GS-2023-121831-DEUIL

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

Neiva, 04 de diciembre 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	**01/11/2023**	**Hasta**	**30/11/2023**

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: 3**

  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

  Informe de supervisión OCTUBRE 2023, comprendido durante el periodo del 01/10/2023 al 31/10/2023; radicado mediante comunicado N° GS-2023-109707-DEUIL de 03-11-2023

GS-2023-121831-DEUIL

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.
2	Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por la oficina de referencia y contra referencia. Para este		

713421150

	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 policia nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policia 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 referencia y contra referencia de la unidad prestadora de salud Policía Tolima, , Huila, Putumayo y Caquetá.,	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

713421350

GS-2023-121831-DEUIL

10	El oferente deberá participar en comités y actividades de mejoramiento de acuerdo a los requerimientos que realice el UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Policia 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 clínicas que inicialmente se encontraron en el paciente a la hora de iniciar la patología y las ayudas que facilitaron el diagnóstico.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato

713421350

	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 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	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

713421650

GS-2023-121831-DEUIL

	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: • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

7134211150

	• 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. 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	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

7134211150

GS-2023-121831-DEUIL

	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 noviembre 2023 al 30 de noviembre 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 ciento cinco (105) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando ciento cincuenta (150) 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**

713421150

GS-2023-121831-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	$28.500.000,00	100%
Valor total de las entregas	$11.965.215.00	41.98%
Valor total facturado	$11.965.215.00	41.98%
Valor facturado pendiente de pago	$1.001.579.00	3.51%
Valor pagado	$10.963.636.00	3.51%
Valor pendiente de entrega	$16.534.785,00	58.01%

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**
03 del 21/11/2023	$1.001.579.00	01/11/2023 al 30/11/2023	$1.001.579.00	FENV 15688	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.

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

713421850

GS-2023-121831-DEUIL

Ciudad y fecha:	Neiva 21/11/2023
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.	03
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

713421350

GS-2023-121831-DEUIL

Fecha de entrega certificada:	Del: 02/10/2023 Al: 09/10/2023

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..	$1.001.579.00	$1.001.579.00	0	$1.001.579.00

Acta de recepción de bienes	N/A

713421350

GS-2023-121831-DEUIL

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FENV15688	03/11/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15689	03/11/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15690	03/11/2023	$292.760.00	$0.0	$292.760.00
FENV15691	03/11/2023	$123.299.00	$0.0	$123.299.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$1.001.579.00**	**$0.0**	**$1.001.579.00**

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"

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	SI	

713421350

GS-2023-121831-DEUIL

	término no mayor a 20 días una vez realizado el requerimiento, exceptuando estados de emergencia sanitaria.		
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 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	
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		

713421350

GS-2023-121831-DEUIL

	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 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	SI	

713421350

GS-2023-121831-DEUIL

	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 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)	SI	
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

713421350

GS-2023-121831-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 4322 DE 03 DE NOVIEMBRE 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	FENV15688	3/11/2023	2/10/2023	CAPERA ARROYAVE VICTOR EDUBAN	1093226700	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
2	FENV15689	3/11/2023	2/10/2023	ROJAS BAHAMON EFRAI	12112349	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
3	FENV15690	3/11/2023	4/10/2023	GUTIERREZ GUTIERREZ JUAN CARLOS	1070955534	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	$ 0,00	$ 292.760,00	SIN GLOSA
4	FENV15691	3/11/2023	9/10/2023	ESCUDERO REYES OMAR FELIPE	1077727186	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR	$ 123.299,00	$ 0,00	$ 123.299,00	SIN GLOSA
				TOTAL			$ 1.001.579,00	$ 0,00	$ 1.001.579,00	

FECHA AUDITORIA 15/11/2023

Elaborado Por:

CPS 4.-PAULA ANDREA CASSIANI ANGULO
Enfermera Auditora Cuentas Medicas

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	FENV15688	3-nov-23	2-oct-23	CAPERA ARROYAVE VICTOR EDUBAN	1093226700	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
2	FENV15689	3-nov-23	2-oct-23	ROJAS BAHAMON EFRAI	12112349	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
3	FENV15690	3-nov-23	4-oct-23	GUTIERREZ GUTIERREZ JUAN CARLOS	1070955534	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
4	FENV15691	3-nov-23	9-oct-23	ESCUDERO REYES OMAR FELIPE	1077727186	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR DIENTE 48	$ 123.299,00
					TOTAL		$ 1.001.579,00

Elaborado Por: _____
Grado y Gargo, Nombres y Apellidos

Recibido Por: _____
Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA
FECHA RECIBIDO: 03 NOV 2023 HORA: _____
No. RADICADO: 4322 RUBRO: _____
RECIBIDO POR: Juan Moreno

GS-2023-121831-DEUIL

GS-2023-121831-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 Noviembre 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

713421350

GS-2023-121831-DEUIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.162.630

LOSADA MENDEZ
APELLIDOS

ARACELY
NOMBRES





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 [illegible]

A-1500100-50153692-F-0036162630-20070115 01827 07015A 02 2180456352

713421350

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

3 5 A 6 B B C 0 9 2 8 F E 6 D 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 1 días del mes de Noviembre 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

GS-2023-121831-DEUIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **55.173.123**

PERAFAN MELO

APELLIDOS

BIBIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1975**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-JUL-1993 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00179552-F-0055173123-20090918 0016234108A 1 6670033943

713421350

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

Hasta aquí Cuerpo de fielmente lo que esta
con el original que tuvo a la vista
[illegible]
11 AGO 2011
[illegible]

NOTARÍA CUARTA
[illegible]
Nilda [illegible]
NOTARIA CUARTA

IDEOS

FIRMA DEL TITULAR 25954

Esta tarjeta es el unico 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.

GS-2023-121831-DEUIL

GS-2023-121831-DEUIL

713421350

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830511702
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SALUD PLENA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 13 # 5-43	TELÉFONO:	8716556
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras 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:			7902111667	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/10/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			249426889

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 205.000	$ 0	$ 205.000
230301	230301-PORVENIR	8	$ 1.211.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.211.700	$ 0	$ 1.211.700
25-14	25-14 COLPENSIONES	8	$ 2.011.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.011.300	$ 0	$ 2.011.300
SUBTOTALES:										$ 3.428.000	$ 0	$ 3.428.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 306.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 306.900	$ 0	$ 0	$ 306.900
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 160.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.600	$ 0	$ 0	$ 160.600
EPS017	EPS017-FAMISANAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 248.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 248.200	$ 0	$ 0	$ 248.200
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 150.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.600	$ 0	$ 0	$ 150.600
SUBTOTALES:													$ 866.300	$ 0	$ 0	$ 866.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	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.	15		$ 0	$ 0		$ 0	$ 433.800	$ 433.800	$ 0	$ 0	$ 433.800
SUBTOTALES:									$ 433.800	$ 0	$ 0	$ 433.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF32	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	11	$ 674.800	$ 0	$ 674.800
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	4	$ 182.800	$ 0	$ 182.800
SUBTOTALES:			$ 857.600	$ 0	$ 857.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1003811732	CAMPOS HORTA LAURA CAMILA	DEPEND		$ 1.440.237	FIJO			SI																	
2	CC 1005813552	ROSERO REINA ANGIE TATIANA	APRENDICES ETAPA PRODUCTIVA		$ 870.000				NO		05															
3	CC 1005813552	ROSERO REINA ANGIE TATIANA	DEPEND		$ 870.000	FIJO			SI	06	30						06-30									
4	CC 1010173120	BERMUDEZ GORDILLO SANDRA CATALINA	DEPEND		$ 1.281.062	FIJO			SI																	
5	CC 1010173120	BERMUDEZ GORDILLO SANDRA CATALINA	DEPEND		$ 1.281.062	FIJO			SI										06-14							
6	CC [illegible]	[illegible] ANDREA	DEPEND		[illegible]	[illegible]			SI										[illegible]							
7	CC [illegible]	[illegible] ANDREA	DEPEND		[illegible]	[illegible]			SI																	
8	CC [illegible]	VASQUEZ PALACIOS [illegible]	DEPEND		[illegible]	[illegible]			SI																	
9	CC [illegible]	CESPEDES [illegible]	DEPEND		[illegible]	[illegible]			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	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	230301-PORVENIR	25	$ 966.667	$ 154.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 154.700
4	25-14 COLPENSIONES	24	$ 1.024.850	$ 164.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 164.000
5	25-14 COLPENSIONES	6	$ 256.213	$ 41.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 41.000
6	230301-PORVENIR	[illegible]	$ 1.128.107	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	[illegible]
7	230301-PORVENIR	24	$ 1.152.550	$ 184.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 184.500
8	230201-PROTECCION	[illegible]	$ 1.281.062	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000
9	230301-PORVENIR	30	$ 1.281.062	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.440.237	$ 57.700	$ 0	$ 57.700
2	EPS002-SALUD TOTAL	5	$ 193.334	$ 24.200	$ 0	$ 24.200
3	EPS002-SALUD TOTAL	25	$ 966.667	$ 38.700	$ 0	$ 38.700
4	EPS005-SANITAS S.A.	24	$ 1.024.850	$ 41.000	$ 0	$ 41.000
5	EPS005-SANITAS S.A.	6	$ 256.213	$ 0	$ 0	$ 0
6	EPS017-FAMISANAR	[illegible]	$ 1.128.107	$ 0	[illegible]	[illegible]
7	EPS017-FAMISANAR	24	$ 1.152.550	$ 46.200	[illegible]	$ 46.200
8	EPS005-SANITAS S.A.	[illegible]	$ 1.281.062	$ 51.300	[illegible]	$ 51.300
9	EPS002-SALUD TOTAL	[illegible]	$ 1.281.062	$ 51.300	$ 0	$ 51.300

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.440.237		$ 7.600
2	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	5	$ 193.334		$ 1.100
3	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	25	$ 966.667		$ 23.600
4	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	24	$ 1.024.850		$ 25.000
5	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	6	$ 256.213		$ 0
6	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	[illegible]	$ 1.128.107		$ 0
7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	24	$ 1.152.550		[illegible]
8	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	[illegible]	$ 1.281.062		[illegible]
9	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	[illegible]	$ 1.281.062		[illegible]

PARAFISCALES

Nº	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	25	$ 966.667	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 38.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	24	$ 1.024.850	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 41.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	6	$ 256.213	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 10.300	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]
6	[illegible]	$ 1.128.107	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]
7	[illegible]	$ 1.152.550	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 46.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	[illegible]	$ 1.281.062	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	[illegible]	$ 1.281.062	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

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:	**7902111667**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD:		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		249426889	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 205.000
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	8	$ 2.011.300
800224808	230301	230301-PORVENIR	6	$ 1.211.700
		SUBTOTAL:	15	**$ 3.428.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	6	$ 306.900
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	3	$ 248.200
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 160.600
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 150.600
		SUBTOTAL:	15	**$ 866.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890700148	CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	4	$ 182.800
891180008	CCF32	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	11	$ 674.800
		SUBTOTAL:	15	**$ 857.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	15	$ 433.800
		SUBTOTAL:	15	**$ 433.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 5.585.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 5.585.700**

GS-2023-121831-DEUIL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830511202
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			SALUD PLENA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 13 # 5-43	TELÉFONO:	8716555
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	8-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7902111667		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2023		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/31	NUMERO AUTORIZACIÓN:			249426889

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																														PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DIAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
10	CC 28427874	CENDUERA RODRIGUEZ GONA MARCELA	DEPEND		$ 3.766.210	FIJO		SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.766.210	$ 602.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 602.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 3.766.210	$ 150.700	$ 0	$ 150.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 3.766.210		$ 19.700	30	$ 3.766.210	3CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 150.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 36302150	ALVAREZ RIVAS YENNY	DEPEND		$ 1.281.062	FIJO		SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.281.062	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.281.062	$ 51.300	$ 0	$ 51.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.281.062		$ 31.300	30	$ 1.281.062	3CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 36307216	CENDUERA RODRIGUEZ HEIDY YOHANA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI							01 30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.440.000	$ 230.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.440.000	$ 57.600	$ 0	$ 57.600	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.440.000		$ 35.100	30	$ 1.440.000	3CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 57.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 36309196	PESCO SUSCOBAR CLAUDIA PATRICIA	DEPEND		$ 1.281.062	FIJO		SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.281.062	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.281.062	$ 51.300	$ 0	$ 51.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.281.062		$ 31.300	30	$ 1.281.062	3CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 51.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 36310189	PERDOMO RIVERA MIREYA	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	3CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 52.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 36313326	BLANDON CAMPOS YANETH	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.160.000		$ 50.600	30	$ 1.160.000	3CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 36451402	SAAVEDRA MOSQUERA 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		$ 50.600	30	$ 1.160.000	3CCF32-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 36734809	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		$ 52.900	30	$ 1.321.501	3CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	$ 52.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 36741690	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	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.160.000		$ 23.300	30	$ 1.160.000	3CCF32-COMFENALCO TOLIMA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 5.585.700

GS-2023-121831-DEUIL