Subespecialidades de pediatria

CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA S A S
NIT 900.510.844-2
ACT PRINCIPAL 8621 - ICA 9.66 X MIL AV 19 No. 108 - 35
Tel: (031) 3819775
Bogotá - Colombia
carteraceren2020@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FVE-759

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N0.1		
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	2207400
Dirección	CL 68 BIS # 44-58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	30/10/2021, 15:38
Expedición	08/11/2021, 15:39
Vencimiento	30/11/2021

Ítem	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	890283	HORAS DE CONSULTA PEDIATRIA GENERAL	50.33	67,940.00	3,419,420.20
2	890245	HORAS ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	12.00	144,317.00	1,731,804.00
3	890242	HORAS DERMATOLOGÍA	16.33	151,043.00	2,466,532.19
4	890225	HORAS ALERGOLOGIA PEDIATRICA	0.50	148,596.00	74,298.00
5	890281	HORAS ORTOPEDIA PEDIATRICA	8.00	148,790.00	1,190,320.00
6	890275	HORAS DE NEUROPEDIATRIA	9.50	144,286.00	1,370,717.00
7	890248	HORAS GENETICA HUMANA	2.50	155,313.00	388,282.50

Total Items: 7

Total Bruto	10,641,373.89
Total a Pagar	10,641,373.89

Valor en Letras:
Diez millones seiscientos cuarenta y un mil trescientos setenta y tres pesos m/cte con ochenta y nueve cent.

Condiciones de Pago:
VENTAS-CREDITO - Cuota No. 001 vence el 2021-11-30 por $ 10,641,373.89

Observaciones:
#$16-01-02-039;81-7-20102-21;natalia.paez@correo.policia.gov.co #$

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764015870398 aprobado en 20210303 prefijo FVE desde el número 678 al 5000 Vigencia: 12 Meses
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66/1000
CUFE: 7d560a536251e19c6dd68a797fea370024056b186175b4913dce6e40e4cbbf4b17a503529ebe3811ce608638a32a7a14

Elaborado por software Siigo Nube y emitido electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit. 830.048.145-8

CEREN

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

Yo, LILIÁN CAROLINA GUZMÁN MORENO, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.446.151 de Bogotá, en mi condición de Representante legal de la **IPS CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS** identificada con Nit 900.510.844-2, certifico que a fecha 30 de Septiembre, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

La certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Bogotá, a los treinta (30) día del mes de Septiembre de 2021.

Cordialmente;

LILIÁN CAROLINA GUZMÁN
M. C.C. 52.446.151

Yo, MARTHA LEYDA CORONADO, identificada con cédula de ciudadanía No. 33.367.660 de Bogotá con tarjeta profesional No. 151865-T de la junta central de contadores, en mi condición de Contadora Publica de la **IPS CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION NEUROCOGNITIVA SAS** identificada con Nit 900.510.844-2, certifico que a fecha 30 de Septiembre, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

La certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Bogotá, a los treinta (30) día del mes de Septiembre de 2021.

Cordialmente;

MARTHA LEYDA CORONADO
LUIS C.C. 33.367.660
T.P. 151865-T

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:09/11/2021

CONTRIBUYENTE	N.I.T. 900510844	CENTRO DE EVALUACION DIAGNOSTICA Y REHABILITACION

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: AC 13 35 13 Teléfonos: 4660539

Dirección electrónica: ceren.sas@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA JURIDICA Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Fecha Inicio	Tipo	Documento	NOMBRE	Tipo Representación
09/03/2020	C.C.	33367660	MARTHA LEYDA CORONADO LUIS	REVISOR FISCAL PRINCIPAL
10/04/2018	C.C.	52446151	LILIAN CAROLINA GUZMAN MORENO	REPRESENTANTE LEGAL

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

SGS CO18/8129

Version 2.02