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- 153342 · **DENAR UPRES-JEFAD**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 31 de octubre 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 agosto

TIPO DE INFORME

PERIODICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	01/08/2023	Hasta	31/08/2023

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:** 4

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
4	GS-2023-122185- DENAR	30/08/2023	01/07/2023 al 31/07/2023

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20041-23**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	"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".
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)	**30/08/2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**31/12/2023**
Adiciones	Mediante comunicado oficial No. GS-2023-119609-REGI4 de fecha 30 de agosto de 2023, debidamente autorizado por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 (E), la supervisora del contrato solicita realizar el acta modificatoria **001** al contrato **66-7-20041-23**, en sentido de adicionar el valor del contrato en **DIECISIETE MILLONES DE PESOS ($17.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, para la vigencia **2023**, quedando como nuevo valor total del contrato en **CINCUENTA Y DOS MILLONES DE PESOS (52.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, para la vigencia **2023**

	VIGENCIA 2023: $ 52.000.000
Modificatorios	**MODIFICACION 001 del 30 de agosto de 2023** • **Clausula valor** • **Clausula plazo de ejecución** • **Clausula garantía**
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. 7897098719 del 19/09/2023

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 agosto, 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	SI	El contratista cumple con esta condición, donde presenta un funcionario encargados de solucionar y atender los requerimientos del personal de la UPRES NARIÑO

Nariño mediante documento escrito una vez le sea entregada la respectiva carta de inicio del contrato.		
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 agosto no se presentaron situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.
2. Se entregan factura número 5671 de atenciones del mes de julio del año 2023, factura recibida el 03 del mes de octubre de 2023 en la oficina de central de cuentas.
3. Se entregan factura número 5669 de atenciones del mes de julio del año 2023, factura recibida el 03 del mes de octubre de 2023 en la oficina de central de cuentas.
4. Se entregan facturas número 5673 de atenciones del mes de agosto del año 2023, factura recibida el 03 del mes de octubre de 2023 en la oficina de central de cuentas.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (134) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (25) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

2. 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	$ 52.000.000	100%
Valor total de las entregas	$ 34.682.391	66%
Valor total facturado	$ 3.675.000	7%
Valor facturado pendiente de pago	$ 3.675.000	7%
Valor pagado	$ 34.682.391	66%
Valor pendiente de entrega	$ 13.642.609	27%

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
006	$ 2.917.391	03/10/2023	$ 2.917.391	5671	$ 2.917.391	$ 0	consultar SECOP II o Tesorería unidad
007	$317.609	03/10/2023	$317.609	5669	$317.609	$ 0	consultar SECOP II o Tesorería unidad
008	$440.000	03/10/2023	$440.000	5673	$440.000	$ 0	consultar SECOP II o Tesorería unidad

4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)*

3. 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.

4. 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, 23 de octubre de 2023
Unidad:	REGION DE ASEGURAMIENTO No. 4
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-7-20041-23
Constancia de recibido No.	6
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	$ 2.917.391	$ 2.917.391	$0	$ 2.917.391

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
FEUF50799	14/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF50866	14/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF51174	19/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF51199	21/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF51258	24/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF51297	24/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF51370	24/07/2023	151.000	0	151.000
FEUF51392	25/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF51420	25/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF51531	26/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF51547	26/07/2023	302.000	0	302.000
FEUF51636	27/07/2023	604.000	0	604.000
FEUF51636	27/07/2023	-317.609	0	-317.609
FEUF51637	27/07/2023	46.000	0	46.000
FEUF51809	28/07/2023	46.000	0	46.000

FEUF51844	28/07/2023	392.000	0	392.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$2.917.391	$ 0	$2.917.391

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 529 y compromiso SIFF 66223

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

RECIBE: _____
FECHA: _____

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO
AREA DE SANIDAD
CENTRAL DE CUENTAS

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO
AREA DE SANIDAD
CENTRAL DE CUENTAS
FECHA: 24-10-2023
RECIBE: IT Angie

Código: 2BS-FR-0021	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
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: 567 | (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 529

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 03-10-2023

VALOR PAGO: 2917.391

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : _____

CONTRATISTA: Unidad de Vistahermosa

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

NIT DEL CONTRATISTA: 901 243 673

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI _____ NO X

2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI _____ NO X

3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI _____ NO X

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

CUENTA BANCARIA: _____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 66223

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 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

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

CARGO Y UNIDAD

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL

805022186

RADICACION DE CUENTAS

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

03/10/2023 15:19:36

Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
5671	RADICADA	03/10/2023	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	50799	14/07/2023	302,000.00
DENAR	50866	14/07/2023	302,000.00
DENAR	51174	19/07/2023	302,000.00
DENAR	51199	21/07/2023	46,000.00
AR	51258	24/07/2023	46,000.00
DENAR	51297	24/07/2023	46,000.00
DENAR	51370	24/07/2023	151,000.00
DENAR	51392	25/07/2023	302,000.00
DENAR	51420	25/07/2023	46,000.00
DENAR	51531	26/07/2023	302,000.00
DENAR	51547	26/07/2023	302,000.00
DENAR.	51636	27/07/2023	604,000.00
ABONO.	51636	27/07/2023	-317,609.00
DENAR	51637	27/07/2023	46,000.00
AR	51809	28/07/2023	46,000.00
DENAR	51844	28/07/2023	392,000.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	529	2023	2,917,391.00

Página 1 de 1 Código: 1AR-FR-0026 Fecha: 14-12-2012 Versión: 0		PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	POLICÍA NACIONAL

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA UNIDAD DE FISIATRIA NIT 901243673 PARA PAGO POR CONTRATO N° 066-7-20041-23

No. RADICACION 5671 DEL 03 DE OCTUBRE DE 2023. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS.CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE 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 2423/1,996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

No.	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	FEUF50799	14/07/2023	28/06/2023	YOBANNY CORDOBA BASTIDAS	98.354.517	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	302.000	4/10/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FEUF50866	14/07/2023	27/06/2023	ANTONIO OTERO ROJAS	94.357.292	"NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	302.000	4/10/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FEUF51174	19/07/2023	21/06/2023	JAVIER YELA BURGOS	12.992.862	"NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	302.000	4/10/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FEUF51199	21/07/2023	28/06/2023	JAVIER LOAIZA MEJIA	1.080.690.045	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	4/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FEUF51258	24/07/2023	21/06/2023	JESUS PISCAL DIAZ	5.345.683	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	4/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FEUF51297	24/07/2023	23/06/2023	JESUS ORTEGA MENA	12.980.467	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	4/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FEUF51370	24/07/2023	20/06/2023	JOSE SALAZAR RUIZ	6.405.837	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL: ONDAS "F" Y/O "H" +	151.000	4/10/2023	0	N/A	151.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FEUF51392	25/07/2023	22/06/2023	JULIETH VALLEJO GOMEZ	59.821.563	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL: ONDAS "F" Y/O "H" +	302.000	4/10/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	FEUF51420	25/07/2023	21/06/2023	MARIA ENRIQUEZ DE YELA	30.708.390	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	4/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	FEUF51531	26/07/2023	26/06/2023	BERTHA LOPEZ DE MORA	27.234.218	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	302.000	4/10/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	FEUF51547	26/07/2023	28/06/2023	JAIRO ROSERO DELGADO	98.381.247	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL: ONDAS "F" Y/O "H" +	302.000	4/10/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	FEUF51636	27/07/2023	14/06/2023	JESUS CERON MOLINA	12.953.711	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	604.000	4/10/2023	0	N/A	604.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
	FEUF51636	27/07/2023	ABONO	JESUS CERON MOLINA	12.953.711	ABONO	-317.609	4/10/2023	0	N/A	-317.609	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	FEUF51637	27/07/2023	15/06/2023	WALTER PADILLA	12.968.072	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	4/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	FEUF51809	28/07/2023	27/06/2023	PEY MORENO DE APRAEZ	27.074.134	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	4/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
15	FEUF51844	28/07/2023	22/06/2023	HENRY ANGULO CUELLAR	1.004.609.112	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	392.000	4/10/2023	0	N/A	392.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							2.917.391		0		2.917.391		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FACTURA NÚMERO	FEUF50799
FECHA DE FACTURA	14/07/2023 11:48:00
FECHA DE VALIDACIÓN	13/08/2023
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.18764051320408, desde: 04/07/2023 hasta: 04/07/2024 vigencia: 12 meses prefijo: FEUF desde el No. 50,001 hasta el No.200,000

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: YOBANNY CORDOBA BASTIDAS
NIT/CC: 98354517
TIPO IDENTIFICACION: Cédula de ciudadanía
TELEFONO: 3138142528
DIRECCION: MZ 13 CS 12 VILLA FLOR II
EDAD: 48 Años
MEDICO: MENA ROSALES MELISSA JULIANA
ESTRATO: AFILIADO/BENEFICIARIO
FICHA No: 0
FECHA INGRESO: 14/07/2023
FECHA EGRESO: 14/07/2023
T.USUARIO: OTRO
TIPO DE USUARIO: Contributivo cotizante
COBERTURA BENEFICIOS: Plan de beneficios en salud financiado con UPC
MODALIDAD PAGO: Por servicio
AUTORIZACION No: 5412960
INICIO FACTURACION: 14/07/2023
FINAL FACTURACION: 14/07/2023
NUMERO MIPRES: 0
EENTREGA MIPRES: 0
COPAGO: $ 0
CUOTA MODERADORA: $ 0
CUOTA RECUPERACION: $ 0
PAGOS COMPARTIDOS: $ 0

CUFE: 73052d9fa73f733dcd46bbfca1f7ea50f9acafe7fecabb3616163100a6dab25f06da1a7cc81287dab60991cffe6638dc

NO	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1	891502	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)	2.00	$ 53,000	$ 106,000
2	891509	NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO)	2.00	$ 45,000	$ 90,000
3	930860	ELECTROMIOGRAFÍA C. EXTREMIDAD	2.00	$ 53,000	$ 106,000

VALOR TOTAL FACTURA	$ 302,000
Copago/CuotaModeradora	$ 0,00
Descuentos	$ 0
TOTAL A PAGAR POR: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 4	**$ 302,000**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos, autorizo, como Titular de los datos, para que éstos 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 20-27 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 los entes 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: Angy O
Administrador Sistema

PACIENTE: Yobanny Cordoba B.
YOBANNY CORDOBA BASTIDAS

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 23 de octubre de 2023
Unidad:	REGION DE ASEGURAMIENTO No. 4
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-7-20041-23
Constancia de recibido No.	7
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	$317.609	$317.609	$0	$317.609

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
FEUF51636	27/07/2023	604.000	0	604.000
FEUF51636	27/07/2023	-286.391	0	-286.391
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$317.609	$ 0	$317.609

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	SI	CUMPLE

	pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.		
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

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO
AREA DE SANIDAD
CENTRAL DE CUENTAS
FECHA: 24-10-2023
RECIBE: IT Angie

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

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

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

Cargo del funcionario _____

TURNO No: 5669 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 126

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 03-10-2023

VALOR PAGO: 317.609.

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : _____

CONTRATISTA: Unidad de Fiscalía

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

NIT DEL CONTRATISTA: 901243673

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI _____ NO X

2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI _____ NO X

3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI _____ NO X

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO
'EFICARIO 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. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A

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

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

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

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

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

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

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 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 _____

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

CARGO Y UNIDAD _____

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

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL

805022186

RADICACION DE CUENTAS

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

03/10/2023 14:47:39

Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
5669	RADICADA	03/10/2023	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
ABONO	51636	27/07/2023	-286,391.00
DENAR	51636	27/07/2023	604,000.00

Presupuesto

Doc. Número	Vigencia	Valor
REG 126	2023	317,609.00

Pagina 1 de 1 Codigo: 1AR-FR-0026 Fecha: 14-12-2012 Versión: 0		PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	POLICÍA NACIONAL

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA UNIDAD DE FISIATRIA NIT 901243673 PARA PAGO POR CONTRATO N° 068-7-20041-23

No. RADICACION 5669 DEL 03 DE OCTUBRE DE 2023. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS,CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE 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 2423/1.996 / 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
12	FEUF51636	27/07/2023	14/06/2023	JESUS CERON MOLINA	12.953.711	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	604.000	4/10/2023	0	N/A	604.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
	FEUF51636	27/07/2023	ABONO	JESUS CERON MOLINA	12.953.711	ABONO	-286.391	4/10/2023	0	N/A	-286.391	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							317.609		0		317.609		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FACTURA NÚMERO	FEUF51636
FECHA DE FACTURA	27/07/2023 08:55:00
FECHA DE VALIDACIÓN	26/08/2023
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.18764051320408, desde: 04/07/2023 hasta: 04/07/2024 vigencia: 12 meses prefijo: FEUF desde el No. 50,001 hasta el No.200,000

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: JESUS FRANCO CERON MOLINA
NIT/CC: 12953711
TIPO IDENTIFICACION: Cédula de ciudadanía
TELEFONO: 3014002671
DIRECCION: PASTO
EDAD: 73 Años
MEDICO: ENRIQUEZ TORRES FERNANDO ALIRIO
ESTRATO: AFILIADO/BENEFICIARIO
FICHA No: 0
FECHA INGRESO: 27/07/2023
FECHA EGRESO: 27/07/2023
T.USUARIO: OTRO
TIPO DE USUARIO: Especiales o de Excepción cotizante
COBERTURA BENEFICIOS: Plan de beneficios en salud financiado con UPC
MODALIDAD PAGO: Por servicio
AUTORIZACION No: 5318323
INICIO FACTURACION: 27/07/2023
FINAL FACTURACION: 27/07/2023
NUMERO MIPRES: 0
EENTREGA MIPRES: 0
COPAGO: $ 0
CUOTA MODERADORA: $ 0
CUOTA RECUPERACION: $ 0
PAGOS COMPARTIDOS: $ 0

CUFE: 368da937605d4d9d0bd973ad671fcb31ae219ef7ce6dee4da30e75b4bcf3ee92f0b2ac5d3a7f7e27e6dfe90a2904850f

NO	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1	891509	NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO)	4,00	$ 45,000	$ 180,000
2	891502	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)	4,00	$ 53,000	$ 212,000
3	930860	ELECTROMIOGRAFÍA C. EXTREMIDAD	4,00	$ 53,000	$ 212,000

VALOR TOTAL FACTURA	$ 604,000
Copago/CuotaModeradora	$ 0,00
Descuentos	$ 0
TOTAL A PAGAR POR: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 4	**$ 604,000**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos, autorizo, como Titular de los datos, para que éstos 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 20-27 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 los entes 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: ledjc
Administrador Sistema

PACIENTE:
JESUS FRANCO CERON MOLINA

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 23 de octubre 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.	8
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:	Agosto
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	$ 440.000	$ 440.000	$ 0	$ 440.000

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
FEUF51936	1/08/2023	302.000	0	302.000
FEUF52110	2/08/2023	46.000	0	46.000
FEUF52545	8/08/2023	46.000	0	46.000
FEUF53011	14/08/2023	46.000	0	46.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$440.000	$ 0	$440.000

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 529 y compromiso SIFF 66223

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	SI	CUMPLE

	legales vigentes en original y dos copias		
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

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO
AREA DE SANIDAD
CENTRAL DE CUENTAS
FECHA: 29-10-2023
RECIBE: IT Angel

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

Radicado GECOP No.

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No. 5673 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. CONTRATO:

VALOR PAGO: 440.000

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 529

FECHA DE RECIBIDO : 03-10-2023

NUMERO DE RADICADO SIIF:

CONTRATISTA: Ciudad de Bolívia

NIT DEL CONTRATISTA: 901243673

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI ____ NO X

2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI ____ NO X

3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI ____ NO X

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

CUENTA BANCARIA:

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 66223

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 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

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

CARGO Y UNIDAD

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL

805022186

RADICACION DE CUENTAS

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

03/10/2023 15:49:18

Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
5673	RADICADA	03/10/2023	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	51936	01/08/2023	302,000.00
DENAR	52110	02/08/2023	46,000.00
DENAR	52545	08/08/2023	46,000.00
DENAR	53011	14/08/2023	46,000.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	529	2023	440,000,00

Pagina 1 de 1		PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR	POLICÍA NACIONAL
Código: 1AR-FR-0026			
Fecha: 14-12-2012		CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	
Versión: 0			

Fisiatria 07.

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA UNIDAD DE FISIATRIA NIT 901243673 PARA PAGO POR CONTRATO N° 066-7-20041-23

No. RADICACION 5673 DEL 03 DE OCTUBRE DE 2023. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS.CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE 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 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

No.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	CUPS	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	FEUF51936	01/08/2023	20/06/2023	ADRIANA MARTINEZ BOTINA	59.832.913	930860	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	302.000	04/10/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FEUF52110	02/08/2023	17/05/2023	MARIA CORREA RIVERA	31.478.254	890264	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	04/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FEUF52545	08/08/2023	23/05/2023	JORGE CADENA PEREZ	12.748.374	890264	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	04/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FEUF53011	14/08/2023	31/05/2023	AURA ROSERO NARVAEZ	59.793.332	890264	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	04/10/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
								440.000		0		440.000		

Elaborado Por:

LCA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO
MÉDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

San Juan de Pasto, 02 de Octubre de 2023

Unidad de Fisiatría
Contribuimos con tu Bienestar

CUENTA DE COBRO NO. 07

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

NIT. 805.022.186-6

DEBE A:

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

Reg 529
Sin 66223
Pg 5673
Acc 1386

LA SUMA DE:

$ 440,000

CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS

POR CONCEPTO DE:

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA Y ESTUDIOS DE ELECTRODIAGNOSTICO EN LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA DURANTE EL MES DE AGOSTO 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 ASEGURAMIENTO EN SALUD N 4

FECHA INICIAL: 01/08/2023

Factura	*Fecha*	*No Historia*	*Admision*	*Paciente*	*Vr Neto*
51936	01/08/2023	59832913	154331	MARTINEZ BOTINA ADRIANA DEL ROCI	302,000
52110	02/08/2023	31478254	154516	CORREA RIVERA MARIA LUZ	46,000
52545	08/08/2023	12748374	154986	CADENA PEREZ JORGE ESTEBAN	46,000
53011	14/08/2023	59793332	155480	ROSERO NARVAEZ AURA GLADYS	46,000
TOTAL FACTURAS:	4				440,000

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	401582	Fecha Pre-Radicado	10/2/2023 3:31:50 PM
Nombre de la Entidad	UNIDAD DE FISIATRIA SAS	Vlr Ini de Cargue	$440,000
Cantidad de Facturas Registradas	4	Vlr Fin de Cargue	$440,000.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI4		

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