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-2023- 122185 **DENAR UPRES-JEFAD**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 30 de agosto de 2023

Mayor
CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.4
Cali-Valle del Cauca

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. **66-7-20041-23 mes** de julio

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/07/2023**	**Hasta**	**31/07/2023**

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 comunicación oficial número 0073/AREAD-GRUCO del 17 de abril de 2023, la Región de aseguramiento en salud No. 4, nombró como supervisor del contrato del asunto a la PT. VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 3**

No.	RADICADO GEPOL	FECHA DE PRESENTACION	PERIODO REPORTADO
1	GS-2023-111917- DENAR	17/08/2023	17/04/2023 al 30/04/2023
2	GS-2023-095723- DENAR	14/07/2023	01/05/2023 al 31/05/2023
3	GS-2023-106848- DENAR	14/07/2023	01/06/2023 al 30/06/2023

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20041-23**
Objeto del Contrato / instrumento de	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIATRIA; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA

agregación de la orden de compra	NACIONALEN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TECNICA Y CIENTIFICAMENTEEN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL). Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO No 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2002, QUE SEAN APROBADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN- BOGOTA DC. O AQUELLOS APARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA".
Contratista	UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
Representante legal	**FERNANDO ALIRIO ENRIQUEZ TORRES**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**$ 35.000.000 TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**N/A**
Valor total del contrato u orden de compra	**$ 35.000.000 TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS**
Plazo de ejecución inicial	DEL 17 DE ABRIL DE 2023 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**17/04/2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**31/12/2023**
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	**N/A**

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

Se realiza visita a instalaciones de la UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS., en el mes de abril y se toma contacto con el gerente y el jefe administrativo para generar buenas relaciones con la institución y tener claro las condiciones del contrato, así mismo se realiza recorrido por las instalaciones del hospital para corroborar las condiciones contractuales.

1.1 Acciones adelantadas: N/A

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, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) ...	SI	Planilla No. 69818703 del 02/08/2023

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)		
La atención por consulta externa debe prestarse previa autorización expedida solamente por el funcionario de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, anexando copia del documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil.). Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos.	SI	Se verifica cuenta del mes de julio, que cumpla con la presente condición
El contratista dispondrá de una persona encargada de la coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que 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.	SI	El contratista cumple con esta condición, donde presenta un funcionario encargados de solucionar y atender los requerimientos del personal de la UPRES NARIÑO
En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	SI	Esta condición se aplicara cuando se presenten glosas

a. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

1. Durante el desarrollo del presente contrato en el mes de julio no se presentaron situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.
2. Se entregan facturas número 4359 de atenciones del mes de julio del año 2023, pero también relacionan una atención del mes de junio, factura recibida el 04 del mes de agosto de 2023 en la oficina de central de cuentas.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (104) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (55) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El supervisor del contrato emitirá el respectivo Recibido a Satisfacción Técnico – Económico del contrato.
La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 pagará el valor del contrato al Oferente en la ciudad de Cali, mensualmente, dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a la presentación de la factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única de la oficina central de cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, dentro de los primeros cinco (05) días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. El RECIBO A SATISFACCIÓN (RAS) expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes.

Una vez radicada la factura por parte del Oferente, 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 OFERENTE, 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", cuyo texto es el siguiente:

"ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago."

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

La radicación de la facturación impresa 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 facturación debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada al lado izquierdo, máximo 250 folios y 50 facturas por paquete o envío, hojas alineadas, 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. La facturación no debe tener ganchos metálicos de cosedora ni papel carbón.
- 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 Oferente 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.
- 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 – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, 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.

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

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.

CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación, por parte de la central de autorización de la USP salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente.

La atención del evento adverso entendido como "el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño en el paciente" será asumido por el prestador una vez agotado el debido proceso (Comité de seguridad de paciente extra institucional, Protocolo de Londres).

Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central (el cual puede ser en el formato que el Oferente maneje ajustado a lo normado).

Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN – Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago)

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

PLATAFORMA SECOP II
El Oferente 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.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
CUENTA No. 88100013550
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA

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	$ 35.000.000	100%
Valor total de las entregas	$ 30.901.391	88%
Valor total facturado	$ 3.781.000	10%
Valor facturado pendiente de pago	$ 3.781.000	10%
Valor pagado	$ 30.901.391	88%
Valor pendiente de entrega	$ 317.609	2%

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
005	$ 3.781.000	04/08/2023	$ 3.781.000	4359	$ 3.781.000	$ 0	consultar SECOP II o Tesorería unidad

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, 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 junto con su personal ha sido resolutivos en los requerimientos que se han hecho al contratista frente a la atención en servicios médicos.

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_____

Patrullera VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS
Responsable Talento Humano UPRES NARIÑO
Supervisor Contrato No. 66-7-20041-23
Correo electrónico: Viviana.cardenas4095@correo.policia.gov.co
No. Celular:3177387918

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 29 de agosto de 2023
Unidad:	REGION DE ASEGURAMIENTO 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.	66-7-20041-23
Constancia de recibido No.	**5**
Contratista:	UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
NIT del contratista:	NIT. 901243673-8
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIATRIA, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONALEN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TECNICA Y CIENTIFICAMENTEEN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL). Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO No 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2002, QUE SEAN APROBADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN- BOGOTA DC,O AQUELLOS APARADOS BAJO 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:	$ 35.000.000 TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS
Plazo de ejecución:	DEL 17 DE ABRIL DE 2023 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	PT. VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS Responsable de Talento Humano
Fecha de entrega certificada:	Julio
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
Regi. 4	16	Servicios de Salud	$ 3.781.000	$ 3.781.000	0	$ 3.781.000

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
FEUF48871	17/06/2023	46.000	0	46.000
FEUF49871	1/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF49912	4/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF49915	4/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF49983	4/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF50068	5/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF50236	10/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF50241	10/07/2023	247.000	0	247.000
FEUF50287	10/07/2023	196.000	0	196.000
FEUF50355	11/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF50379	11/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF50394	11/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF50403	11/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF50484	11/07/2023	604.000	0	604.000
FEUF50516	12/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF50603	12/07/2023	212.000	0	212.000

FEUF50715	13/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF50801	14/07/2023	190.000	0	190.000
FEUF50852	14/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF51016	17/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF51599	26/07/2023	106.000	0	106.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 3.781.000**	**$ 0**	**$ 3.781.000**

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 QUPU 126 y compromiso SIFF 31323

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

PT. **VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS**
Supervisora Contrato No. 66-7-20041-23

Angie López
29/08/2023

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 tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No. 43591 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. CONTRATO:

VALOR PAGO: 3.781.000

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR:

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 126

FECHA DE RECIBIDO: 04-08-2023

NUMERO DE RADICADO SIIF:

CONTRATISTA: Unidad de Tesorería.

NIT DEL CONTRATISTA: 901243643

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 ESTA AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI ____ NO X

NOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO
ETICARIO DEL PAGO) N/A

CUENTA BANCARIA: ____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 31323

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

9. NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): ____

10. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP N/A

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

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

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

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

15. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL) PARÁGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 1271 DEL 18 DE JUNIO DE 2008. ✓

OBSERVACIONES: ____

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

Pagina: 2 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		

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.

SI_____ NO_____

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ No. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
805022186
RADICACION DE CUENTAS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

04/08/2023 10:15:50
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
4359	RADICADA	04/08/2023	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	48871	17/06/2023	46,000.00
DENAR	49871	01/07/2023	46,000.00
DENAR	49915	04/07/2023	302,000.00
[illegible]R	49912	04/07/2023	302,000.00
DENAR	49963	04/07/2023	302,000.00
DENAR	50068	05/07/2023	46,000.00
DENAR	50236	10/07/2023	302,000.00
DENAR	50241	10/07/2023	247,000.00
DENAR	50287	10/07/2023	196,000.00
DENAR	50355	11/07/2023	46,000.00
DENAR	50379	11/07/2023	46,000.00
DENAR	50484	11/07/2023	604,000.00
DENAR	50403	11/07/2023	46,000.00
DENAR	50394	11/07/2023	46,000.00
DENAR	50516	12/07/2023	302,000.00
DENAR	50603	12/07/2023	212,000.00
DENAR	50715	13/07/2023	302,000.00
DENAR	50852	14/07/2023	46,000.00
DENAR	50801	14/07/2023	190,000.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	126	2023	3,781,000.00

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
4359	RADICADA	04/08/2023	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	51018	17/07/2023	46,000.00
DENAR	51599	26/07/2023	106,000.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	126	2023	3,781,000.00

Página 1 de 1
Código: SAS-FR-0008
Fecha: 14-12-2012
Versión: 0

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR

CERTIFICACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA

POLICÍA NACIONAL

FISIATRIA CS

RELACIÓN DE FACTURAS DE LA UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL NIT 901036873 PARA PAGO POR CONTRATO N° 044-7-2000041-23

No. RADICACION 4339 DEL 04 DE AGOSTO DE 2023, ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS QUE 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 LA POLICIA NACIONAL, SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423 DEL CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	FEUF48871	17/05/2023	04/05/2023	JEYSON ORSALES ORALDO	1.069.002.282	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FEUF49871	31/07/2023	16/05/2023	MAURA DELGADO MELO	58.829.257	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FEUF49912	04/07/2023	23/06/2023	GERMAN SERRALDE ARELLANO	98.398.987	**NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	302.000	17/08/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FEUF49915	04/07/2023	22/06/2023	DARWIN ACOSTA ENRIQUEZ	1.065.268.913	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL UNDAS **(890.3C)	302.000	17/08/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FEUF49983	04/07/2023	21/06/2023	OSCAR GARCIA SALAS	98.216.534	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	302.000	17/08/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FEUF50068	05/07/2023	20/06/2023	FRANCISCO JAVIER ABEJON GUERRON	87.472.439	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FEUF50236	10/07/2023	27/06/2023	AYDA CASTILLO SALAS	36.733.780	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	302.000	17/08/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FEUF50241	10/07/2023	29/06/2023	NICOLAS CHIANA ARIAS	1.000.022.397	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA ELECTROMIOGRAFIA	247.000	17/08/2023	0	N/A	247.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	FEUF50287	10/07/2023	27/06/2023	OLGA BERNAL CEBALLOS	39.999.634	EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	196.000	17/08/2023	0	N/A	196.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	FEUF50355	11/07/2023	26/06/2023	DIEGO HUERTAS MARTINEZ	97.063.305	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	FEUF50379	11/07/2023	21/06/2023	AURA OBANDO DIAZ	37.462.069	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	FEUF50394	11/07/2023	23/06/2023	JOHANNA NARVAEZ BERMUDEZ	1.088.257.339	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	FEUF50403	11/07/2023	19/06/2023	ALEXANDER ROMERO MENDOZA	5.268.496	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	FEUF50484	11/07/2023	22/06/2023	FREDESVINDA INSUASTY ZAMORA	30.704.402	**NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	604.000	17/08/2023	0	N/A	604.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
15	FEUF50516	12/07/2023	21/06/2023	OSCAR RIVERA RIVERA	5.331.939	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL UNDAS **(890.3C)	302.000	17/08/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
16	FEUF50603	12/07/2023	23/06/2023	NERY CERON GOMEZ	37.096.008	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	212.000	17/08/2023	0	N/A	212.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
17	FEUF50715	13/07/2023	16/06/2023	MARIA MONCAYO DE DIEJO	27.067.501	**NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	302.000	17/08/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
18	FEUF50801	14/07/2023	26/06/2023	ALVARO ROSERO BURBANO	87.372.177	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL A	190.000	17/08/2023	0	N/A	190.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
19	FEUF50852	14/07/2023	24/05/2023	YAMISS SOLANO MUÑOZ	98.334.059	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
20	FEUF51016	17/07/2023	29/06/2023 [illegible]	LIDIA LUZA SANTIAGO	27.232.827	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/08/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
51	FEUF51599	26/07/2023		PATRICIA MORA RUEDO	30.741.183	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	106.000	17/08/2023	0	N/A	106.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							3.781.000		0		3.781.000		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO RIVERO
MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOL IDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1581282?	FERNANDO AURIO ENRIQUEZ TORRES		CALLE A 43 B 15	7387982	info@unidadfiscalria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	1	02/08/2023	69618733	$6.822.100	

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					
EPS000	Sanitas EPS	800251440-6	2.300.000	0		0		0	0	0	0	2.300.000	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
35-14	Colpensiones	900336004-7	2.944.000	0	0	82.000	82.000	0	0		3.126.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto 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	Riesgos prof Colmena	800256175-3	192.100				192.100	0	0	192.100			1.921	192.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	1	2.300.000	2.300.000
Pensión	1	3.126.000	3.126.000
Riesgos Laborales	1	192.100	192.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	5.620.100	5.618.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Unidad de Fisiatria y Orthointegral SAS
NIT. 901243673-8
PASTO
NARIÑO / PASTO

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FACTURA NÚMERO	FEUF48871
FECHA DE FACTURA	17/06/2023 08:43:00
FECHA DE VALIDACIÓN	17/07/2023
FECHA DE VENCIMIENTO	30 Días
PLAZO DE PAGO	Pago Negocio
FORMA DE PAGO	Corporativo Ahorros Crédito (CTP)

Régimen de facturación No responsable de IVA. Actividad económica . Autorización de Facturación Electronica Resolución No.18764040661051, desde: 02/12/2022 hasta: 02/12/2023 vigencia: 12 meses prefijo: FEUF desde el No. 38,439 hasta el No.50,000

DATOS DEL RESPONSABLE

NOMBRE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 4
NIT/CC: 805022186 - 6
DIRECCION: AV 10 NORTE 16 N 21
CIUDAD: VALLE DEL CAUCA / CALI
TELEFONO:
POLIZA: 0
CODIGO PRESTADOR: 520010297101
CONTRATO: 066-7-200041-23
CONVENIO: REGIONAL DE AEGURAMIENTO EN SALUD N 4

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: JEYSON GRISALES GIRALDO
NIT/CC: 1088002392
TIPO IDENTIFICACION: Cédula de ciudadanía
TELEFONO: 3146963952
DIRECCION: MZ 8 CS 14 LA MINGA
EDAD: 33 Años
MEDICO: VILLA ROSERO DAVID ANDRES
ESTRATO: AFILIADO/BENEFICIARIO
FICHA No: 0
FECHA INGRESO: 17/06/2023
FECHA EGRESO: 17/06/2023
T.USUARIO: PARTICULAR
TIPO DE USUARIO: Contributivo cotizante
COBERTURA BENEFICIOS: Plan de beneficios en salud financiado con UPC
MODALIDAD PAGO: Por servicio
AUTORIZACION No: 5056771
INICIO FACTURACION: 17/06/2023
FINAL FACTURACION: 17/06/2023
NUMERO MIPRES: 0
EENTREGA MIPRES: 0
COPAGO: $ 0
CUOTA MODERADORA: $ 0
CUOTA RECUPERACION: $ 0
PAGOS COMPARTIDOS: $ 0

CUFE: ef372050c61e4e5b5f96a74f95eace0f2d36f04f41cf3ce29875eaa2e31e416026dc3f5b91f84e596cb26dcfe2a702be

No	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1	890264	CONSULTA PRIMERA VEZ POR FISIATRIA	1.00	$ 46,000	$ 46,000

VALOR TOTAL FACTURA	$ 46,000
Copago/CuotaModeradora	$ 0,00
Descuentos	$ 0
TOTAL A PAGAR POR: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 4	**$ 46,000**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos, autorizo, como Titular de los datos, para que estos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL S.A.S. con Nit 901243673-8, siendo tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual, adicional, a las actividades de publicidad, marketing y mercadotecnia. Declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo de mis datos, mediante escrito dirigido a UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL S.A.S. al correo electrónico info@unidadfisiatria.com, indicando en el asunto el derecho que deseo ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CRA 33 10-27 Edificio V1501 P4,PASTO. De igual modo, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea cumplir con la información requerida por las antes gubernamentales con la finalidad específica de dar cumplimiento a las leyes impuestas por el estado y/o intercambio de datos de carácter médico, cuando así lo exija el Tratamiento del Titular por razones de salud o higiene pública.

FACTURADOR: _____
Administrador Sistema

PACIENTE: JEYSON GIRALDO J.
JEYSON GRISALES GIRALDO

San Juan de Pasto, 01 de Agosto de 2023

Unidad de Fisiatría

CUENTA DE COBRO NO. 05

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

NIT. 805.022.186-6

DEBE A:

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

Rega 126
Sik 31323
Rq 4359
axl 1072

LA SUMA DE:

$ 3,781,000

TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL PESOS

POR CONCEPTO DE:

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA Y ESTUDIOS DE ELECTRODIAGNOSTICO EN LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA DURANTE EL MES DE JULIO DEL AÑO 2023

WILMER ANDRES ARTEAGA SANTACRUZ
LIDER DE FACTURACION Y CUENTAS

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS
RELACION DE FACTURAS POR EMPRESA
REGIONAL DE AEGURAMIENTO EN SALUD N 4

FECHA INICIAL: 01/07/2023

Factura	Fecha	No Historia	Admision	Paciente	Vr Neto
48871	17/06/2023	1088002392	150862	GRISALES GIRALDO JEYSON	46,000
49871	01/07/2023	59829257	152014	DELGADO MELO MAURA RUBIELA	46,000
49912	04/07/2023	98388987	152056	SERRALDE ARELLANO GERMAN DARIC	302,000
49915	04/07/2023	1085262372	152059	ACOSTA ENRIQUEZ DARWIN MAURICIC	302,000
49983	04/07/2023	98216034	152127	GARCIA SALAS OSCAR OSWALDO	302,000
50068	05/07/2023	97472439	152218	JACANAMEJOY GUERRON FRANCISCC	46,000
50236	10/07/2023	30733786	152407	CASTILLO SALAS AYDA RUTH	302,000
50241	10/07/2023	1030022397	152412	CHANA AWAD NICOLAS ALEJANDRO	247,000
50287	10/07/2023	36999694	152459	BERNAL CEBALLOS OLGA MYRIAM	196,000
50355	11/07/2023	87063305	152536	HUERTAS MARTINEZ DIEGO LEONARD	46,000
50379	11/07/2023	27482069	152561	OBANDO DIAZ AURA JUDITH	46,000
50394	11/07/2023	1085257339	152577	NARVAEZ BENAVIDES JOHANNA MERC	46,000
50403	11/07/2023	5269498	152587	ROMERO MENDOZA ALEXANDER MAU	46,000
50484	11/07/2023	30704402	152669	INSUASTY ZAMORA FREDESVINDA	604,000
50516	12/07/2023	5331539	152701	RIVERA RIVERA OSCAR TANCREDO	302,000
50603	12/07/2023	27096609	152794	CERON GOMEZ NERY DEL SOCORRO	212,000
50715	13/07/2023	27057501	152912	MONCAYO DE TREJO MARIA DEL ROS/	302,000
50801	14/07/2023	87573177	153002	ROSERO BURBANO ALVARO ERNESTC	190,000
50852	14/07/2023	98398028	153057	BOLAÑOS MUÑOZ ARNOBI	46,000
51016	17/07/2023	27537827	153243	LOZA BASTIDAS LIDIA MARLENY	46,000
51599	26/07/2023	30741183	153955	MORA BUENO PATRICIA ISABEL	106,000
TOTAL FACTURAS:	36				3,781,000

323 No se cubren dipsile ni de FEU ni de atención