Página 1 de 10 Código: 2BS-FR-0019 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	POLICÍA NACIONAL

660847088

No. GS-2023- **DEUIL /ESPCO – UPRES -29.25**

Neiva, 02 de noviembre 2023

Mayor
JOSE FERNANDO LEON AGUDELO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2
Carrera 22 Sur # 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio
Neiva

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. 85-7-20113-23

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL __

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/09/2023**	**Hasta**	**30/09/2023**

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 No. 85-7-20191-21 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 No. GS-2022-011228-REGI2 del 15 de agosto del 2023, el señor Mayor. **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**, obrando en calidad de Regional de Aseguramiento en Salud No.2, nombró como supervisor del contrato del asunto al señor (a) SM-184 EDITH MARITZA CAMPOS CALDERON.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 2**

  Informe de supervisión AGOSTO 2023, comprendido durante el periodo del 15/08/2023 al 30/08/2023; radicado mediante comunicado N° GS-2023-087145-REGI2 de 04-09-2023

  Informe de supervisión SEPTIEMBRE 2023, comprendido durante el periodo del 01/09/2023 al 30/09/2023; radicado mediante comunicado N° GS-2023-097378-REGI2 de 02-10-2023

660847088

Contrato No. / Orden de compra No.	85-7-20113-23
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LAS CIUDAD DE NEIVA SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL.
Contratista	SALUD PLENA S.A.S
Representante legal	ARACELLY LOSADA MENDEZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	Veintiocho millones de pesos ($28.000.000,00) M/LEGAL
Valor adiciones del contrato u orden de compra	0
Valor total del contrato u orden de compra	Veintiocho millones de pesos ($28.000.000,00) M/LEGAL
Plazo de ejecución inicial	30/04/2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	15/08/2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/04/2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No aplica
Adiciones	0
Modificatorios	No Aplica
Prorrogas	No Aplica
Otros	No Aplica

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

1.1 Acciones adelantadas:

La entidad cumplió con sus obligaciones de acuerdo al contrato No. 85-20113-23., así mismo se le reitera los compromisos y obligaciones que debe tener en cuenta frente al contrato.

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO sí__ No___	Observaciones y Evidencias
1	El oferente debe disponer de un módulo de quejas y reclamos para ingresar cada una de las solicitudes, quejas y reclamos manifestadas por los usuarios, con el fin de dar respuesta a todas las comunicaciones ingresadas.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

660841088

2	Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por la oficina de referencia y contra referencia. Para este efecto el contratista atenderá los procedimientos autorizados en el anexo referente a los procedimientos contemplados de cada especialidad. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 y aquellas ocasionadas por accidente laboral, teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia, rehabilitación oral y otras que intervengan en el procedimiento)	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
3	El oferente debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
4	El oferente efectuará la prestación del servicio en la sede presentada donde existan las condiciones de infraestructura necesaria para garantizar la buena atención de los usuarios y se cumplan los requisitos de habilitación de la secretaria de salud.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
5	El servicio debe prestarse de manera continua durante toda la ejecución del contrato, la oportunidad de cita debe ser como mínimo 3 días hábiles a partir de la solicitud de ésta y no mayor a 15 días, sin embargo, las citas para exámenes programados se atenderán en horario diurno. Así mismo, las solicitudes por urgencia y/o prioritarias serán resueltas durante las 24 horas del día, de lunes a domingo y festivos. Los servicios que requieran quirófano serán prestados con un término no mayor a 20 días una vez realizado el requerimiento, exceptuando estados de emergencia sanitaria.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
6	No deberá realizar tratamientos sin autorizaciones y no crear expectativas en el paciente de tratamientos que no puedan ser realizados ya que no están contemplados en el plan de beneficios, se debe limitar a la realización de los procedimientos requeridos desde la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá previamente autorizados.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
7	Formular sin excepción en moléculas genéricas y que estén incluidas en el VADEMECUM de la POLICIA NACIONAL. En caso de ser necesario la formulación de medicamentos por fuera de manual de la POLICIA NACIONAL se deberá demostrar el seguimiento farmacológico y sus posibles fallas terapéuticas, anexando el resumen de historia clínica especificando los medicamentos utilizados previamente y la bibliografía basada en la evidencia incluidos en el mismo y diligenciar el formato de solicitud de medicamentos no incluidos en el manual adjuntando copia de estudios cultivos, etc; que soporten adecuadamente el medicamento ordenado, agotando los recursos existentes en el ítem anterior. Formato que será entregado una vez se realice la realización del contrato.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
8	Cumplir con las normas de referencia y contra referencia diseñadas por la institución tales como el diligenciamiento del formato de referencia (cuando se requiera la interconsulta con otro especialista) especificando diagnóstico, plan a seguir y en el evento de solicitar la realización de exámenes de apoyo diagnostico justificarlos (con resumen clínico detallado, motivo de examen), los prestadores de servicio de salud que se contraten darán estricto cumplimiento al decreto 2759 de 1991 por el cual se establece el régimen de referencia y contra referencia y específicamente a lo definido a contra referencia del paciente al médico familiar y/o tratante de la red propia y en el cual debe incluir las debidas indicaciones a seguir y la información recibida por el usuario.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
9	Entregar a contra referencia del usuario donde se incluyan datos de identificación resumen clínico, diagnostico, pronostico y tiempo de tratamiento, a la oficina de	SI	

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

	referencia y contra referencia de la unidad prestadora de salud Policía Tolima, , Huila, Putumayo y Caquetá.,		Cumplió de acuerdo al contrato.
10	El oferente deberá participar en comités y actividades de mejoramiento de acuerdo a los requerimientos que realice el UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Policía Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
11	El oferente deberá Emitir conceptos de medicina laboral cuando sea requerida mediante autorización de consulta odontológica. Para las atenciones de usuarios inmersos en PROCESOS MEDICO LABORALES, el personal profesional con el cual cuenta para la prestación del servicio, deberá diligenciar la documentación que expresamente se tiene establecida para ello (PAPELES DE SEGURIDAD) los cuales NO deberán ser entregados al usuario, absteniéndose de emitir concepto de APTITUD ya que los mismos son POTESTAD exclusiva de los Organismos Médico-Laborales de las Fuerzas Militares y Policía Nacional. CONCEPTOS MÉDICOS U ODONTOLÓGICOS Son el registro médico u odontológico especializado que se emite al valorar las SECUELAS de algún tipo de patología sufrida por un funcionario activo o retirado (Uniformado o NO Uniformado) de la Policía Nacional objeto de Valoración Médico Laboral. El concepto se emite con base en la historia Clínica, los estudios o ayudas diagnósticas y el examen físico, y se registra en el Formato de referencia, conceptos de los especialistas solicitados por medicina laboral. Con el formato va adjunto una nota de Inicio de Estudio, en donde se describe someramente el caso y se anotan los servicios que se requieren para definir la situación médico-laboral del implicado, acompañado de la historia clínica y los estudios previos realizados. El formato tiene como fin definir las secuelas de cada patología. El papel de seguridad NO debe utilizarse como hoja de evolución. SOLO debe registrarse las SECUELAS de la Patología. En caso de NO poseer el CONCEPTO DEFINITIVO, NO se debe diligenciar el formato y se debe solicitar las Ayudas Necesarias o la Terapéutica que el usuario requiere para definir las secuelas. 6. El Formato referencia CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS SOLICITADOS POR MEDICINA LABORAL, contiene: Encabezado de referencia: Va anotado la Ciudad, la Fecha, el consecutivo y la especialidad. El cuerpo tiene 3 partes así: Identificación del Usuario, el cual siempre va diligenciado por la parte referente (Medicina Laboral). Antecedentes y Descripción de Patología a Evaluar: Se registra fecha de iniciación y circunstancia en que se presentó la afección a evaluar: Se limita única y exclusivamente a hacer referencia de las circunstancias que dieron inicio al padecimiento objeto de la evaluación. Ejm: accidente, agresión, autoagresión, atentado, enfermedad general, etc. Incluye los signos, síntomas y principales exámenes paraclínicos de la misma: En ésta parte se anotan las manifestaciones	SI	Cumplió de acuerdo al contrato

660841088

GS-2023-109109-DEUIL

	clinicas que inicialmente se encontraron en el paciente a la hora de iniciar la patología y las ayudas que facilitaron el diagnóstico. Diagnóstico, Secuelas Definitivas: Se anotan los diagnósticos confirmados del caso y las secuelas inherentes a los diagnósticos definitivos. Tratamiento y Conducta a seguir: Si el caso lo amerita, se anotan los procedimientos o estudios que se requieran para definir el estado clínico del usuario y se establece plan a seguir. NUNCA ANOTE APTITUD NI SUGIERA REUBICACIÓN LABORAL. Si el policial necesita incapacidad por su estado actual (Parcial o Total), expídala teniendo en cuenta su capacidad para laborar. Firma y Sello del Médico Tratante: Es importante que el médico firme el concepto y coloque el sello en donde se visualice perfectamente, mínimo, el nombre, y el Registro Médico. 7. Para poder emitir el o los conceptos, el profesional de la salud puede solicitar estudios complementarios o realizar procedimientos que vayan a mejorar el pronóstico funcional y vital del usuario. No debe anotarse la aptitud laboral. b. Teniendo en cuenta que el régimen laboral de la policía es especial, NO se debe recomendar reubicación laboral pues ésta es libre potestad del Director Nacional de la Policía Nacional. c. Es necesario y pertinente aclararle que los formatos de medicina laboral SOLO sirven para anotar el concepto de secuelas que corresponde al concepto final o definitivo. Si el usuario requiere continuar en tratamiento para mejorar las secuelas, requiere un procedimiento o estudios complementarios, debe anotarse en hojas de evolución como quien maneja un usuario ambulatorio. NO UTILIZAR EL PAPEL DE SEGURIDAD PARA ANOTAR EVOLUCIONES. SOLO ANOTAR EL CONCEPTO DEFINITIVO CON O SIN SECUELAS SEGÚN CRITERIO MÉDICO Y EVIDENCIAS DIAGNÓSTICAS.		
12	El oferente deberá Contar con el plan de mejoramiento continuo de la calidad.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
13	Prestar de forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios del subsistema de salud de la POLICIA NACIONAL UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
14	El oferente deberá remitir un reporte estadístico mensual sobre los tratamientos ejecutados a cada paciente describiendo nombre, cedula, edad, código patología etc.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
15	El oferente deberá presentar junto con las facturas información estadística mensual en un archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: N° de consecutivo, nombre, apellidos, N° de identificación, edad de los usuarios, fecha de servicio, diagnostico con CIE 10, procedimiento, código ISS del procedimiento.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
16	El oferente deberá garantizar la prestación del servicio a todos los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional sin discriminación alguna, siempre y cuando presenten carné o constancia vigentes expedidos en Talento Humano Policía, siempre y cuando requiera el servicio en las especialidades. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

	sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia rehabilitación y otras que intervengan en el procedimiento)		
17	El oferente garantiza que en caso de ser necesario cuenta con un plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
18	Delegará un especialista que intervenga en las reuniones de decisiones médico-quirúrgicas, cuando su participación sea solicitada por la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
19	El oferente garantiza que rendirá INFORME MENSUAL DE GESTION el cual será acordado con el SUPERVISOR DEL CONTRATO. El cual deberá ser una persona capacitada para evaluar la ejecución de este tipo de contratos. .	N/A	N/A
20	Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
21	Presentar junto con la propuesta los respectivos soportes de radio protección del personal encargado de realizar toma de RX.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
22	Es obligación por parte del **CONTRATISTA** publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas	N/A	N/A

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
Horas de presentación de servicios 4 horas diarias 22 semanales y 95 mensuales.	si	El contratista cumple con los honorarios establecidos en el contrato

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO sí__ No___	Observaciones y Evidencias
1	El Oferente deberá presentar el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud del Departamento del Tolima, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos:	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

	• Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios. • Horarios de Atención para los usuarios • Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial) • Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas • Entrega de copia de servicios prestados Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.		
2	El oferente debe dar aplicación a lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. De acuerdo con lo anterior, debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la Secretaria de Salud del Departamento del Tolima para cada servicio ofertado en la ciudad de Ibagué, los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
3	Dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información: • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios. • Horarios de Atención para los usuarios • Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial) • Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas • Entrega de copia de servicios prestados Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
4	Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
5	El oferente deberá presentar una certificación firmada por el representante legal y dirigida a la Jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, en donde demuestre que el personal de su entidad cuenta con los estudios profesionales, especializados, propicios para la atención de pacientes, dicho personal deberá contar con la disponibilidad permanente durante la ejecución de futuro contrato e indique el tiempo de experiencia del personal asistencial, en sus funciones y responsabilidades directamente ligadas al objeto contractual, la cual debe ser mínimo de un (01) año. Así mismo, deberá manifestar que realizó la verificación de la autenticidad del título de cada uno de los profesionales y auxiliares y/o tecnólogos con los cuales cumplirá con el objeto contractual del proceso de contratación en referencia.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

	El talento humano profesional y auxiliar en salud ofertado deber reunir los requisitos definidos por el Estándar Recurso Humano establecidos por el Ministerio de salud y la Protección Social, por lo tanto, deberá anexar junto con el formato del recurso humano que se adjunta al estudio previo, la hoja de vida de cada profesional.Presentar copia del Registro o tarjeta profesional departamental o nacional, y/o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en salud (RETHUS).		
6	Diligenciar para cada funcionario el formulario "Formato de Idoneidad del Recurso Humano" debiendo anexar la documentación que lo acredita.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA:

Se realiza el presente informe de supervisión, el cual comprende el periodo comprendido entre el 01 de septiembre 2023 al 30 de septiembre de 2023.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido cuarenta (45) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando doscientos diez (210) días calendario para que finalice el plazo de ejecución

3. **TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

La Regional de Aseguramiento No. 2 - Unidad Prestadora de Salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva Huila, de manera mensual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de constancia de recibo a satisfacción de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará En virtud de lo consagrado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y Decreto 1273 de 2018, el **CONTRATISTA** deberá acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), mediante certificación suscrita por el Representante Legal del **CONTRATISTA** o su Revisor Fiscal – si lo tuviere – en la que conste tal situación. "En *el evento en el que la facturación la efectúe el consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el Decreto 358 de 2020, la factura, además de señalar el porcentaje o valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. Estas facturas deberán cumplir los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. En el evento previsto en el inciso anterior, quien efectúe el pago o abono en cuenta deberá practicar al consorcio o unión temporal la respectiva retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta y complementarios, y corresponderá a cada uno de sus miembros asumir la retención en la fuente a prorrata de su participación en el ingreso facturado."* documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de cada unidad prestadora de Salud (Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá), donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se le asignará un número de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día seis (6) del mes los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. La factura debe cumplir con los requisitos establecidos en el anexo No. 5 de la Resolución 3047 del 14 de agosto de 2008 emanada del Ministerio de la Protección Social. **Los soportes de las facturas se presentarán legajados en carpeta 4 aletas en cartulina blanca tipo propalcote máximo 250 folios por carpeta, legajado a tamaño oficio, sin documentos en formato fax, dando cumplimiento a la Ley de Archivo Documental del Archivo general de la Nación, anexando copia del contrato**

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

En este espacio se debe informar el valor total de los pagos efectuados, valor del mismo y porcentaje, así

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	$28.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$10.963.636.00	39.15%
Valor total facturado	$10.963.636.00	39.15%
Valor facturado pendiente de pago	$7.914.770.00	10.88%
Valor pagado	$3.048.866.00	10.88%
Valor pendiente de entrega	$17.036.364,00	60.84%

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**
02 del 17/10/2023	$7.914.770.00	01/10/2023 al 31/10/2023	$7.914.770.00	FENV 15219	PENDIENTE DE PAGO	N/A	PENDIENTE DE PAGO

3. RECOMENDACIONES

No se estima ninguna recomendación frente al contrato en mención.

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.

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

Atentamente,

Firma_____

Grado y Nombres: SM-184 EDITH MARITZA CAMPOS CALDERON

Cargo: Odontóloga – UPRES HUILA-

Supervisor Contrato No.85-7-20113-23

Correo electrónico: edith.campos1006@corrreo.policia.gov.co

No. Celular: 3173661342

660847088

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

Ciudad y fecha:	Neiva 17/10/2023
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2
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.	. 85-7-20113-23
Constancia de recibido No.	02
Contratista:	SALUD PLENA S.A.S
NIT del contratista:	830511202
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LAS CIUDADES DE IBAGUÉ, NEIVA, MOCOA Y FLORENCIA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 28.500.000,00
Plazo de ejecución:	30-04-2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 13 N° 5-43 Barrio Centro
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___	N/A
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM-184 EDITH MARITZA CAMPOS CALDERON Odontóloga UPRES DEUIL

660847088

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

Fecha de entrega certificada:	Del: 01/09/2023 Al: 28/09/2023

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES N° 2	16	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LAS CIUDADES DE IBAGUÉ, NEIVA, MOCOA Y FLORENCIA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL..	$7.914.770.00	$7.914.770.00	0	$7.914.770.00

Acta de recepción de bienes	N/A

660847088

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

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FENV15219	02/10/2023	$246.598.00	$0.0	$246.598.00
FENV15220	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15221	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15222	02/10/2023	$246.598.00	$0.0	$246.598.00
FENV15223	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15224	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15225	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15226	02/10/2023	$585.520.00	$0.0	$585.520.00
FENV15227	02/10/2023	$123.299.00	$0.0	$123.299.00
FENV15227	02/10/2023	$441.496.00	$0.0	$441.496.00
FENV15228	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15229	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15230	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15231	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15232	02/10/2023	$123.299.00	$0.0	$123.299.00
FENV15233	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15234	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15235	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15236	02/10/2023	$585.520.00	$0.0	$585.520.00
FENV15237	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15238	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15239	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15240	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15241	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15242	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15243	02/10/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$7.914.770.00**	**$0.0**	**$7.914.770.00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Por medio de la presente constancia de recibido a satisfacción y en mi condición de Supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones pactadas bajo el contrato número. 85-7-20113-23 con el objeto "LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LAS CIUDADES DE IBAGUÉ, NEIVA, MOCOA Y FLORENCIA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL"

660847088

Página 4 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

ITEM	OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES	CUMPLIO sí__ No__	Observaciones y Evidencias
1	El oferente debe disponer de un módulo de quejas y reclamos para ingresar cada una de las solicitudes, quejas y reclamos manifestadas por los usuarios, con el fin de dar respuesta a todas las comunicaciones ingresadas.	SI	
2	Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por la oficina de referencia y contra referencia. Para este efecto el contratista atenderá los procedimientos autorizados en el anexo referente a los procedimientos contemplados de cada especialidad. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 y aquellas ocasionadas por accidente laboral, teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia, rehabilitación oral y otras que intervengan en el procedimiento)	SI	
3	El oferente debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	SI	
4	El oferente efectuará la prestación del servicio en la sede presentada donde existan las condiciones de infraestructura necesaria para garantizar la buena atención de los usuarios y se cumplan los requisitos de habilitación de la secretaria de salud.	SI	
5	El servicio debe prestarse de manera continua durante toda la ejecución del contrato, la oportunidad de cita debe ser como mínimo 3 días hábiles a partir de la solicitud de ésta y no mayor a 15 días, sin embargo, las citas para exámenes programados se atenderán en horario diurno. Así mismo, las solicitudes por urgencia y/o prioritarias serán resueltas durante las 24 horas del día, de lunes a domingo y festivos. Los servicios que requieran quirófano serán prestados con un término no mayor a 20 días una vez realizado el requerimiento, exceptuando estados de emergencia sanitaria.	SI	
6	No deberá realizar tratamientos sin autorizaciones y no crear expectativas en el paciente de tratamientos que no puedan ser realizados ya que no están contemplados en el plan de beneficios, se debe limitar a la realización de los procedimientos requeridos desde la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá previamente autorizados.	SI	
7	Formular sin excepción en moléculas genéricas y que estén incluidas en el VADEMECUM de la POLICIA NACIONAL. En caso de ser necesario la formulación de medicamentos por fuera de manual de la POLICIA NACIONAL se deberá demostrar el seguimiento farmacológico y sus posibles fallas terapéuticas, anexando el resumen de historia clínica especificando los medicamentos utilizados previamente y la bibliografía basada en la evidencia incluidos en el mismo y diligenciar el formato de solicitud de medicamentos no incluidos en el manual adjuntando copia de estudios cultivos, etc; que soporten adecuadamente el medicamento ordenado, agotando los recursos existentes en el ítem anterior. Formato que será entregado una vez se realice la realización del contrato.	SI	
8	Cumplir con las normas de referencia y contra referencia diseñadas por la institución tales como el diligenciamiento del formato de referencia (cuando se requiera la interconsulta con otro especialista) especificando diagnóstico, plan a seguir y en el evento de solicitar la realización de exámenes de apoyo diagnostico justificarlos (con resumen clínico detallado, motivo de examen), los prestadores de servicio de salud que se contraten darán estricto cumplimiento al decreto 2759 de	SI	

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

	1991 por el cual se establece el régimen de referencia y contra referencia y específicamente a lo definido a contra referencia del paciente al médico familiar y/o tratante de la red propia y en el cual debe incluir las debidas indicaciones a seguir y la información recibida por el usuario.		
9	Entregar a contra referencia del usuario donde se incluyan datos de identificación resumen clínico, diagnostico, pronostico y tiempo de tratamiento, a la oficina de referencia y contra referencia de la unidad prestadora de salud Policía Tolima, , Huila, Putumayo y Caquetá.,	SI	
10	El oferente deberá participar en comités y actividades de mejoramiento de acuerdo a los requerimientos que realice el UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Policía Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá	SI	
11	El oferente deberá Emitir conceptos de medicina laboral cuando sea requerida mediante autorización de consulta odontológica. Para las atenciones de usuarios inmersos en PROCESOS MEDICO LABORALES, el personal profesional con el cual cuenta para la prestación del servicio, deberá diligenciar la documentación que expresamente se tiene establecida para ello (PAPELES DE SEGURIDAD) los cuales NO deberán ser entregados al usuario, absteniéndose de emitir concepto de APTITUD ya que los mismos son POTESTAD exclusiva de los Organismos Médico-Laborales de las Fuerzas Militares y Policía Nacional. CONCEPTOS MÉDICOS U ODONTOLÓGICOS Son el registro médico u odontológico especializado que se emite al valorar las SECUELAS de algún tipo de patología sufrida por un funcionario activo o retirado (Uniformado o NO Uniformado) de la Policía Nacional objeto de Valoración Médico Laboral. El concepto se emite con base en la historia Clínica, los estudios o ayudas diagnósticas y el examen físico, y se registra en el Formato de referencia, conceptos de los especialistas solicitados por medicina laboral. Con el formato va adjunto una nota de Inicio de Estudio, en donde se describe someramente el caso y se anotan los servicios que se requieren para definir la situación médico-laboral del implicado, acompañado de la historia clínica y los estudios previos realizados. El formato tiene como fin definir las secuelas de cada patología. El papel de seguridad NO debe utilizarse como hoja de evolución. SOLO debe registrarse las SECUELAS de la Patología. En caso de NO poseer el CONCEPTO DEFINITIVO, NO se debe diligenciar el formato y se debe solicitar las Ayudas Necesarias o la Terapéutica que el usuario requiere para definir las secuelas. 6. El Formato referencia CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS SOLICITADOS POR MEDICINA LABORAL, contiene: Encabezado de referencia: Va anotado la Ciudad, la Fecha, el consecutivo y la especialidad. El cuerpo tiene 3 partes así: Identificación del Usuario, el cual siempre va diligenciado por la parte referente (Medicina Laboral). Antecedentes y Descripción de Patología a Evaluar: Se registra fecha de iniciación y circunstancia en que se presentó la afección a evaluar: Se limita única y	SI	

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

	exclusivamente a hacer referencia de las circunstancias que dieron inicio al padecimiento objeto de la evaluación. Ejm: accidente, agresión, autoagresión, atentado, enfermedad general, etc. Incluye los signos, síntomas y principales exámenes paraclínicos de la misma: En ésta parte se anotan las manifestaciones clínicas que inicialmente se encontraron en el paciente a la hora de iniciar la patología y las ayudas que facilitaron el diagnóstico. Diagnóstico, Secuelas Definitivas: Se anotan los diagnósticos confirmados del caso y las secuelas inherentes a los diagnósticos definitivos. Tratamiento y Conducta a seguir: Si el caso lo amerita, se anotan los procedimientos o estudios que se requieran para definir el estado clínico del usuario y se establece plan a seguir. NUNCA ANOTE APTITUD NI SUGIERA REUBICACIÓN LABORAL. Si el policial necesita incapacidad por su estado actual (Parcial o Total), expídala teniendo en cuenta su capacidad para laborar. Firma y Sello del Médico Tratante: Es importante que el médico firme el concepto y coloque el sello en donde se visualice perfectamente, mínimo, el nombre, y el Registro Médico. 7. Para poder emitir el o los conceptos, el profesional de la salud puede solicitar estudios complementarios o realizar procedimientos que vayan a mejorar el pronóstico funcional y vital del usuario. No debe anotarse la aptitud laboral. b. Teniendo en cuenta que el régimen laboral de la policía es especial, NO se debe recomendar reubicación laboral pues ésta es libre potestad del Director Nacional de la Policía Nacional. c. Es necesario y pertinente aclararle que los formatos de medicina laboral SOLO sirven para anotar el concepto de secuelas que corresponde al concepto final o definitivo. Si el usuario requiere continuar en tratamiento para mejorar las secuelas, requiere un procedimiento o estudios complementarios, debe anotarse en hojas de evolución como quien maneja un usuario ambulatorio. NO UTILIZAR EL PAPEL DE SEGURIDAD PARA ANOTAR EVOLUCIONES. SOLO ANOTAR EL CONCEPTO DEFINITIVO CON O SIN SECUELAS SEGÚN CRITERIO MÉDICO Y EVIDENCIAS DIAGNÓSTICAS.		
12	El oferente deberá Contar con el plan de mejoramiento continuo de la calidad.	SI	
13	Prestar de forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios del subsistema de salud de la POLICIA NACIONAL UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad	SI	
14	El oferente deberá remitir un reporte estadístico mensual sobre los tratamientos ejecutados a cada paciente describiendo nombre, cedula, edad, código patología etc.	SI	
15	El oferente deberá presentar junto con las facturas información estadística mensual en un archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: N° de consecutivo, nombre, apellidos, N° de identificación, edad de los usuarios, fecha de servicio, diagnostico con CIE 10, procedimiento, código ISS del procedimiento.	SI	
16	El oferente deberá garantizar la prestación del servicio a todos los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional sin discriminación alguna, siempre y cuando presenten carné o constancia vigentes expedidos en Talento Humano Policía, siempre y cuando requiera el servicio en las especialidades. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios	SI	

660847088

	y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia rehabilitación y otras que intervengan en el procedimiento)		
17	El oferente garantiza que en caso de ser necesario cuenta con un plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales.	SI	
18	Delegará un especialista que intervenga en las reuniones de decisiones médico-quirúrgicas, cuando su participación sea solicitada por la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá.	SI	
19	El oferente garantiza que rendirá INFORME MENSUAL DE GESTION el cual será acordado con el SUPERVISOR DEL CONTRATO. El cual deberá ser una persona capacitada para evaluar la ejecución de este tipo de contratos. .	SI	
20	Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	SI	
21	Presentar junto con la propuesta los respectivos soportes de radio protección del personal encargado de realizar toma de RX.	SI	

SM-184 **EDITH MARITZA CAMPOS CALDERON**
SUPERVISOR DE CONTRATO N° 85-7-20113-23

660847088

660847088

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION (DILIGENCIAR PARA URGENCIA)	NOMBRE PACIENTE	No.IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	MOTIVO GLOSA
16	FENV15234	2/10/2023	18/09/2023	VALENCIA CORTES ANA LILIANA	1083880901	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
17	FENV15235	2/10/2023	20/09/2023	CESPEDES RAMOS JESUS ANTONIO	5916820	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
18	FENV15236	2/10/2023	20/09/2023	PARRA BONILLA JAIRO	6023839	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR (2)	$ 585.520,00	$ 0,00	$ 585.520,00	SIN GLOSA
19	FENV15237	2/10/2023	25/09/2023	GUTIERREZ FORTALECHE SANTIAGO	1004074245	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
20	FENV15238	2/10/2023	25/09/2023	MORGADO ALMEYDA LUIS FERNANDO	91354556	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
21	FENV15239	2/10/2023	25/09/2023	CALDERON BENAVIDES ADOLFO	4133590	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
22	FENV15240	2/10/2023	25/09/2023	GOMEZ SEPULVEDA MARTHA ISABELLA	1129844755	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
23	FENV15241	2/10/2023	27/09/2023	GARCIA BONILLA YENNY ALEXANDRA	26424728	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
24	FENV15242	2/10/2023	27/09/2023	JOVEN GARRIDO CAROLINA	36309412	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
25	FENV15243	2/10/2023	28/09/2023	GONZALEZ OLIVEROS CESAR AUGUSTO	93401275	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
				TOTAL			$ 7.914.770,00	$ 0,00	$ 7.914.770,00	

FECHA AUDITORIA 14/10/2023

Elaborado Por:

CPS 4-PAULA ANDREA CASSIANI ANGULO
Enfermera Auditora Cuentas Medicas

GS-2023-109109-DEUIL

Pagina 1 de 1 Código: 1AR-FR-0029 Fecha: 14-12-2012 Versión: 0	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR CONTROL CUENTAS AUDITORIA MEDICA	

CONTRATO [redacted] URGENCIA [redacted]

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA | SALUD PLENA S.A.S | NIT 830511202 | PARA PAGO CONTRATO

No. RADICACION DEL 3794 DE 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 N° 85-7-20113-23 Y LOS VALORES FACTURADOS CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO, VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION (DILIGENCIAR PARA URGENCIA)	NOMBRE PACIENTE	No.IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	VR. GLOSA INICIAL	VR. A PAGAR	MOTIVO GLOSA
1	FENV15219	2/10/2023	1/09/2023	CHAVARRO ALVAREZ DANIELA	1083915896	EXODONCIA MULTIRADICULAR (2)	$ 246.598,00	$ 0,00	$ 246.598,00	SIN GLOSA
2	FENV15220	2/10/2023	1/09/2023	GALLEGO DE CERQUERA JUDITH	36185024	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
3	FENV15221	2/10/2023	1/09/2023	POLO COCA ADAN	12137347	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
4	FENV15222	2/10/2023	1/09/2023	BETANCOURT RAMIREZ JUAN DIEGO	1075793893	EXODONCIA MULTIRADICULAR (2)	$ 246.598,00	$ 0,00	$ 246.598,00	SIN GLOSA
5	FENV15223	2/10/2023	4/09/2023	VILLA HERRERA JOSE OCTAVIO	80005562	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
6	FENV15224	2/10/2023	5/09/2023	LLINAS MORALES SANDRA LILIANA	32850698	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
7	FENV15225	2/10/2023	6/09/2023	CERQUERA MENZA JULIAN DAVID	1079508956	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
8	FENV15226	2/10/2023	6/09/2023	MONTENEGRO BERNAL JOSE LUIS	1075244967	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR (2)	$ 585.520,00	$ 0,00	$ 585.520,00	SIN GLOSA
9	FENV15227	2/10/2023	6/09/2023	CAPERA RUBIANO LUIS ARMANDO	1075268866	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR, INSERCION ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL	$ 564.795,00	$ 0,00	$ 564.795,00	SIN GLOSA
10	FENV15228	2/10/2023	8/09/2023	HERNANDEZ LOSADA ALEJANDRA	1075315439	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
11	FENV15229	2/10/2023	8/09/2023	VELASQUEZ YULY ALEXANDRA	1084866298	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
12	FENV15230	2/10/2023	11/09/2023	DUSSAN CACERES VICTOR FELIX	12133426	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
13	FENV15231	2/10/2023	11/09/2023	GRACIANO MORA MANDY YURIED	1075244087	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
14	FENV15232	2/10/2023	16/09/2023	BOADA LIEVANO SANDRA PATRICIA	26428857	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR	$ 123.299,00	$ 0,00	$ 123.299,00	SIN GLOSA
15	FENV15233	2/10/2023	18/09/2023	GOMEZ ORDUZ EDUWIN	1092349651	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA

GS-2023-109109-DEUIL

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	402122	Fecha Pre-Radicado	10/3/2023 9:20:59 AM
Nombre de la Entidad	SALUD PLENA SAS	Vlr Ini de Cargue	$7,914,770
Cantidad de Facturas Registradas	25	Vlr Fin de Cargue	$7,914,770.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI2		

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

edith.campos

660847088

Pagina 1 de 1	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR	POLICÍA NACIONAL
Código: 1AR-FR-0028		
Fecha: 14-12-2012	RADICACION DE CUENTAS MEDICAS	
Versión: 0		

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO
1	FENV15219	2-oct-23	1-sep-23	CHAVARRO ALVAREZ DANIELA	1083915896	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR DIENTE 38-48	$ 246.598,00
2	FENV15220	2-oct-23	1-sep-23	GALLEGO DE CERQUERA JUDITH	36185024	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
3	FENV15221	2-oct-23	1-sep-23	POLO COCA ADAN	12137347	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
4	FENV15222	2-oct-23	1-sep-23	BETANCOURT RAMIREZ JUAN DIEGO	1075793893	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR DIENTE 18-28	$ 246.598,00
5	FENV15223	2-oct-23	4-sep-23	VILLA HERRERA JOSE OCTAVIO	80005562	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
6	FENV15224	2-oct-23	5-sep-23	LLINAS MORALES SANDRA LILIANA	32850698	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
7	FENV15225	2-oct-23	6-sep-23	CERQUERA MENZA JULIAN DAVID	1079508956	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
8	FENV15226	2-oct-23	6-sep-23	MONTENEGRO BERNAL JOSE LUIS	1075244967	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR (2)	$ 585.520,00
9	FENV15227	2-oct-23	6-sep-23	CAPERA RUBIANO LUIS ARMANDO	1075268866	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR DIENTE 13	$ 123.299,00
10	FENV15227	2-oct-23	6-sep-23	CAPERA RUBIANO LUIS ARMANDO	1075268866	PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL SUPERIOR DENTOMUCOSOPORTADA	$ 441.496,00
11	FENV15228	2-oct-23	8-sep-23	HERNANDEZ LOSADA ALEJANDRA	1075315439	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
12	FENV15229	2-oct-23	8-sep-23	VELASQUEZ YULY ALEXANDRA	1084866298	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
13	FENV15230	2-oct-23	11-sep-23	DUSSAN CACERES VICTOR FELIX	12133426	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
14	FENV15231	2-oct-23	11-sep-23	GRACIANO MORA MANDY YURIED	1075244087	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
15	FENV15232	2-oct-23	16-sep-23	BOADA LIEVANO SANDRA PATRICIA	26428857	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR DIENTE 24	$ 123.299,00
16	FENV15233	2-oct-23	18-sep-23	GOMEZ ORDUZ EDUWIN	1092349651	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
17	FENV15234	2-oct-23	18-sep-23	VALENCIA CORTES ANA LILIANA	1083880901	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
18	FENV15235	2-oct-23	20-sep-23	CESPEDES RAMOS JESUS ANTONIO	5916820	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
19	FENV15236	2-oct-23	21-sep-23	PARRA BONILLA JAIRO	6023839	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR (2)	$ 585.520,00
20	FENV15237	2-oct-23	25-sep-23	GUTIERREZ FORTALECHE SANTIAGO	1004074245	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
21	FENV15238	2-oct-23	25-sep-23	MORGADO ALMEYDA LUIS FERNANDO	91354556	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
22	FENV15239	2-oct-23	25-sep-23	CALDERON BENAVIDES ADOLFO	4133590	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
23	FENV15240	2-oct-23	25-sep-23	GOMEZ SEPULVEDA MARTHA ISABELLA	1129844755	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
24	FENV15241	2-oct-23	27-sep-23	GARCIA BONILLA YENNY ALEXANDRA	26424728	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
25	FENV15242	2-oct-23	27-sep-23	JOVEN GARRIDO CAROLINA	36309412	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
26	FENV15243	2-oct-23	28-sep-23	GONZALEZ OLIVEROS CESAR AUGUSTO	93401275	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
					TOTAL		$ 7.914.770,00

Elaborado Por:

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

Recibido Por

DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

FECHA RECIBIDO: 03 OCT 2023 HORA: _____

No. RADICADO: 27 94 RUBRO: _____

RECIBIDO POR: _____

GS-2023-109109-DEUIL

660847088

SLP

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830511202
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SALUD PLENA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:		NEIVA DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:		CALLE 13 # 5-43 TELÉFONO:	8716555
TIPO APORTANTE:		01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:		PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:		7898251261	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		193998037

LIQUIDACIÓN GENERAL

PENSIÓN

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	TOTALES COTIZANTES	TOTALES TOTAL
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 164.000
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	8	$ 1.966.600
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 68.100
800224808	230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.057.000
		SUBTOTAL:	15	**$ 3.255.700**

SALUD

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	3	$ 253.300
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	7	$ 312.800
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 242.700
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 150.700
		SUBTOTAL:	16	**$ 959.500**

CAJA DE COMPENSACIÓN

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
890700148	CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	3	$ 144.100
891180008	CCF32	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	12	$ 667.400
		SUBTOTAL:	15	**$ 811.500**

RIESGOS PROFESIONALES

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	16	$ 413.600
		SUBTOTAL:	16	**$ 413.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 5.440.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 5.440.300**

edith.campos edith.campos edith.campos

GS-2023-109109-DEUIL

660847088

Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	530511202
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			SALUD PLENA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO	NEIVA	DEPARTAMENTO	HUILA
DIRECCIÓN	CALLE 13 F5-43	TELÉFONO	8715580
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades regulatorias y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA	7898251261	TIPO DE PLANILLA	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2023
DIAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2023/10/02	NUMERO AUTORIZACIÓN	993668937

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	6	$ 1.966.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.966.600	$ 0	$ 1.966.600
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 68.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.100	$ 0	$ 68.100
230201	230201- PROTECCIÓN	1	$ 164.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 164.000	$ 0	$ 164.000
230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.057.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.057.000	$ 0	$ 1.057.000
SUBTOTALES:										$ 3.255.700	$ 0	$ 3.255.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 242.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.700	$ 0	$ 0	$ 242.700
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	7		$ 0		$ 0		$ 0	$ 312.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 312.600	$ 0	$ 0	$ 312.600
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 150.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.700	$ 0	$ 0	$ 150.700
EPS017	EPS017-FAMISANAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 253.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 253.300	$ 0	$ 0	$ 253.300
SUBTOTALES:													$ 959.300	$ 0	$ 0	$ 959.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	16		$ 0	$ 0		$ 0	$ 413.600	$ 413.600	$ 0	$ 0	$ 413.600
SUBTOTALES:									$ 413.600	$ 0	$ 0	$ 413.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF32	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	12	$ 667.400	$ 0	$ 667.400
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	3	$ 144.100	$ 0	$ 144.100
SUBTOTALES:			$ 811.500	$ 0	$ 811.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1003511732	CAMPOS HORTA LAURA CAMILA	DEPEND		$ 1.440.237	FIJO			SI																	
2	CC 1005913552	ROSERO PEÑA ANGIE TATIANA	APRENDICES ETAPA PRODUCTIVA		$ 870.000				NO																	
3	CC 1010173120	BERMUDEZ CORDILLO SANDRA CATALINA	DEPEND		$ 960.731	FIJO			SI								01-30									
4	CC 1002389124	ROJAS GOMEZ YERLY ANDREA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI								01-30									
5	CC 1075226560	CENDALES BARRETO JENNY ANDREA	DEPEND		$ 960.725	FIJO			SI		11															
6	CC 1075255650	GONZALEZ PALACIOS MAYRA ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.281.062	FIJO			SI	07																
7	CC 1234644557	CESPEDES RAMIREZ JORDY JAVIER	DEPEND		$ 1.281.062	FIJO			SI																	
8	CC 26427874	CERQUERA RODRIGUEZ SONIA MARCELA	DEPEND		$ 2.786.210	FIJO			SI																	
9	CC 26302160	ALVAREZ RIVAS YENNY	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI								01-30									

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

N°	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.440.237	$ 230.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.500
2			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
3	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.281.062	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000
4	230301-PORVENIR	30	$ 1.281.062	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000
5	231001-COLFONDOS	11	$ 425.334	$ 68.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 68.100
6	230201-PROTECCIÓN	24	$ 1.024.850	$ 164.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 164.000
7	230301-PORVENIR	30	$ 1.281.062	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000
8	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.786.210	$ 602.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 602.600
9	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.281.062	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

N°	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.440.237	$ 57.700	$ 0	$ 57.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.440.237		$ 7.600
2	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.160.000		$ 6.100
3	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.281.062	$ 51.300	$ 0	$ 51.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.281.062		$ 31.300
4	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.281.062	$ 51.300	$ 0	$ 51.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.281.062		$ 31.300
5	EPS005-SANITAS S.A.	11	$ 425.334	$ 17.100	$ 0	$ 17.100	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	11	$ 425.334		$ 10.400
6	EPS005-SANITAS S.A.	24	$ 1.024.850	$ 41.000	$ 0	$ 41.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	24	$ 1.024.850		$ 25.000
7	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.281.062	$ 51.300	$ 0	$ 51.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.281.062		$ 31.300
8	EPS017-FAMISANAR	30	$ 3.786.210	$ 150.700	$ 0	$ 150.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 3.786.210		$ 19.700
9	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.281.062	$ 51.300	$ 0	$ 51.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.281.062		$ 31.300

PARAFISCALES

N°	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.440.237	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 57.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 1.281.062	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	30	$ 1.281.062	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	11	$ 352.789	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 14.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	24	$ 1.024.850	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 41.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	30	$ 1.281.062	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	30	$ 3.786.210	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 150.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	30	$ 1.281.062	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

660847088

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION		NIT	NUMERO DE IDENTIFICACION
NOMBRE O RAZON SOCIAL			
CIUDAD/DEPARTAMENTO		NEIVA	DEPARTAMENTO
DIRECCION		CALLE 13 # 5-10	TELEFONO
TIPO APORTANTE		01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE
TIPO EMPRESA		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA
FORMA DE PRESENTACION		UNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

830511272	
SALUD PLENA LTDA	
HULA	
8718800	
5-MENOS DE 200 COTIZANTES	
Aportantes regulados por disposiciones de la act	
SI	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		7892251261	TIPO DE PLANILLA		E-EMPLEADOR
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	septiembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACION SALUD	MES octubre AÑO	2023
DIAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2023/10/02	NUMERO AUTORIZACION		190966927

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

	DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																										PENSION								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDUC
N°	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSION	COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR	RESIDENTE TRASLADADA	IBC	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	EPP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	SUC COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
10	CC 36397215	CERQUERA RODRIGUEZ HILDY YOHANA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 155.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 155.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.160.000		$ 28.380	30	$ 1.160.000	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 36389185	PEDRO SECODAR CLAUDIA PATRICIA	DEPEND		$ 1.201.652	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.201.652	$ 209.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 209.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.201.652	$ 51.300	$ 0	$ 51.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.201.652		$ 31.300	30	$ 1.201.652	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 36312189	PERDOMO RIVERA MIRDYA	DEPEND		$ 1.321.501	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.321.501	$ 211.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 211.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.321.501	$ 52.900	$ 0	$ 52.900	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.321.501		$ 32.200	30	$ 1.321.501	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 52.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 36313335	RANGEL CAMPOS YANETH	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI														35,29			25-14 COLPENSIONES	5	$ 193.334	$ 31.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 31.000	EPS037-NUEVA EPS	5	$ 193.334	$ 7.800	$ 0	$ 7.800	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	5	$ 193.334		$ 0	5	$ 193.334	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 36313335	RANGEL CAMPOS YANETH	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	22	$ 966.667	$ 154.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 154.700	EPS037-NUEVA EPS	22	$ 966.667	$ 38.700	$ 0	$ 38.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	22	$ 966.667		$ 42.180	22	$ 966.667	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 38.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 46451462	GRAVELINA NAGANTA MERCEDES	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.160.000		$ 50.550	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 55154805	LOPEZ MOLINA MARYORY	DEPEND		$ 1.321.501	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.321.501	$ 211.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 211.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.321.501	$ 52.900	$ 0	$ 52.900	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.321.501		$ 6.900	30	$ 1.321.501	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 52.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 55741650	RAMIREZ LUZ DARY	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.160.000		$ 28.380	30	$ 1.160.000	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 5.440.300**

GS-2023-109109-DEUIL

6608470888

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14848341503

(415)7707212489984(8020) 000001484834150 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
SALUD PLENA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
SALUD PLENA IPS SAS	SPLENA S.A.S

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CL 13 5 43 BRR CENTRO

42. Correo electrónico GERENCIA@SALUDPLENA.COM.CO

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 7 1 6 5 5 5	3 1 2 5 9 2 1 9 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 4 1 2 2 0	8 6 2 1	2 0 0 4 1 2 2 0	6 8 1 0	8 6 9 9		3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 8 14 16 42 48 52 55

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2022 - 08 - 13 / 02 : 40 : 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

660847088

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 02-10-2023 10:23:07AM

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14848341503

(415)7707212489984(8020) 000001484834150 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	1 1 1 9	5 5
73. Fecha	2 0 0 4 1 1 3 0	2 0 1 5 0 6 1 0
74. Número de notaría	4	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 4 1 2 2 0	2 0 1 5 0 9 2 2
77. No. Matrícula mercantil	1 4 3 9 3 4	1 4 3 9 3 4
78. Departamento	4 1	4 1
79. Ciudad/Municipio	2 3	2 3
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 4 1 2 2 0	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 7 0 1 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14848341503

(415)7707212489984(8020) 000001484834150 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 9 0 8 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	3 6 1 6 2 6 3 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LOSADA	MENDEZ	ARACELY	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 0 9 0 8 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 6 8 6 9 3 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LIEVANO	SILVA	CARLOS	ALBERTO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

660847088

660847088

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 Hoja 6

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14848341503

(415)7707212489984(8020) 000001484834150 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2	

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA IPS SUCURSAL PITALITO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Huila 4 1	Pitalito 5 5 1	

165. Dirección: CR 5 9 22

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 0 5 0 8 4	2 0 1 2 0 3 2 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
8 3 6 8 5 5 1		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sucursal 1 0	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2	

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA IPS ODONTOLOGIA SUCURSAL IBAGUE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CR 3 44 BIS 34

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 8 8 0 0 1	2 0 0 8 0 1 2 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
2 7 0 2 9 3 4		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sede 0 9	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2	

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA SAS IPS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Huila 4 1	Neiva 0 0 1	

165. Dirección: CL 13 N 5 43

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 4 3 9 3 4	2 0 0 4 1 2 2 0	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
8 7 1 6 5 5 5		

660847088

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
106079-T



BIBIANA
PERAFAN MELO
C.C.55173123
RESOLUCION INSCRIPCION 236 FECHA 2004/11/25
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

PRESIDENTE
MIGUEL TIQUE PEÑA

115591

...Cuarto de Nariño se hace constar que esta fotocopia es similar con el original que tuvo a la vista
...Cuarto Nariño

...diligencia

NOTARÍA CUARTA
NEIVA - HUILA
Hilda María Perdomo C.
NOTARIA ENCARGADA

IDEOS

FIRMA DEL TITULAR 25954

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

660847088

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

6 3 7 0 E 3 4 5 0 8 9 9 7 1 4 7

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **BIBIANA PERAFAN MELO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 55173123 de NEIVA (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 106079-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 29 días del mes de Julio de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

660847088

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.162.630

LOSADA MENDEZ

ARACELY





FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1957
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-1977 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500100-50153692-F-0036162630-20070115 01827 07015A 02 210456352

660847088

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

Salud Plena
Clínica Odontológica

NIT:830.511.202-5

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

Neiva, 03 de Octubre del 2023

Señores

POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Ciudad

YO, **ARACELY LOSADA MENDEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No 36.162.630 de Neiva, en calidad de Representante Legal de la Empresas **SALUD PLENA SAS** con NIT **830.511.202-5,** me permito Certificar bajo la gravedad de Juramento que la sociedad, ha cumplido con el requisito establecido en la Ley 789 de 2002 art. 50 y a la fecha nos encontramos al día en el pago de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social y los Aportes Parafiscales con destino al ICBF, SENA y Cajas de Compensación Familiar.

De igual forma Certifico que la empresa según la ley 1607 DE 2012 en el art.25°. "**Exoneración de aportes.** A partir del 1 de Mayo de 2013 está exonera del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje -SENA Y de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, y de los aportes a Salud a partir del 1 enero de 2014, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, hasta diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Firma: _____
Nombre: Aracely Losada Méndez
C.C No. 36.162.630 de Neiva

Neiva: Calle 13 No. 5-43 Tel: 8716555-cel: 3214632977
Ibagué: Cra 3 No. 44 bis-34 Piedra Pintada Parte baja Tel: 2702934 Cel.: 3208037815
www.saludplena.com.co - E-mail: saludplena2010@gmail.com

660847088

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

Certificado Bancario

Martes, 03 de Octubre de 2023

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SALUD PLENA S A S identificado(a) con NIT 830511202, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE.	07622428951	2005/06/07	ACTIVA
CUENTA CORRIENTE	07900012732	2019/03/08	ACTIVA

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

660847088

Es el momento de todos

Bancolombia

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 18764054035799

(415)7707212485984(8020) 001876405403579 9

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5				

11. Razón social
SALUD PLENA S.A.S

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva — Cód. 1 3

24. Dirección
CL 13 5 43 BRR CENTRO

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Huila	Neiva

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación. se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T.

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2023-08-18 / 08:15:46 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

1001. Apellidos y nombres: LOSADA MENDEZ ARACELY
1002. Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identificación: 36162630 — 1004. DV: 6
1005. Cod. Representación: Representante Legal Principal
1006. Organización: SALUD PLENA S.A.S

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia: SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización: U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

997. Fecha formalización: 2023-08-18/08:15:46

660847088

GS-2023-109109-DEUIL

Autorización Numeración de Facturación

1876

Página 2 de 2 **Hoja No. 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764054035799

(415)7707212489984(8020) 001876405403579 9

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
830511202	5				

11. Razón social
SALUD PLENA S.A.S

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	SALUD PLENA SAS IPS CL 13 N 5 43	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FENV	14,749	40,000	12	HABILITACIÓN	2
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

660847088

660847088