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

No. _8_ REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1

GS-2023-_201702_ - DEBOY 29.25

Tunja, 17 de noviembre de 2023

Señor teniente coronel
CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N 1
Carrera 68 B BIS No. 44-58
Bogotá D.C.

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-7-20029-23**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/10/2023**	**Hasta**	**31/10/2023**

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 No. GS-2023-123459-RASES1 GRUCO de fecha 14/03/2023, el Señor Subintendente DIEGO GIOVANNY PATIÑO GONZALEZ, obrando en calidad de Jefe (E) Grupo de Contratos RASES No 1, notifica como supervisor del contrato del asunto a la Líder y/o Responsable de Asignación de Citas Médicas de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá señora Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: SIETE (07)**

1. Informe de supervisión del mes marzo de 2023 del periodo comprendido entre el 14/03/2023 y el 31/03/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-082997-DEBOY de fecha 12/05/2023.
2. Informe de supervisión del mes abril de 2023 del periodo comprendido entre el 01/04/2023 y el 30/04/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-094344-DEBOY de fecha 31/05/2023.
3. Informe de supervisión del mes mayo de 2023 del periodo comprendido entre el 01/05/2023 y el 31/05/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-104556-DEBOY de fecha 16/06/2023.
4. Informe de supervisión del mes junio de 2023 del periodo comprendido entre el 01/06/2023 y el 30/06/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-127230-DEBOY de fecha 25/07/2023.

5. Informe de supervisión del mes julio de 2023 del periodo comprendido entre el 01/07/2023 y el 31/07/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-144659-DEBOY de fecha 23/08/2023.
6. Informe de supervisión del mes agosto de 2023 del periodo comprendido entre el 01/08/2023 y el 31/08/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-175065-DEBOY de fecha 06/10/2023.
7. Informe de supervisión del mes septiembre de 2023 del periodo comprendido entre el 01/09/2023 y el 30/09/2023, presentado mediante comunicación oficial No. GS-2023-181798-DEBOY de fecha 17/10/2023.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contrato No.	81-7-20029-23
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO EN ODONTOLOGÍA (ENDODONCIA, PERIODONCIA ODONTOPEDIATRIA, CIRUGÍA ORAL PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS) Y REHABILITACIÓN ORAL E IMPLANTOLOGÍA POR TRAUMA EN ACCIDENTE LABORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASUEGURAMIENTO EN SALUD No 1 ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ZON DE INFLUENCIA.
Contratista	CLINICA ODONTOLOGÍCA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS.
Representante legal	ROCIO ALEXANDRA BAQUERO VARGAS
Valor inicial del contrato	$ 80.000.000.00
Valor adiciones del contrato	$ 30.000.000.00
Valor total del contrato	$ 110.000.000.00
Plazo de ejecución inicial	09 meses 17 días
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	14/03/2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31/12/2023
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) modificación(es)	No aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	No aplica
Adiciones	**Modificación 001 – Adición del 07/07/2023** CLAUSULA PRIMERA: adicionar al Contrato No. 81-7-20029-23, un valor de TREINTA MILLONES DE PESOS ($30.000.000.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, para la vigencia 2032, suma que no supera el 50% de conformidad con el parágrafo único del artículo 40 de la ley 80 de 1993 y en consecuencia modifica el ACAPITE – VALOR, el cual quedara de la siguiente: **VALOR**: Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato es de CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS ($110.000.000.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, para la vigencia 2023. .
Modificatorios	No aplica
Prorrogas	No aplica
Otros	No aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1. Acciones adelantadas: no se realiza ninguna acción al contrato en ejecución

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. Cumplir con el objeto contractual.	SI	Ninguna
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y traba.	SI	Ninguna
3. Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	Ninguna
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	Ninguna
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Unidad Prestadora de Salud Arauca de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna
8. Mantener activa la cuenta corriente u de ahorros reportada para los pagos con ol fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
9. Restituir a LA POLICIA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.	SI	Ninguna
10. CATALOGACIÓN. EL OFERENTE deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, Identificar y numerar los artículos do abastecimiento relacionados y/o Incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.	SI	Ninguna
11. EL CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en los Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
12. EL CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	SI	Ninguna
13. El CONTRATISTA se compromete a mantener vigente la póliza de Responsabilidad civil durante la ejecución del contrato en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.	SI	Ninguna
14. EL CONTRATISTA se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato incluyendo sus adicciones modificaciones.	SI	Ninguna
15. El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Minimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo.	SI	Ninguna

16. El CONTRATISTA se compromete a adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los cups contratados con su respectivo valor en pesos.	SI	Ninguna
17. EI CONTRATISTA deberá notificar al supervisor del contrato y Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.	SI	Ninguna
18. El CONTRATISTA deberá Informar al supervisor del contrato y Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato.	SI	Ninguna
19. El CONTRATISTA deberá dar cumplimiento a la establecido en la normatividad sanitario ambiental vigente, en lo referente al manejo integral de residuos hospitalarios y similares, establecidos en el Decreto 351 de 2014, tener formulado e implementado el Plan de Gestión integral de Residuos hospitalarios y peligrosos administrativos de acuerdo a la Resolución 1184 de 2002 o la que la sustituya y deberá contar con los servicios de un gestor externo autorizado por in autoridad ambiental competente para que le realice el manejo de los residuos generados por el desarrollo de su actividad.	SI	Ninguna
20. EL CONTRATISTA debe certificar por escrito que se compromete a asignar a un funcionario de su personal que sirva de enlace directo con el supervisor del contrato, el cual deberá contar con: Número de contacto teléfono celular, con atención inmediata en el siguiente horario: DE LUNES A VIERNES DE 07:00 HORAS a 18:00 HORAS por el tiempo de ejecución del contrato. Número de contacto teléfono fijo teléfono en el horario de atención de las instalaciones del oferente. Correo electrónico para notificaciones por parte del supervisor del contrato.	SI	Ninguna
21. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura fisica, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor información contenida en los sistemas de información, documentación fisica, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	Ninguna
22. Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes, b) la que no sea do fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	SI	Ninguna
23. Cumplimiento de normatividad: El CONTRATISTA acatara los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyen en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policia Nacional.	SI	Ninguna
24. El CONTRATISTA deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 def 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica.	SI	Ninguna
25. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna

2.1. CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

<table>
<tr><th colspan="2">ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS</th><th>CUMPLIO</th><th>OBSERVACIONES</th></tr>
<tr><td colspan="4">DE CARÁCTER TÉCNICO:</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>El oferente deberá diligencia el ANEXO (Formato de idoneidad del recurso Humano), contar con nivel académico universitario. El oferente que prestará el servicio a nuestros usuarios debe contar con especialistas titulados y auxiliar de odontología por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación , por lo cual el oferente deberá adjuntar en su propuesta constancia de idoneidad y experiencia de idoneidad, hoja de vida con copia íntegra y legible de los correspondientes diplomas, actas de grado, registro profesional, inscripción en la Secretaría de Salud Departamental, Fotocopia de la Cédula, etc. así:

<table>
<tr><th>No</th><th>NIVEL ACADÉMICO REQUERIDO</th><th>NUMERO DE PROFESIONALES REQUERIDO</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Especialista en Endodoncia</td><td>2</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Especialista en Periodoncia</td><td>2</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Especialista en Odontopediatría</td><td>2</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial</td><td>2</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Especialista Rehabilitación Oral</td><td>1</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Auxiliar de Odontología</td><td>1</td></tr>
</table>
Mencionados profesionales y auxiliares deberán encontrarse inscritos ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo a lo tipificado en el artículo 23 de la ley 1164 de 2007. (…) con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del Área de la salud.</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Contar con instalaciones adecuadas en la ciudad de Tunja Boyacá para la prestación del servicio de acuerdo al decreto ley 1011 de abril 3 del 2006 y la Resoluciones 1043 de 2006 y 1441 de 2013, (listado de condiciones mínimas de habilitación para la prestación de servicios de salud) en la ciudad de Tunja Boyacá, en concordancia con la Resolución 3100 de 2019 en concordancia con la circular externa 067 de 2010 y ley 10 de 1990.</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Demostrar la tenencia de los equipos que utilizará en la prestación de los servicios. Certificación firmada por el Representante Legal de la IPS en la que conste la existencia y disponibilidad de los equipos que destinara para la prestación de los servicios.</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>Para la acreditación de la experiencia del proponente, deberá hacerlo mediante la presentación de máximo cinco (5) certificaciones de contratos ejecutados o en ejecución de los últimos 3 años, cuyo objeto sea igual o similar al objeto de la presente contratación cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso.

El oferente acreditara la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben tener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, numero del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio, y finalización, nombre del contratista debidamente suscrito por el representante legal del contratante del proponente o por la persona autorizada para tal fin y referencia que incluya el desempeño del servicio prestado. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.

Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada.

Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N° 1 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, , para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acredito la conformación del consorcio o unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

En el evento que la oferente presente certificación en número superior al máximo permitido, LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No. 1 para efectos de verificación de la experiencia tomara únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso.

Este aspecto se verificará en el ANEXO No. 2 especificaciones técnicas mínimas.</td><td>SI</td><td>Ninguna</td></tr>
</table>

5.	**CAPACIDAD OPERATIVA**: El oferente deberá garantizar que cuenta con instalaciones (consultorios), con las condiciones adecuadas, donde el paciente reciba un servicio de calidad, ajustado a lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001. (será verificado en visita técnica) Resolución 3100 de 2019	SI	Ninguna
6.	**IDONEIDAD:** el oferente garantizará bajo la gravedad de juramento que el personal que practicará los procedimientos, se encuentra facultado para ello y no será efectuados por personal distinto a los especialistas requeridos.	SI	Ninguna
7.	**HABILITACIÓN DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS A PRESTAR.** El oferente deberá anexar el formulario de inscripción y cumplimiento de los requisitos de habilitación, lo cual será igualmente verificado por el comité técnico.	SI	Ninguna
8.	**SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** EL Oferente deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
9.	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes. Según Resolución 3100 de 2019.	SI	Ninguna
10.	El servicio será prestado en el lugar y plazo establecido, de acuerdo a los términos del presente estudios de conveniencia y oportunidad y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales harán parte integral del proceso de contratación. El servicio deberá ser coordinado con el Líder del grupo de odontología de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá y/o quien haga sus veces con el fin de atender la demanda del mismo.	SI	Ninguna
11.	El oferente deberá garantizar, en un horario mínimo de Ocho (8) horas diarias de lunes a viernes en horarios de 08:00 a 12:00 y de 14:00 a 18:00, y sábado de 08:00 a 13:00 horas, a los Usuarios y Beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá. Dicha atención deberá ser oportuna y eficiente, Incluyendo la urgencia odontológica.	SI	Ninguna
12.	Diligenciar en forma completa sin excepción el formato de referencia y contrarreferencia el cual será revisado por auditoria y será soporte de cuenta, así mismo debe ser diligenciada la historia clínica, formatos institucionales que se deriven de la prestación del servicio, así como el RIPS relacionado.	SI	Ninguna
13.	La prescripción de medicamentos se realizará con estricta sujeción al MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSPN VIGENTE, en forma genérica y respetando los múltiplos y la malla de pertinencia establecida. En caso de requerirse algún medicamento fuera de este, deberá ser plenamente justificado en el Formato de Medicamentos no POS de la Institución y de Vigilancia Farmacológica si es el caso, para ser incluido y solicitado al Comité Técnico Científico de la DISAN.	SI	Ninguna
14.	Adoptar las políticas, estrategias y lineamientos formulados por la RASES 1 – LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ, para la formulación y suministro de medicamentos a nuestros usuarios y beneficiarios, que llegasen a prescribir los odontólogos especialistas de la red externa contratada.	SI	Ninguna
15.	Brindar la atención a los pacientes, con la mejor calidad de atención posible mediante la aplicación de sus conocimientos profesionales, selección del cuerpo médico asociado y experiencia con la tecnología disponible.	SI	Ninguna
16.	Prestar según demanda en forma continua y permanente de acuerdo a lo coordinado con la Oficina de Referencia y Contrarreferencia en la Regional de Aseguramiento en Salud Número1. Prestación de servicio especializado en odontología, Endodoncia, Periodoncia, Odontopediatría, Cirugía oral, Implantología y rehabilitación oral por trauma en accidente Laboral a todos los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten con base en la orden de servicio expedida por parte de los profesionales odontológicos de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	SI	Ninguna
17.	Eventualmente según la necesidad del servicio se realizará procedimientos odontológicos – que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la PONAL en las instalaciones habilitadas el contratante; los cual será facturado al contrato vigente según tarifas pactadas.	SI	Ninguna
18.	Cumplir con el objeto contractual.	SI	Ninguna
19.	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	Ninguna
20.	Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	Ninguna
21.	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	Ninguna

22.	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
23.	No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección Administrativa y Financiera de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna
24.	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
25.	El contratista además de las obligaciones contenidas en la minuta de contrato; deberá dar cabal cumplimiento a las demás obligaciones contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual	SI	Ninguna
26.	Prestar los servicios, durante el plazo de ejecución del contrato, conforme al Acuerdo 002 de 2001 Por el cual se establece el plan de servicios de Sanidad Militar y Policial, según la oferta presentada, la cual hace parte integral del Contrato.	SI	Ninguna
27.	El **CONTRATISTA**, debe prestar el servicio siempre y cuando el usuario o beneficiario presente la orden de servicio debidamente diligenciada, firmada y autorizada por la oficina de referencia y Contrarreferencia en la Regional de Aseguramiento en Salud Número 1. La autorización debe contener la firma del paciente.	SI	Ninguna
28.	Llevar registros de atención diaria de actividades, procedimientos o intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	SI	Ninguna
29.	Atención prioritaria a maternas, menores de 5 años y adultos mayores, de acuerdo a la ley 1171 de 2007 Capitulo III ventanilla preferencial Articulo 9.	SI	Ninguna
30.	Reportar mensualmente en medio físico a Garantía de calidad de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá los eventos adversos y el seguimiento correspondiente, según la Resolución 1446 de 2006.	SI	Ninguna
31.	La atención de los eventos adversos generados durante la atención entendido como “el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente”, correrán por cuenta del prestador	SI	Ninguna
32.	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias	SI	Ninguna
33.	Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el manual de medicamentos y terapéutica del SSPN, se deberá solicitar autorización previa al Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad para su prescripción en el formato vigente para tal fin. Los medicamentos para manejo intrahospitalario que requieran administrarse de manera urgente, deben solicitar la aprobación por el CTC posterior a su utilización de acuerdo a lo establecido en el artículo 8 de la Resolución 3099 de 2008.	SI	Ninguna
34.	Sostener los precios ofertados durante la vigencia del contrato y/o sus prorrogas, para lo cual deberá diligenciar el Anexo No 9.	SI	Ninguna
35.	Se obliga a que llegado el 60% de ejecución presupuestal se harán reportes por parte del contratista al supervisor del contrato. Para estudiar la viabilidad de adición presupuestal o realización del nuevo proceso contractual, diligenciando el siguiente formato: Contratista: Nombre o Razón Social Nro. del Contrato: Número Asignado por Contratación Valor del Contrato: Valor Asignado incluye adiciones Fecha del reporte: Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa) Valor ejecutado: Valor de las actividades que ya se han realizado a la fecha del corte. Valor Programado: Valor de remisiones que han recibido, pero no se han atendido a la fecha del corte Saldo: Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado)	SI	Ninguna
36.	Una vez se agote el presupuesto total asignado, el contratista NO continuara prestando los servicios, a menos de que se trate de casos de urgencias conforme a las disposiciones vigentes.	SI	Ninguna
37.	Suministrar información estadística de conformidad con lo establecido en el Decreto 3374 de 2000 (R.I.P.S) o las demás normas que la adicionen o modifiquen.	SI	Ninguna
38.	Enviar en medio magnético la información correspondiente a atenciones en salud de los Usuarios del Subsistema (RIPS).	SI	Ninguna
39.	Asumir el pago de obligaciones que se deriven de la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
40.	El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por la POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ, como son: ***Accesibilidad***: Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios	SI	Ninguna

	Oportunidad: Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención. ***Continuidad***: Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida. ***Seguridad***: Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido. ***Pertinencia:*** Cumplimiento de los Guías de Manejo, Adoptadas por la institución contratada		
41.	Facilitar los indicadores de calidad en la prestación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud: SOGCS .Decreto 780 de 2016.	SI	Ninguna
42.	Realizar incapacidades médicas según la directiva de la Policía Nacional 007 de 2009 en cuanto a necesidad de establecer si es incapacidad parcial o total.	SI	Ninguna
43.	El **CONTRATISTA**, designara un funcionario quien se encargará de solucionar cualquier inconveniente o inquietud que se deriven de la prestación de los servicios del contrato que llegare a suscribirse suministrando los siguientes datos: NOMBRE: _____ C.C _____ expedida en _____. Teléfono _____, E-mail _____.	SI	Ninguna
44.	Contar con un sistema de referencia, contrarreferencia y atención al usuario, cuyo proceso y operación será informado al contratante	SI	Ninguna
45.	Realizar un resumen del procedimiento al paciente para ser plasmado en la historia clínica permitiendo seguimiento y evolución, del mismo.	SI	Ninguna
46.	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la protección social y las normas sanitarias vigentes.	SI	Ninguna
47.	Oportunidad de servicios ambulatorios máximo 3 días y Citas prioritarias en máximo 48 horas.	SI	Ninguna
48.	Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, cumpliendo los deberes 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	Ninguna
49.	Aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de los pacientes	SI	Ninguna
50.	Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que se llegasen a presentar con ocasión al servicio contratado.	SI	Ninguna
51.	Durante las fases de atención el contratista deberá observar criterios de racionalidad científica, los cuales serán objeto de auditoría realizada por Garantía y Calidad	SI	Ninguna
52.	Presentar de manera mensual las facturas por los servicios prestados, lo cual en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.	SI	Ninguna
53.	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes.	SI	Ninguna
54.	Emitir los conceptos que se le requieran, incluidos los solicitados por el Área de Medicina Laboral sobre patologías y posibles secuelas de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional incluyendo incorporación, ascenso o retiro.	SI	Ninguna
55.	El Contratista deberá entregar a la Policía Nacional – en la unidad prestadora de salud Boyacá el modelo de atención en salud.	SI	Ninguna

2.2. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin Novedad.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido Doscientos Veintisiete (227) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando Sesenta (60) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud N°1 pagara al contratista el valor del contrato que resulte del presente proceso, a favor del contratista en la ciudad de Bogotá D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada, presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de servicios, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional situé los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia, no obstante, obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través

de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual. La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida descripción del CUPS diagnóstico valor facturado. Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 d la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen. La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso d inconsistencias. Presentar original de la autorización del servicio, acompañada de la orden médica que sopo la solicitud. Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES. La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior 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 cual se anexa. El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

PROCEDIMIENTOS TECNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISION DEL RAS: El contratista debe allegar al supervisor del contrato, la correspondiente factura con los soportes (RISP), esta será revisada en el lapso de 3 días hábiles y se emitirá el RAS Técnico –Económico, el cual debe ser entregado en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1. Hasta dentro de 5 días hábil de cada mes siguientes a la prestación de los servicios.

PARAGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS: La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas la Regional de Aseguramiento en Salud No. I, tramitara la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARAGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARAGRAFO 3: CONCILIACION DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 de la LEY 1438 del 19 de enero de 2011, en donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la Glosa el Contratista tendrá quince(15) días hábiles para indicar acepción o justificación de la No Aceptación, Dentro de los diez (10) siguientes a la recepción de la Respuesta de Glosa la Auditoria de Cuentas decidirá si la levanta total o parcial mente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la Glosa se procederá a citar para conciliación de estas al Contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

El pago se realizará contra entrega en moneda legal colombiana, dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a la radicación de la factura y la certificación por parte del supervisor del contrato junto con los documentos requeridos por la Dirección Administrativa y financiera, teniendo en cuenta el derecho al turno y la Programación Anual de Caja -PAC. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

Nombre del beneficiario: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS
NIT: 900.242.209-5
Número de cuenta: 176270075607
Banco: DAVIVIENDA.
Tipo de cuenta: AHORROS (FIJODIARIO)

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 110.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 110.000.000,00	100%
Valor total facturado	$ 106.923.862,00	97%
Valor facturado pendiente de pago	$ 3.076.138,00	3%
Valor pagado	$ 106.923.862,00	97%
Valor pendiente de entrega	$ 0,00	0%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado

No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**
No. del 8 14/11/2023	$3.076.138,00	Del 04/10/2023 al 30/10/2023	$3.076.138,00	FACTURAS EL3306 A ELD312	pendiente	pendiente	pendiente

5. RECOMENDACIONES

No se tiene recomendaciones a la administración.

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI _X_**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	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,

Patrullera JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Responsable de Asignación de Citas Médicas UPRES BOYACÁ
Supervisor Contrato No. 81-7-20029-23
Correo electrónico: jeimmy.vera@correo.policia.gov.co
No. Celular:314-8435574

Ciudad y fecha:	Tunja, 14 de noviembre de 2023
Unidad:	Regional de aseguramiento en Salud No 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: **X** Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-7-20029-23
Constancia de recibido No.	08
Contratista:	CLÍNICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA ESTÉTICA DENTAL SAS
NIT del contratista:	900242209-5
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACION DEL SERVICIO ESPECIALIZADO EN ODONTOOGIA, (ENDODONCIA, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRIA, CIRUGIA ORAL PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS) Y REHABILITACION ORAL E IMPLANTOLOGIA POR TRAUMA EN ACCIDENTES LABORAL PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTINENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 ESPECIALMENTE A LOS RECIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y SU ZONA DE INFLUENCIA
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Valor total contrato $ 80.000.000 más adición de $ 30.000.000 M/C
Plazo de ejecución:	14-03-2023 AL 31/12/2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 9 # 22-34 - Tunja Boyacá -Unidad prestadora de salud Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO_**X**_	No Aplica

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Patrullera Jeimmy Alejandra vera barragán Responsable de asignación de citas médicas ESPCO Tunja
Fecha de entrega certificada:	04/10/2023 al 30/10/2023
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023	
Acta de recepción de bienes	No Aplica

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
Regional No 1	16	Servicio Especializado En Odontología	$6.066.456	$6.066.456	$0,00	$0

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
EL3306	2023/11/08	$ 459.360	0	$ 459.360
EL3307	2023/11/08	$ 459.360	0	$ 459.360
EL3308	2023/11/08	$ 35.970	0	$ 35.970
EL3309	2023/11/08	$ 459.360	0	$ 459.360
EL3310	2023/11/08	$ 35.970	0	$ 35.970
EL3311	2023/11/08	$ 89.826	0	$ 89.826
EL3312	2023/11/08	$ 90.618	0	$ 90.618
EL3313	2023/11/08	$ 35.970	0	$ 35.970
EL3314	2023/11/08	$ 343.398	0	$ 343.398
EL3315	2023/11/08	$ 343.398	0	$ 343.398
EL3316	2023/11/08	$ 125.410	0	$ 125.410
EL3317	2023/11/08	$ 182.160	0	$ 182.160
EL3318	2023/11/08	$ 35.970	0	$ 35.970
EL3319	2023/11/08	$ 35.970	0	$ 35.970
ELD312	2023/11/08	$ 343.398	0	$ 343.398
TOTAL		$ 3.076.138	0	$ 3.076.138

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación del servicio especializado en odontología, (endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía oral para usuarios y beneficiarios) y rehabilitación oral e implantología por trauma en accidentes laboral para usuarios del subsistema de salud de la policía nacional pertinentes a la regional de aseguramiento en salud n° 1 especialmente a los residentes del departamento de Boyacá y su zona de influencia, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No. 08 correspondiente al periodo del 04 de octubre al 30 de octubre del 2023.

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. Supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIÓ Si _X_ No__	Observaciones y Evidencias
1	Pago aportes parafiscales vigentes	Si	9458643760

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

prestación del servicio especializado en odontología, (endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía oral para usuarios y beneficiarios) y rehabilitación oral e implantología por trauma en accidentes laboral para usuarios del subsistema de salud de la policía nacional pertinentes a la regional de aseguramiento en salud N° 1 especialmente a los residentes del departamento de Boyacá y su zona de influencia.
NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de Supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Patrullera. JEIMMY ALEJANDRA VERA BARRAGAN
Responsable de Asignación de Citas médicas ESPCO Tunja

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-11	66603059	9458643760	E	2023/11/03	2023/11/07	BANCO DE OCCIDENTE	4	$1,821,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMFABOY (7 Afiliados)																							$7,250,000	$1,160,000			$6,960,000	$278,400			$7,250,000	$290,000			$8,120,000		$85,400		$0	$0		$1,813,800
Centro de Trabajo: 1.044% // POSITIVA (7 Afiliados)																							$7,250,000	$1,160,000			$6,960,000	$278,400			$7,250,000	$290,000			$8,120,000		$85,400		$0	$0		$1,813,800
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (7 Afiliados)																							$7,250,000	$1,160,000			$6,960,000	$278,400			$7,250,000	$290,000			$8,120,000		$85,400		$0	$0		$1,813,800
1	CC	1049628198	FORERO ADIELA																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF10	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	1.044%	$12,200	30	$0	$0	Si	$290,600
2	CC	35896072	HERRERA ANGELA																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF10	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	1.044%	$12,200	30	$0	$0	Si	$290,600
3	CC	40046802	MARTINEZ FLOR																		230301	1	$290,000	$46,400		0	$0	$0	CCF10	1	$290,000	$11,600	14-23	30	$1,160,000	1.044%	$12,200	1	$0	$0	No	$70,200
4	CC	1049629203	MORENO YINA																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF10	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	1.044%	$12,200	30	$0	$0	Si	$290,600
5	CC	1049635730	QUINTERO CINDY																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF10	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	1.044%	$12,200	30	$0	$0	Si	$290,600
6	CC	1053615338	ROBERTO LINA																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS041	30	$1,160,000	$46,400	CCF10	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	1.044%	$12,200	30	$0	$0	Si	$290,600
7	CC	1049649122	SUAREZ LADY		X																230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF10	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	1.044%	$12,200	30	$0	$0	Si	$290,600
Total			**Afiliados(7)**																				$7,250,000	$1,160,000			$6,960,000	$278,400			$7,250,000	$290,000			$8,120,000		$85,400		$0	$0		$1,813,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-11	66603059	9458643760	E	2023/11/03	2023/11/07	BANCO DE OCCIDENTE	4	$1,821,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$1,160,000	$4,700	$0	$1,164,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$800	$0	$186,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$974,400	$3,900	$0	$978,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$85,400	$400	$0	$85,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	7	$85,400	$400	$0	$85,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$290,000	$1,200	$0	$291,200
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	7	$290,000	$1,200	$0	$291,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$278,400	$1,200	$0	$279,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$185,600	$800	$0	$186,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$46,400	$200	$0	$46,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,400	$200	$0	$46,600
TOTAL				**7**	**$1,813,800**	**$7,500**	**$0**	**$1,821,300**