Página 1 de 7 Código: 2BS-FR-0019	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	

No. GS-2023- - DENAR -29.25

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 01 de mayo del 2023

Mayor
CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento de Servicios en Salud No. 4
Cali (Valle)

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 66-7-20097-22

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/04/2023**	**Hasta**	**30/04/2023**

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 Acta 0291 de fecha 11 de Julio del 2022, designada por el señor Mayor **CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA**, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4, nombró como supervisor del contrato No 66-7-20097-22 a la señora Subintendente Angie Licet Lopez Cuaran.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. De informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: ___10___**

No.	RADICADO GECOP	FECHA DE PRESENTACIÓN	PERÍODO REPORTADO
1	GS-2022-075498-DENAR	01/08/2022	23-06-2022 AL 30-06-2022
2	GS-2022-098286-DENAR	26/09/2022	01-07-2022 AL 31-07-2022
3	GS-2022-098470 DENAR	26/09/2022	01-08-2022 Al 31-08-2022
4	GS-2022-106060-DENAR	14/10/2022	01-09-2022 AL 30-09-2022
5	GS-2022-121680-DENAR	18/11/2022	01-10-2022 AL 31-10-2022

Fiel copia del original angie.lopez

6	GS-2023-030248-DENAR	01/03/2023	01-11-2022 AL 30-11-2022
7	GS-2023-030278-DENAR	01/03/2023	01-12-2022 AL 31-12-2022
8	GS-2023-030359-DENAR	01/03/2023	01-01-2023 AL 31-01-2023
9	GS-2023-038159-DENAR	22/03/2023	01-02-2023 AL 28-02-2023
10	GS-2023-047621-DENAR	01/04/2023	01-03-2023 AL 31-03-2023

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20097-22**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD, PARA LAS USUARIAS Y BENEFICIARIAS GESTANTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN LA CIUDAD DE PASTO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA
Contratista	**CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL S.A.S**
Representante legal	**ANDREA JIMENA TOBAR**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($25.000.000) M/CTE**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**N/A**
Valor total del contrato u orden de compra	**VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($25.000.000)**
Plazo de ejecución inicial	**6 MESES Y 8 DIAS**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**23/06/2022**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**31/12/2022**
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**31/05/2023**
Adiciones	**No aplica**
Modificatorios	MODIFICACION 001 SUSTITUCION DE VIGENCIA PRORROGA AL PLAZO CTO. 66-7-20097-22
Prorrogas	MODIFICACION 001 SUSTITUCION DE VIGENCIA PRORROGA AL PLAZO CTO. 66-7-20097-22
Otros	**No aplica**

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

Fiel copia del original angie.lopez

1.1 Acciones adelantadas:

- No se adelanta ninguna acción de tipo administrativo.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con las obligaciones, frente al sistema de seguridad social, para fiscales (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF)...	SI	66570077

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
El Contratista deberá cargar las respectivas cuentas de cobro en el SECOP II	SI	No aplica
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 • RIPS cargados en el en el link: *https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frCargarRips.aspx* • 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 Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico del Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud y el sello del Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud, debidamente firmada por el usuario o	SI	No aplica

Copia del original angie.lopez

acudiente, fotocopia del documento de identificación del paciente. • La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa pactada.		
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 al correo electrónico denar.upres-ccu@correo.policia.gov.co.,asi mismo se deben validar en la plataforma **RECUM,** Además, se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro.	SI	No aplica
El oferente deberá informar al Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4 y supervisor de contrato de la Unidad Prestadora de Salud Nariño tipo B, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento. Una vez recibida la información la oficina de contratos comunicará al Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4.	SI	No aplica

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el desarrollo del presente contrato a la fecha no se han presentado situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (312) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (30) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 4 pagará el valor del contrato al CONTRATISTA en la ciudad de Cali, mensualmente, dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a la prestación de la factura comercial e original y dos copias, que deberá ser radicada en ventanilla única de la oficina central de cuentas de la de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. EL RECIBIDO A SATISFACCION (RAS) expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplido con los trámites administrativos y fiscales vigentes.

El CONTRATISTA y posterior CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se obligan a cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 053 del 01 de diciembre de 2020 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de Marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de Mayo de 2020".

NOTA: *Las facturas que se radiquen por fuera del término anteriormente señalado se entenderán como radicadas en el mes siguiente. Para mayor información al respecto, se podrá comunicar a la línea telefónica No. 6605795, Oficina Central de Cuentas.*

Copia controlada. Original angie.lopez

PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4: Una vez radicada la factura por parte del CONTRATISTA, el Coordinador de la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, deberá remitir la cuenta al Supervisor del Contrato, quien dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico y devolverla junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite correspondiente.

Si los documentos en referencia son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud Nariño, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

AUDITORIA DE CUENTAS: Los responsables de la Ventanilla Única de la Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, tramitará a la auditora de cuentas del Proceso Financiero la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

TRÁMITE DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". En su artículo 57 "Trámite de Glosas".

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

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 Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el CONTRATISTA no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.

Este es un copia del original angie lopez

- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- ✓ Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 o Policía Nacional, según sea el origen del usuario beneficiado.
- ✓ Discriminado de la factura.
- ✓ Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
- ✓ Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, debidamente firmada por el usuario o acudiente.
- ✓ Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPS con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- ✓ Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- ✓ Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- ✓ En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:
- ✓ Historias clínicas.
- ✓ Autorizaciones.
- ✓ Documento de identificación.

La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de Unidad Prestadora de Salud Nariño, ubicada en la carrera 35 No 19-119, tercer piso de la ciudad de Pasto, en horario administrativo.

PLATAFORMA SECOP II

El CONTRATISTA a quien se le adjudique el presente Proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del Contrato y poder realizar el respectivo Pago.

En el caso que el contratista haya cambiado de representante legal, además de la documentación anterior, se debe anexar certificado de representación legal expedido por la autoridad correspondiente, donde esté estipulada la nueva representación, así como la fotocopia de la cédula de ciudadanía de éste.

Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL S.A.S
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 0695027748
OFICINA: PASTO

Fiel copia del original angie lopez

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	$ 25.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 24.156.180,00	97%
Valor total facturado	$ 24.156.180,00	97%
Valor facturado pendiente de pago	$ 4.835.740,00	19%
Valor pagado	$ 20.501.940,00	82%
Valor pendiente de entrega	$ 843.820,00	3%

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
RAS 10	3.654.240	21 de abril del 2023	3.654.240	032023	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si 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. Durante el desarrollo de la ejecución se estará realizando verifica de la facturación mensual de los servicios prestados por tal razón se solicita a la entidad radicar cuentas mes a mes para evitar novedades en el desarrollo del contrato.

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 Angie López

Subintendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN
Responsable Central de cuentas Upres Nariño
Supervisor Contrato No. 66-7-20097-22
Correo electrónico: denar.upres-ccu@policia.gov.co
No. Celular: 3043870280

Fiel copia del original angie lopez

Página 1 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 21 de abril del 2023
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
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.	66-7-20097-22
Constancia de recibido No.	10
Contratista:	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL
NIT del contratista:	NIT. 900865853
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD, PARA LAS USUARIAS Y BENEFICIARIAS GESTANTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN LA CIUDAD DE PASTO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCION 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:	Vigencia 2022: TRECE MILLONES DE PESOS ($13.000.000) Vigencia 2023: DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000)
Plazo de ejecución:	Del 23 de Junio del 2022 hasta el 31 de mayo del 2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Instalaciones del Centro De Diagnóstico Integral Fetal en Pasto Nariño
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica

Fiel copia del original angie.lopez

GS-2023-079819-DENAR

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN Responsable Central de cuentas Upres Nariño
Fecha de entrega certificada:	Marzo 2023
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023.	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
REGI4	16	Servicios de Salud	$3.654.240	$3.654.240	0	$3.654.240

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
15511	13/02/2023	106.820	0	106.820
15512	13/02/2023	40.000	0	40.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**2.682.720**	**0**	**2.682.720**

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
15588	7/03/2023	135.060	0	135.060
15594	7/03/2023	106.820	0	106.820
15601	7/03/2023	169.540	0	169.540
15603	7/03/2023	141.120	0	141.120
15607	7/03/2023	344.960	0	344.960
15610	7/03/2023	46.060	0	46.060
15611	8/03/2023	169.540	0	169.540
15612	8/03/2023	169.540	0	169.540
15613	8/03/2023	215.600	0	215.600
15617	27/03/2023	46.060	0	46.060
15619	27/03/2023	215.600	0	215.600
15627	27/03/2023	215.600	0	215.600
15628	27/03/2023	46.060	0	46.060
15631	27/03/2023	106.820	0	106.820
15636	27/03/2023	46.060	0	46.060
15644	27/03/2023	60.760	0	60.760
15645	27/03/2023	106.820	0	106.820
15648	27/03/2023	215.600	0	215.600
15649	27/03/2023	238.140	0	238.140
15650	27/03/2023	169.540	0	169.540
15673	28/03/2023	60.760	0	60.760
15674	28/03/2023	167.580	0	167.580
15675	28/03/2023	46.060	0	46.060

Fiel copia del original angie.lopez

430224171

15676	28/03/2023	46.060	0	46.060
15678	29/03/2023	215.600	0	215.600
15689	31/03/2023	106.820	0	106.820
15690	31/03/2023	46.060	0	46.060
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**3.654.240**	**0**	**3.654.240**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas. ***De igual forma solicito se Tramite cuenta con Compromiso QUIPU 809 y Compromiso SIIF 3123.***

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, y cumplir con el objeto contractual conforme a lo pactado	**SI**	CUMPLE
2	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Cinco (5) 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	**SI**	CUMPLE
3	En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada en la reunión conciliatoria deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	**SI**	CUMPLE
4	El oferente deberá presentar certificado de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se reporte que cuentan con SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312 DEL 13 de febrero de 2019.	**SI**	CUMPLE

Fiel Copia del Original angielopez

Angelicat López C.

Subintendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN
Responsable Central de cuentas Upres Nariño

Página 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 reparte la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No. 182 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 809

No. CONTRATO: 66-7-20097/22

FECHA DE RECIBIDO : 03-04-2023

VALOR PAGO: 3.654.240

NUMERO DE RADICADO SIIF:

VALOR QUE SE AMORTIZARA CON EL PAGO A FINANCIAR: 0

CONTRATISTA: Coelint

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO 032023

NIT DEL CONTRATISTA: 900865853

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

DENA

EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI ____	NO X
EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI ____	NO X
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: ____

1. NUMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 3423

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

3. FACTURA ORIGINAL ✓

4. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: ____ ✓

5. NUMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN. N/A

6. NUMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): N/A

7. PUBLICACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP N/A

8. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP N/A

9. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. N/A

10. COPIA DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP N/A

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

12. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ✓

OBSERVACIONES : ____

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

FIRMA

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

CARGO FUNCIONARIO

Fiel copia del original angie.lopez

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL

805022186

RADICACION DE CUENTAS

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

03/04/2023 10:52:23

Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
1882	RADICADA	03/04/2023	900865853	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL"

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	15636	27/03/2023	46,060.00
DENAR	15676	28/03/2023	46,060.00
DENAR	15675	28/03/2023	46,060.00
DENAR	15674	28/03/2023	167,580.00
DENAR	15673	28/03/2023	60,760.00
DENAR	15678	29/03/2023	215,600.00
DENAR	15689	31/03/2023	106,820.00
DENAR	15690	31/03/2023	46,060.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	809	2022	3,654,240.00

Fiel copia del original angie.lopez

GS-2023-079819-DENAR

CUENTA DE COBRO No.032023

PASTO-NARIÑO, Lunes 03 de Abril de 2023

CEDIF IPS
CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL FETAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4
NIT: 805022186-6

DEBE A:

CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS
NIT. 900865853-2

LA SUMA DE: $ 3.654.240.oo
TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 3.654.240.oo)

POR CONCEPTO DE:
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, CORRESPONDIENTES AL CONTRATO 066-1-200097-22

PERIODO FACTURADO: Desde el 01/Marzo/2023 hasta el 31/Marzo/2023

TOTAL FACTURAS: 27 **TOTAL FOLIOS:**

ANDREA JIMENA TOBAR ERASO
Representante Legal

Anexo: Relación de facturas
Facturas debidamente soportadas.

Fiel copia del original angie.lopez

GS-2023-079819-DENAR

430224171

RELACION DE FACTURAS

ADMINISTRADOR REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4

Marzo de 2023

N°	Factura	Fecha	Documento	Paciente	Valor	Descuento	Copago	Total
1	15588	2023-03-07	27233470	EDYTH YAMILE ARGOTY ROMO	135,060	-	-	135,060
2	15594	2023-03-07	1087047991	DIANA MARIA MELO GONZALEZ	106,820	-	-	106,820
3	15601	2023-03-07	1086224944	DANIELA ALEJANDRA SANTACRUZ TOBAR	169,540	-	-	169,540
4	15603	2023-03-07	1130631309	MONICA CRISTINA CUATAPI MAYA	141,120	-	-	141,120
5	15607	2023-03-07	1086017870	IVIE DAYANA YEPEZ VARGAS	344,960	-	-	344,960
6	15610	2023-03-07	1084228090	ALEJANDRA MARTINEZ NANDAR	46,060	-	-	46,060
7	15611	2023-03-08	1085253417	TANIA YOHANA MORA GONZALES	169,540	-	-	169,540
8	15612	2023-03-08	1085295558	GERLY MARCELA DELGADO DIAZ	169,540	-	-	169,540
9	15613	2023-03-08	27233470	EDYTH YAMILE ARGOTY ROMO	215,600	-	-	215,600
10	15617	2023-03-27	1085253417	TANIA YOHANA MORA GONZALES	46,060	-	-	46,060
11	15619	2023-03-27	1085253840	MARDORY ANISLEY OJEDA ARTEAGA	215,600	-	-	215,600
12	15627	2023-03-27	1087200802	DORA CAROLINA ZAMBRANO OROBIO	215,600	-	-	215,600
13	15628	2023-03-27	1086224944	DANIELA ALEJANDRA SANTACRUZ TOBAR	46,060	-	-	46,060
14	15631	2023-03-27	1085303068	CISLENY CAROLINA ORDOÑEZ KLINGER	106,820	-	-	106,820
15	15636	2023-03-27	1085332016	YISLEN ALEJANDRA HERRERA BRAVO	46,060	-	-	46,060
16	15644	2023-03-27	1084228090	ALEJANDRA MARTINEZ NANDAR	60,760	-	-	60,760
17	15645	2023-03-27	1090454737	KELLY JOHANNA CAMPO FLOREZ	106,820	-	-	106,820
18	15648	2023-03-27	1060268126	YENY ANDREA ARENAS SANCHEZ	215,600	-	-	215,600
19	15649	2023-03-27	1084228090	ALEJANDRA MARTINEZ NANDAR	238,140	-	-	238,140
20	15650	2023-03-27	1086139638	BANELLY FERNANDA BARCO VALLEJO	169,540	-	-	169,540
21	15673	2023-03-28	1085332016	YISLEN ALEJANDRA HERRERA BRAVO	60,760	-	-	60,760
22	15674	2023-03-28	1088737732	DANYELI TATIANA CADENA ORTIZ	167,580	-	-	167,580
23	15675	2023-03-28	1087751339	ANGELIS CRISTINA ERAZO GOMEZ	46,060	-	-	46,060
24	15676	2023-03-28	1085279406	MARISELY MARGARITA MORAN BASTIDAS	46,060	-	-	46,060
25	15678	2023-03-29	1087414007	SILVIA PATRICIA PAZMIÑO BENAVIDES	215,600	-	-	215,600
26	15689	2023-03-31	1090454737	KELLY JOHANNA CAMPO FLOREZ	106,820	-	-	106,820
27	15690	2023-03-31	1084228090	ALEJANDRA MARTINEZ NANDAR	46,060	-	-	46,060
				TOTAL	3,654,240	-	-	3,654,240

Esta copia es fiel y exacta del documento original

Direccion de Sanidad Policia Nacional

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Número Pre-Radicado	338015	Fecha Pre-Radicado	4/8/2023 10:38:59 AM
Nombre de la Entidad	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL PETRA SAS	Vlr Ini de Cargue	$3,654,240
Cantidad de Cuentas Registradas	17	Vlr Fin de Cargue	$3,654,240.00
Nombre Dirección Regional	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI4		

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

Fiel copia del original angie.lopez

CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS - CEDIF SAS
NIT 900.865.853 – 2
CR 23 20 27 CS 901 ED V1501
TEL 317 324 6647
SAN JUAN DE PASTO

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

CERTIFICA

QUE LA EMPRESA: **CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS - CEDIF SAS.** CON NIT 900.865.853-2, SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES A LA FECHA.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EL 01 DE ABRIL DE 2023.

CARLOS ANDRES LOPEZ ERASO
T.P. 46.621 – T

Fiel copia del original angie.lopez

GS-2023-079819-DENAR

430224171

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	[illegible]	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS	CRA 25 A No 20 - 10 ORIENTE LA RIVIERA	7363911	carlosandreslopez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	D - Demás de 200 S		NARIÑO	PASTO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-03	E		69579077	$2,179,800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	305,900	0		0		0	0	0	0	305,900	3
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	50,200	0		0		0	0	0	0	50,200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING - Protección)	800227639-0	200,700	0	0	0	0	0	0		200,700	1
230301	Porvenir	800224808-8	373,300	0	0	0	0	0	0		373,300	1
231001	Colfondos	800227940-6	587,200	0	0	0	0	0	0		587,200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	261,700	0	0	0	0	0	0		261,700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Nota Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	44,000				44,000	0	0	44,000			440	44,000	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Flor Nariño	891280036-1	356,100	0	0	356,100	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	356,100	356,100
Pensión	4	1,423,600	1,423,600
Riesgos Laborales	1	44,000	44,000
CCF	1	356,100	356,100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2,179,800	2,179,800

Fiel copia del original angie.lopez