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

Radicado GEPOL No.

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

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

No. SISCO:

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN):

No. CONTRATO: 81-S-20069-23

FECHA DE RECIBIDO :

VALOR PAGO: $ 306.074,00

NUMERO DE RADICADO SIIF:

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

CONTRATISTA: E.S.E SAN JOSE DE FLORIAN

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: TOTAL FACTURAS 3 FE 740848 A LA FE 740850

NIT DEL CONTRATISTA: 804008698-3

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

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

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

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

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

CUENTA BANCARIA: N/A

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

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

6. FACTURA ORIGINAL: — ✓

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: No 27690633 del 2023/09/18 — ✓

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

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

9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP — ✓

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

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

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

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

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

SI_____ **NO**_____

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

FIRMA_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____

Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:_____

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	397103	Fecha Pre-Radicado	9/12/2023 4:53:45 PM
Nombre de la Entidad	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JOSÉ DE FL	Vlr Ini de Cargue	**$306,074**
Cantidad de Facturas Registradas	3	Vlr Fin de Cargue	**$306,074.00**
CASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

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

Ciudad y fecha:	Barbosa 19 de Septiembre 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: Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo: X
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-5-20069-23
Constancia de recibido No.	3
Contratista:	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE FLORIAN
NIT del contratista:	804008698-3
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACION DE SERVICIO DE CONSULTA MEDICA POR MEDICINA GENERAL ,HOSPITALIZACION,ATENCION DE URGENCIAS PRODEDIMIENTOS SALUD ORAL VACUNACION,LABORATORIO CLINICO AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS DE I NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD ,INCLUIDO MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD,RUTA MATERNO PERINATAL ,RUTA DE ORONICON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD,RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA GRUPOS DE RIESGO EN SALUD,RUTA INTEGRAL DE SALUD PARA EVENTOS ESPECIFICOS E INTEVENCIONES Y ACCIONES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICAIRIOS DEL SUBSITEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PARA EL MUNICIPIO DE FLORIAN SANTANDER Y SU ZONA DE INFLUENCIA,MUNICIPIO PERTENECIENTE POR REGIONAIZACION A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 CSSMP.
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:	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2.500.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, PARA LA VIGENCIA 2023
Plazo de ejecución:	26/04/2023 al 30/12/2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	MUNICIPIO DE FLORIAN, DEPARTAMENTO DE SANTANDER, TERCER DISTRITO DE POLICIA,BARBOSA
Incumplimiento del plazo de ejecución SI x_NO__	A la fecha se presentan retrasos en la facturación y las obligaciones suscritas por la entidad sin cumplir con los tiempos establecidos
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente ABELARDO DIAZ TORRES Jefe del Establecimiento de Sanidad Primario Barbosa.
Fecha de entrega certificada:	Del: 08/08/2023 Al:22/08/2023

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023	Unidad	Recurso	Descrip-ción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	RASES1	16	Prestación de servicios	$306.074,00	$306.074,00	0	0
Acta de recepción de bienes	N/A						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FE740848	06/09/2023	$ 44.080,00	$00	$ 44.080,00
FE740849	06/09/2023	$ 44.080,00	$00	$ 44.080,00
FE740850	06/09/2023	$ 217.914,00	$00	$ 217.914,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$306.074,00**	$00	**$306.074,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicio de consulta médica por medicina general ,hospitalización, atención de urgencias procedimientos salud oral vacunacion,laboratorio clínico ayudas diagnósticas y todos los servicios relacionados de I nivel de complejidad que tenga habilitada la entidad ,incluido modelo de atención integral en salud, ruta materno perinatal ,ruta de crónicos y mantenimiento de la salud, ruta integral de atención para grupos de riesgo en salud, ruta integral de salud para eventos específicos e intervenciones y acciones de detección temprana y protección específica para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional para el municipio de la Belleza Santander y su zona de influencia, municipio perteneciente por regionalización a la unidad prestadora de salud Boyacá regional de aseguramiento en salud 1 según lo establecido en el acuerdo 002 del 2001 CSSMP.

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 las facturas relacionadas correspondiente al periodo del 08/08/2023 Al: 22/08/2023 Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor, dejo constancia que la facturación se está presentando por fuera de lo pactado en los términos iniciales del proceso de contratación, a la fecha tienen un tiempo de retraso en la entrega de 8 días. Acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	El contratista cumple con el 100% de las especificaciones de las condiciones técnicas y garantías exigidas en la invitación y oferta presentada de acuerdo al contrato	si_x_ No___	Justificada en la documentation y atencion de usuarios y beneficiaries
2	Obrar en lealtad y Buena fe en las distintas etapas contractuales ,evitando dilaciones y trabas	si_ x _ No___	Cumple de acuerdo a lo pactado en el objeto del presente contrato
3	Responde en los plazos que la regional de aseguramiento en salud No 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información formulados	si__ No_x__	Para la presente vigencia certificada del mes de Agosto 2023 no radican la facturacion dentro de los terminos establecidos para assignacion de RAS
4	Guarda la confidencialidad en la información que por cualquier medio conoce o manipula	si_ x _ No___	Cumple de acuerdo a lo normado para el tema de confidencialidad
5	Mantiene active la cuenta Corrientes o de ahorros reportada para pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato	si_ x _ No___	Cumple con mantener activa su cuenta bancaria
6	Designa un funcionario para la ejecución del contrato indicando nombre y apellido, numero telefónico y correo electrónico	si_ x _ No___	Funcionario designado karol Toloza tel 3142898916-correo facturacioneselabelleza @gmail.com

7	**El contratista se compromete a mantener vigente la póliza de responsabilidad civil durante la ejecucion del contrato en cumplimiento a lo establecido en el dcto 1082 del 2015**	**si_ x _ No___**	**Cumple, seta se encuentra vigente a la fecha**
8	**El contratista asigna las citas para especialidades y procedimientos diagosticos dentro de los plazos establecidos**	**si_ x _ No___**	**Se asigna de acuerdo a la disponibilidad de la oferta con oportunidad de 03 dias**
9	**El contratista presta en forma continua y permanente el servicio de urgencias con internación las 24 horas del dia durante los siete días de la semana bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad**	**si_ x _ No___**	**Los servicios de urgencias se prestan de manera cointinua por parte de la E.S.E san martin de la Belleza**
10	**El contratista garantiza la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecución del contrato, incluyendo adiciones y modificaciones**	**si_ x _ No___**	**Se garantiza la tarifa ofertada soportada en la atencion a la rececpion de cuentas por parte del supervisor**
11	**el contratista informa al supervisor de contrato u al jefe de la regional de aseguramiento en salud No 1 respecto de los inconvenientes presentados en el desarrollo o ejecución del contrato**	**si_ x _ No___**	**Informa a la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista**
12	**El contratista ha informado al supervisor del contrrato ejecución superior al 50% del contrato y en un 70% del valor del contrato**	**si_ x _ No___**	**a la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista**
13	**El contratista ha reporta eventos adversos dentro de los términos estipulados durante la ejecución del contrato**	**si_ x _ No___**	**A la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista**
14	**El contratista presenta la facturación electronica,previamente validada por la DIAN como requisito para el pago de los bienes y servicios contratados conforme a las disposiciones del dcto 358 del 05/03/2020 concordante con lo dispuesto en la res 00042 del 05/05/2020**	**si_ x _ No___**	**Verificada la informacion radicada el contratista cumple con la facturacion electronica radicada para el mes de enero**
15	**Asume la confidencialidad e integridad de la información institucional dada la naturaleza a realizar en el desarrollo del objeto contractual**	**si_ x _ No___**	**Assume la confidencialidad de la informacion de acuerdo a la normatividad vigente**
16	**Cumple con las obligaciones ,frente al Sistema de seguridad social, parafiscales.(cajas de compensación familiar ,SENA ICBF**	**si_ x _ No___**	**No 27690633 del 2023/09/18**

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.

Intendente ABELARDO DIAZ TORRES
Jefe Establecimiento de Sanidad Primario Barbosa
Supervisor Contrato No 81-5-20069-23
Correo electrónico deboy.espri-bar@correo.policia.gov.co
Celular 3209250087

ESE SAN JOSE DE FLORIAN

Número de Identificacion Tributaria : 804008698-3

hospitalfloriansantander@hotmail.com Dirección: Calle 4 Nº 3-06 Teléfono: 3114753347

Cuenta de cobro N° : FE98978

Resolución DIAN facturas electrónicas Nº 18764009732783 de fecha 15/01/2021. Autoriza FE734166 al FE741416. Resolución vence: 15/01/2022

Fecha elaboración: 12/09/2023

Señor(es):

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1

Número de identificacion tributaria: 900336524-5

Contrato de prestación de servicios número:

Valor servicios: $306.074

Valor copago: $

Valor neto a pagar: $306.074

En letras:

TRESCIENTOS SEIS MIL SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Por concepto de prestación de servicios a sus afiliados del contrato:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N°

Durante el periodo comprendido entre:

El día martes, 1 de agosto de 2023 y el día jueves, 31 de agosto de 2023

SE ANEXAN MEDIOS MAGNÉTICOS, EPICRISIS PARA LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS, FACTURAS INDIVIDUALES Y CONSOLIDADOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Total servicios remitidos: 3

Elaboró:

YENI ANDREA CARREÑO SANCHEZ

REPRESENTANTE LEGAL

Favor consignar cheque a la cuenta de ahorros Nº 460503000742 de BANCO AGRARIO de la ciudad de FLORIAN

Esta factura o cuenta de cobro se manejará según lo descrito en el Decreto # 4747 del 2,007 en especial a sus artículos 23 y 24 y al Decreto Ley 1122 en especial al artículo 13 numeral d)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JOSE DE FLORIAN
IDENTIFICACION:	NI-804008698
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-09-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-09-22
FECHA DE PAGO:	2023-09-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AGRARIO
PERIODO PENSION:	2023-08
PERIODO SALUD:	2023-09
NUMERO PLANILLA:	27690633
TOTAL COTIZANTES:	4
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27690633
TIPO DE PLANILLA:	E

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 563.100	$ 563.100
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.600	$ 228.600
EPS042	900226715	COOSALUD	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 363.500	$ 363.500
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 601.500	$ 601.500
Subtotal Salud		4	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.756.700	$ 1.756.700
230301	800224808	PORVENIR	4	$ 24.100	$ 24.100	$ 0	$ 2.307.400	$ 2.307.400
Subtotal Pensión		1	4	$ 24.100	$ 24.100	$ 0	$ 2.307.400	$ 2.307.400
14-25	800226175	COLMENA	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 232.800	$ 232.800
Subtotal ARL		1	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 232.800	$ 232.800
CCF39	890200106	CAJASAN	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 536.000	$ 536.000
Subtotal CCF		1	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 536.000	$ 536.000
PASENA	899999034	SENA	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 268.100	$ 268.100
PAICBF	899999239	ICBF	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.100	$ 402.100
		Total a pagar		$ 24.100	$ 24.100	$ 0	$ 5.503.100	$ 5.503.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/10/2023

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JOSE DE FLORIAN
IDENTIFICACION:	NI-804008698
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	contrato laboral
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-09-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-09-22
FECHA DE PAGO:	2023-09-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AGRARIO
PERIODO PENSION:	2023-08
PERIODO SALUD:	2023-09
NUMERO PLANILLA:	27692482
TOTAL COTIZANTES:	7
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27692482
TIPO DE PLANILLA:	E

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 145.000
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 625.400	$ 625.400
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.000	$ 290.000
Subtotal Salud		3	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.060.400	$ 1.060.400
230301	800224808	PORVENIR	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.171.700	$ 1.171.700
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 185.600
Subtotal Pensión		2	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.357.300	$ 1.357.300
14-25	800226175	COLMENA	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 206.900	$ 206.900
Subtotal ARL		1	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 206.900	$ 206.900
CCF39	890200106	CAJASAN	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 339.400	$ 339.400
btotal CCF		1	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 339.400	$ 339.400
PASENA	899999034	SENA	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 169.700	$ 169.700
PAICBF	899999239	ICBF	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.500	$ 254.500
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.388.200	$ 3.388.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/10/2023