| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 5 | 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. GS-2024- -005313- UPRES-JEFAT**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 12 de Enero 2024

Mayor
**CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4
Cali-Valle del Cauca

**ASUNTO:** Informe de supervisión del contrato No. 66-7-20115-23 mes de Diciembre

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/12/2023** | **Hasta** | **31/12/2023** |

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la "*Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

**INFORMACIÓN GENERAL:**

- Mediante comunicación oficial número 0196 de fecha 01/06/2023, obrando en calidad de jefe Regional de Aseguramiento de Servicios en Salud No. 4, nombra como supervisor del contrato No. 66-7-20115-23 a la señora Patrullera DANA LEYVIS CHANA RODRIGUEZ

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: __05___**

| NO. | RADICADO GECOP | FECHA DE PRESENTACIÓN | PERIODO REPORTADO |
|---|---|---|---|
| 01 | GS-2023-107527-DENAR | 07/08/2023 | 01/06/2023 AL 30/06/2023 |
| 02 | GS-2023-122348-DENAR | 04/09/2023 | 01/07/2023 AL 31/07/2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 03 | GS-2023-137068-DENAR | 30/09/2023 | 01/08/2023 AL 31/08/2023 |
| 04 | GS-2023-147742-DENAR | 20/10/2023 | 01/09/2023 AL 30/09/2023 |
| 05 | GS-2023-164174-DENAR | 21/11/2023 | 01/10/2023 AL 31/10/2023 |
| 06 | GS-2023-180641-DENAR | 24/12/2023 | 01/11/2023 AL 30/11/2023 |

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **66-7-20115-23** |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y OTROS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON APOYO DIAGNOSTICO DE IMAGENOLOGIA , EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA"** |
| **Contratista** | **PALERMO IMAGEN LTDA** |
| **Representante legal** | **LIDIA MARITZA ORTIZ BERMUDEZ** |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | **CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS ($180.000.000,00)**<br>**VIGENCIA 2023: $ 180.000.000,00** |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | **N/A** |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | **CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS ($180.000.000,00)** |
| **Plazo de ejecución inicial** | **SIETE (07) MESES** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | **01/06/2023** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | **31/12/2023** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | **N/A** |

| | |
|---|---|
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | **N/A** |
| **Adiciones** | **N/A** |
| **Modificatorios** | **N/A** |
| **Prorrogas** | **N/A** |
| **Otros** | **N/A** |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

- No aplica

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplir cabalmente con las obligaciones, frente al sistema de seguridad social, para fiscales (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF)... | SI | **N/A** |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:**(transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra) | | |
| El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato a través del SUPERVISOR DEL CONTRATO. | SI | CUMPLE |
| Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco (05) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta Facturación debe aparecer el Número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias. | SI | EL CONTRATISTA ANEXA CUENTA DE COBRO DEL MES DE DICIMEBRE Y PLANILLA DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES. |
| La Oportunidad para los Procedimientos diagnósticos y terapéuticos solicitados por los usuarios ambulatorios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño deberá ser resuelta en un plazo no mayor a 10 días hábiles. En caso que estos tiempos no puedan ser cumplidos deberá ser justificada la oportunidad requerida por el jefe del servicio solicitante y/o médico tratante. Esta novedad deberá ser informada de forma inmediata al supervisor del contrato. | | CUMPLE |
| Se debe garantizar el cumplimiento a la agenda programada para la realización de ayudas diagnósticas | | CUMPLE |

| | | |
|---|---|---|
| ambulatorias, respetando el horario asignado para las mismas. | | |
| El Oferente a quien se le adjudique el presente Proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del Contrato y poder realizar el respectivo Pago | SI | SE VERIFICA EN LA PLATAFORMA SECOPII EL CARGUE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE (CUENTA DE COBRO) |

2.1 **NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

Durante el mes de Noviembre la entidad no presenta facturación, teniendo en cuenta que no se han generado servicios para facturar en este mes.

## 3 AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (214) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (00) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 4 pagará en moneda legal Colombiana al CONTRATISTA en la ciudad de Cali, mensualmente, dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a la prestación de la factura comercial e original y dos copias, que deberá ser radicada en ventanilla única de la oficina central de cuentas de la de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, dentro de los cinco (5) primero días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. EL RECIBIDO A SATISFACCION (RAS) expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplido con los trámites administrativos y fiscales vigentes.

Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

**NOMBRE BENEFICIARIO:** PALERMO IMAGEN LTDA
**BANCO**: Bancolombia
**TIPO DE CUENTA:** Corriente
**NUMERO DE CUENTA:** 87930710134

### 4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

**a. Balance general de pagos y entregas**

| | Valor en pesos | % del valor del contrato u orden de compra |
|---|---|---|
| Valor total del contrato u orden de compra | $ 180.000.000 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 179.988.941 | 99.9% |
| Valor total facturado | $ 179.988.941 | 99.9% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 448.638 | 0.24% |
| Valor pagado | $ 179.551.632 | 99.76% |
| Valor pendiente de entrega | $ 11.059 | 0.1% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 045 | $313.227 | 14/12/2023 al 19/12/2023 | $313.227 | cuenta de mes Diciembre No SP-13 - 2023 | $313.227 | $ 0 | consultar SECOP II o Tesorería unidad |
| 046 | $124.082 | 19/12/2023 | $124.082 | cuenta de mes Diciembre No SP-13-1-2023 | $124.082 | $0 | consultar SECOP II o Tesorería unidad |

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

## 5 RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo durante el desarrollo de la ejecución se verifica que en algunos meses no se ha realizado la facturación mensual de los servicios prestados por tal razón se solicita la facturación mensual para evitar novedades en el desarrollo del contrato.

## 6 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** ___ | 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 _____

Patrullero DANA LEYVIS CHANA RODRIGUEZ
Auxiliar de enfermería UPRES NARIÑO
Supervisor Contrato No. 66-7-20115-23
Correo electrónico: dana.chana4834@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3117096507

Anexo: 02 cuentas correspondientes al mes de diciembre

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | San Juan de Pasto 24 Diciembre de 2023 |
| Unidad: | **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4** |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoría:<br>Contrato de prestación de servicios: x<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro:<br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 66-7-20115-23 |
| Constancia de recibido No. | 045 |
| Contratista: | PALERMO IMAGEN LTDA. |
| NIT del contratista: | 900011436-1 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | "PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y OTROS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON APOYO DIAGNOSTICO DE IMAGENOLOGIA, EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL). TODOS LOS EXAMENES DIAGNOSTICOS DE RADIOLOGIA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DE LA DISAN-BOGOTA D.C Y/O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA" |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | NO APLICA |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 180.000.000 |
| Plazo de ejecución: | Desde 01 de Junio 2023 - hasta el 31 de Diciembre de 2023 |

| | |
|---|---|
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | CIUDAD DE PASTO |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___ | A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato. |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Patrullero. DANA LEYVIS CHANA RODRIGUEZ<br>Auxiliar de Enfermería ESPRI - PALERMO |
| Fecha de entrega certificada: | DICIEMBRE |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RASES N°4 | 16 | Prestación de servicios de salud | $313.227 | $313.227 | $ 0 | $313.227 |
| | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| FESC2292 | 14/12/2023 | 62.711 | 0 | 62.711 |
| FESC2301 | 15/12/2023 | 73.844 | 0 | 73.844 |
| FESC2303 | 15/12/2023 | 62.711 | 0 | 62.711 |
| FESC2326 | 19/12/2023 | 26.480 | 0 | 26.480 |
| FESC2328 | 19/12/2023 | 61.001 | 0 | 61.001 |
| FESC2329 | 19/12/2023 | 26.480 | 0 | 26.480 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | **$313.227** | **0** | **$313.227** |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: a) DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y b) DE CALIDAD DE SERVICIOS c) RESPONSABILDAD CIVIL se cumplieron en su totalidad, se recibió la prestación de los servicios de acuerdo a las condiciones técnicas que se pactaron establecidas en la minuta de contratos; se supervisa la cuenta de cobro, N° SP-12-3 de servicios prestados del 14/12/2023 al 19/12/2023. 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.

SIIF 53023
QUIPU 350

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago | Si | PLANILLA PARAFISCALES |
| 2 | El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios de acuerdo al plan integral de Salud de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional ACUERDO 002, del 21 de abril de 2001. | SI | CUMPLE |
| 3 | El contratista deberá presentar la cuenta de cobro junto con la relación con el formato que maneja auditoría médica Sanidad Policía Nariño mensualmente con los siguientes datos por cada cuenta radicada en formato Excel en medio magnético que conste de las siguientes variables: Fecha de la factura, fecha de la atención de la factura, nombre y apellidos e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 10, Diagnóstico, edad, valor de la factura el cual será enviado al correo: denar.upres-acm@policia.gov.co. Este formato se entregará al supervisor para que lo haga llegar al contratista. | SI | CUMPLE |
| 4 | Crear un espacio adecuado para garantizar la atención y el acceso de los pacientes discapacitados que nos permita brindar un manejo adecuado acogiéndose a los nuevos estatutos de protección para este tipo de población (rampla ó habilitación de Consultorio en el primer piso. | SI | CUMPLE |
| 5 | La Oportunidad para los Procedimientos diagnósticos y terapéuticos solicitados por los usuarios ambulatorios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño deberá ser resuelta en un plazo no mayor a 10 días hábiles. En caso que estos tiempos no puedan ser cumplidos deberá ser justificada la oportunidad requerida por el jefe del servicio solicitante y/o médico tratante. Esta novedad | SI | CUMPLE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | deberá ser informada de forma inmediata al supervisor del contrato. | | |
| 6 | Se debe garantizar el cumplimiento a la agenda programada para la realización de ayudas diagnósticas ambulatorias, respetando el horario asignado para las mismas. | SI | CUMPLE |
| 7 | Prestar en forma continua y permanente por el horario de funcionamiento establecido (12 horas al día) la atención a todos los Usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional, de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL CONTRATISTA PODRÁ ABSTENERSE DE RECIBIR AL USUARIO, ARGUMENTANDO NO TENER DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO REQUERIDO** | SI | CUMPLE |
| 8 | Presentar la facturación correspondiente al mes causado en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño. En esta Facturación debe aparecer el No de Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo" | SI | Cuenta de cobro N° SP-13-1 |

**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.

Patrullero. DANA LEYVIS CHANA RODRIGUEZ
Auxiliar de Enfermería ESPRI - PALERMO

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

**Radicado GECOP No.** _____

Grado _____

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

Cargo del funcionario _____

TURNO No. 8221 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 350.

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 21/12/2023

VALOR PAGO: $ 313.227.

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : -

CONTRATISTA: Palermo Imagen

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

NIT DEL CONTRATISTA: _____

**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 BENEFICIARIO DEL PAGO) N/A — CUENTA BANCARIA: _____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 53023.

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA _____

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

CARGO Y UNIDAD _____

Página 1 de 1
Código: 1AR-FR-0026
Fecha: 14-12-2012
Versión: 0

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR

CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA

POLICÍA NACIONAL

Palermo SP13

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA PALERMO IMAGEN NIT 900011436 PARA PAGO POR CONTRATO N° 066-7-20115-23

No. RADICACION 8221 DEL 21 DE DICIEMBRE DE 2023. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

| N. | No.FACTURA | FECHA DE FACTURA | FECHA DE AUTORIZACION | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FESC2292 | 14/12/2023 | 08/11/2023 | LUCIA ROJAS BANAVIDES | 30.737.615 | ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS + | 62.711 | 22/12/2023 | 0 | N/A | 62.711 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 2 | FESC2301 | 15/12/2023 | 13/12/2023 | YONATHAN OSORIO MONTES | 1.053.811.738 | ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL) + | 73.844 | 22/12/2023 | 0 | N/A | 73.844 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 3 | FESC2303 | 15/12/2023 | 13/12/2023 | CHRISTIAN RIASCOS BASTIDAS | 1.065.279.604 | ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS + | 62.711 | 22/12/2023 | 0 | N/A | 62.711 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 4 | FESC2326 | 19/12/2023 | 18/12/2023 | PAULA PORTILLA VELEZ | 1.004.216.038 | RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA | 26.480 | 22/12/2023 | 0 | N/A | 26.480 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 6 | FESC2328 | 19/12/2023 | 15/12/2023 | MARTHA ORDONEZ FAJARDO | 30.723.742 | ULTRASONOGRAFIA DE HIGADO, PÁNCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA + | 61.001 | 22/12/2023 | 0 | N/A | 61.001 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 5 | FESC2329 | 19/12/2023 | 18/12/2023 | JOHN CASTILLO QUIÑONES | 1.087.123.048 | RADIOGRAFIA DE CODO | 26.480 | 22/12/2023 | 0 | N/A | 26.480 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| | | | | | | | 313.227 | | 0 | | 313.227 | | |

Elaborado Por

DRA. PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO
MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por

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

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

**REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.**

SI_____ NO_____

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

# DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
## 805022186
## RADICACION DE CUENTAS
## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
## SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS



21/12/2023 18:06:28

Programa CPMRSPRD V.5000

**Radicación**

| Número | Estado | Fecha | Nit | Descripción |
|---|---|---|---|---|
| 8221 | RADICADA | 21/12/2023 | 900011436 | PALERMO IMAGEN LTDA |

**Facturas Relacionadas**

| Prefijo | Factura | Fecha | Valor |
|---|---|---|---|
| DENAR | 2292 | 14/12/2023 | 62,711.00 |
| DENAR | 2301 | 15/12/2023 | 73,844.00 |
| [redacted]AR | 2303 | 15/12/2023 | 62,711.00 |
| DENAR | 2326 | 19/12/2023 | 26,480.00 |
| DENAR | 2328 | 19/12/2023 | 61,001.00 |
| DENAR | 2329 | 19/12/2023 | 26,480.00 |

**Presupuesto**

| Doc | Número | Vigencia | Valor |
|---|---|---|---|
| REG | 350 | 2023 | 313,227.00 |

PALERMO
IMAGEN S.A.S

TOMOGRAFIAS- MAMOGRAFIAS CON ESTEREOTAXIA DIGITAL- ECOGRAFIAS Y DOPPLER COLOR
AV PANAMERICANA KRA 40 N° 16D – 95 EL DORADO TEL 3017570313 – PBX (2)7370645

# REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD SP 13 2023

Regt 350
Sist 53023
Pf 824
Rad. 1932

DICIEMBRE DEL 2023

**PALERMO IMAGEN SAS**
Código de habilitación 520010002001 NIT: 900011436-1
CRA 40 # 16 D - 115 Av. Panamericana (602) 7370645
**FACTURACION GENERAL**

PALERMO IMAGEN SAS PASTO

## CUENTA DE COBRO No. SP13 DEL 2023
**Representante Legal: LIDIA MARITZA ORTIZ BERMUDEZ**
**No. de Contrato 066-7-200115-23**

**Empresa:** REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
**Periodo:** dic.-23

| No. | No. Factura | Fecha | Documento | Nombre del Paciente | Vr Neto | Vr Copago | Vr Descuento | Vr. Facturado | Empresa | Remision | C. Cobro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FESC2292 | 14/12/2023 | CC30737615 | ROJAS BANAVIDES LUCIA DEL PILAR | 62.711,00 | 0,00 | 0,00 | 62.711,00 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD | 39 | SP13 |
| 2 | FESC2301 | 15/12/2023 | CC1053811738 | OSORIO MONTES YONATHAN FELIPE | 73.844,00 | 0,00 | 0,00 | 73.844,00 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD | 39 | SP13 |
| 3 | FESC2303 | 15/12/2023 | CC1085278604 | RIASCOS BASTIDAS CHRISTIAN CAMILO | 62.711,00 | 0,00 | 0,00 | 62.711,00 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD | 39 | SP13 |
| 4 | FESC2326 | 19/12/2023 | CC1004216038 | PORTILLA VELEZ PAULA ANDREA | 26.480,00 | 0,00 | 0,00 | 26.480,00 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD | 39 | SP13 |
| 5 | FESC2328 | 19/12/2023 | CC30723742 | ORDOÑEZ FAJARDO MARTHA CECILIA | 61.001,00 | 0,00 | 0,00 | 61.001,00 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD | 39 | SP13 |
| 6 | FESC2329 | 19/12/2023 | CC1087123048 | CASTILLO QUIÑONES JOHN MAIRON | 26.480,00 | 0,00 | 0,00 | 26.480,00 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD | 39 | SP13 |

**TOTAL FACTURAS:** 6
**VR FACTURADO:** 313.227,00
**VR COPAGOS:** 0,00
**VR DESCUENTOS:** 0,00
**NETO A PAGAR:** 313.227,00

**en letras:** TRESCIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE PESOS 00 M/CTE

LIDIA MARITZA ORTIZ BERMUDEZ
**Representante Legal**

SALAZAR GUEVARA MABEL DEL CARMEN
**Coordinadora de Facturacion**

# SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Numero de Pre -Radicado | 438459 | Fecha Pre-Radicado | 12/20/2023 9:43:01 AM |
| Nombre de la Entidad | PALERMO IMAGEN LTDA | Vlr Ini de Cargue | $313,227 |
| Cantidad de Facturas Registradas | 6 | Vlr Fin de Cargue | $313,227.00 |
| RASES/UPRES/HOCEN/DISAN | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI4 | | |

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

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | PALERMO IMAGEN |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-900011436 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-12-15 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2023-12-12 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-12-07 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2023-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2023-12 |
| NÚMERO PLANILLA: | 28439839 |
| TOTAL COTIZANTES: | 33 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 28439839 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 19 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.140.500 | $ 3.140.500 |
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 348.900 | $ 348.900 |
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 6 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 404.900 | $ 404.900 |
| ESSC18 | 901021565 | EPS-S EMSSANAR | 6 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 418.400 | $ 418.400 |
| Subtotal Salud | | 4 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.312.700 | $ 4.312.700 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.319.900 | $ 1.319.900 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 19 | $ 60.700 | $ 60.700 | $ 0 | $ 8.502.300 | $ 8.502.300 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 11 | $ 89.500 | $ 89.500 | $ 0 | $ 6.818.700 | $ 6.818.700 |
| Subtotal Pensión | | 3 | 33 | $ 150.200 | $ 150.200 | $ 0 | $ 16.640.900 | $ 16.640.900 |
| 14-25 | 800226175 | COLMENA | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.125.600 | $ 3.125.600 |
| Subtotal ARL | | 1 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.125.600 | $ 3.125.600 |
| CCF35 | 891280008 | CCF DE NARIÑO | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.150.900 | $ 3.150.900 |
| Subtotal CCF | | 1 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.150.900 | $ 3.150.900 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240.000 | $ 240.000 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 360.000 | $ 360.000 |
| | | Total a pagar | | $ 150.200 | $ 150.200 | $ 0 | $ 27.830.100 | $ 27.830.100 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 11/01/2024 |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | San Juan de Pasto 24 Diciembre de 2023 |
| Unidad: | **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4** |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoría:<br>Contrato de prestación de servicios: x<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro:<br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 66-7-20115-23 |
| Constancia de recibido No. | 046 |
| Contratista: | PALERMO IMAGEN LTDA. |
| NIT del contratista: | 900011436-1 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | "PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y OTROS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON APOYO DIAGNOSTICO DE IMAGENOLOGIA, EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL). TODOS LOS EXAMENES DIAGNOSTICOS DE RADIOLOGIA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DE LA DISAN-BOGOTA D.C Y/O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA" |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | NO APLICA |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $ 180.000.000 |
| Plazo de ejecución: | Desde 01 de Junio 2023 - hasta el 31 de Diciembre de 2023 |

| | |
|---|---|
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | CIUDAD DE PASTO |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___ | A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato. |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Patrullero. DANA LEYVIS CHANA RODRIGUEZ<br>Auxiliar de Enfermería ESPRI - PALERMO |
| Fecha de entrega certificada: | DICIEMBRE |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RASES N°4 | 16 | Prestación de servicios de salud | $124.082 | $124.082 | $ 0 | $124.082 |
| | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| FVE71021 | 19/12/2023 | 124.082 | 0 | 124.082 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | **$124.082** | **0** | **$124.082** |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: a) DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y b) DE CALIDAD DE SERVICIOS c) RESPONSABILDAD CIVIL se cumplieron en su totalidad, se recibió la prestación de los servicios de acuerdo a las condiciones técnicas que se pactaron establecidas en la minuta de contratos; se supervisa la cuenta de cobro, N° SP-13-1 de servicios prestados del 19/12/2023. 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.

SIIF 53023
QUIPU 350

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si__ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral | Si | PLANILLA PARAFISCALES |

SIIF 53023
QUIPU 350

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si__ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago | Si | PLANILLA PARAFISCALES |
| 2 | El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios de acuerdo al plan integral de Salud de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional ACUERDO 002, del 21 de abril de 2001. | SI | CUMPLE |
| 3 | El contratista deberá presentar la cuenta de cobro junto con la relación con el formato que maneja auditoría médica Sanidad Policía Nariño mensualmente con los siguientes datos por cada cuenta radicada en formato Excel en medio magnético que conste de las siguientes variables: Fecha de la factura, fecha de la atención de la factura, nombre y apellidos e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 10, Diagnóstico, edad, valor de la factura el cual será enviado al correo: denar.upres-acm@policia.gov.co. Este formato se entregará al supervisor para que lo haga llegar al contratista. | SI | CUMPLE |
| 4 | Crear un espacio adecuado para garantizar la atención y el acceso de los pacientes discapacitados que nos permita brindar un manejo adecuado acogiéndose a los nuevos estatutos de protección para este tipo de población (rampla ó habilitación de Consultorio en el primer piso. | SI | CUMPLE |
| 5 | La Oportunidad para los Procedimientos diagnósticos y terapéuticos solicitados por los usuarios ambulatorios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño deberá ser resuelta en un plazo no mayor a 10 días hábiles. En caso que estos tiempos no puedan ser cumplidos deberá ser justificada la oportunidad requerida por el jefe del servicio solicitante y/o médico tratante. Esta novedad | SI | CUMPLE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | deberá ser informada de forma inmediata al supervisor del contrato. | | |
| 6 | Se debe garantizar el cumplimiento a la agenda programada para la realización de ayudas diagnósticas ambulatorias, respetando el horario asignado para las mismas. | SI | CUMPLE |
| 7 | Prestar en forma continua y permanente por el horario de funcionamiento establecido (12 horas al día) la atención a todos los Usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional, de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL CONTRATISTA PODRÁ ABSTENERSE DE RECIBIR AL USUARIO, ARGUMENTANDO NO TENER DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO REQUERIDO** | SI | CUMPLE |
| 8 | Presentar la facturación correspondiente al mes causado en la Ventanilla Unica Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño. En esta Facturación debe aparecer el No de Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo" | SI | Cuenta de cobro N° SP-13 |

**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.

Patrullero. DANA LEYVIS CHANA RODRIGUEZ
Auxiliar de Enfermería ESPRI - PALERMO

| | | |
|---|---|---|
| Pagina 1 de 1<br>Codigo: IAR-FR-0008<br>Fecha: 14-12-2012<br>Versión: 0 | | PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR<br>CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA |

POLICIA NACIONAL

Palermo SP13-1

**RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA PALERMO IMAGEN NIT 900011436 PARA PAGO POR CONTRATO N° 066-7-20115-23**

**No. RADICACION 8226 DEL 21 DE DICIEMBRE DE 2023. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS.CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.**

| N. | No.FACTURA | FECHA DE FACTURA | FECHA DE AUTORIZACION | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FVE71021 | 19/12/2023 | 18/12/2023 | MARIO CHAMORRO GOMEZ | 1 138 525 796 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA GONIOMETRIA U ORTOGRAMA FORMATO 14X36 ADULTOS | 124.082 | 22/12/2023 | 0 | N/A | 124.082 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| | | | | | | | **124.082** | | **0** | | **124.082** | | |

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

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

**Radicado GECOP No.**

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No 8225 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 350

No. CONTRATO:

FECHA DE RECIBIDO : 21-12-2023

VALOR PAGO: 124.082

NUMERO DE RADICADO SIIF:

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

CONTRATISTA: Ridemo Iwayen

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

NIT DEL CONTRATISTA:

**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 BENEFICIARIO DEL PAGO) N/A

CUENTA BANCARIA: ____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 53023

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES : ____

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

FIRMA ____

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

CARGO Y UNIDAD ____

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

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

**REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.**

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

**SI**_____ **NO**_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

# DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
## 805022186
## RADICACION DE CUENTAS
## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
## SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS


21/12/2023 18:24:37
Programa CPMRSPRD V.5000

**Radicación**

| Número | Estado | Fecha | Nit | Descripción |
|---|---|---|---|---|
| 8225 | RADICADA | 21/12/2023 | 900011436 | PALERMO IMAGEN LTDA |

**Facturas Relacionadas**

| Prefijo | Factura | Fecha | Valor |
|---|---|---|---|
| DENAR | 71021 | 19/12/2023 | 124,082.00 |

**Presupuesto**

| Doc | Número | Vigencia | Valor |
|---|---|---|---|
| REG | 350 | 2023 | 124,082.00 |

PALERMO
IMAGEN S.A.S

TOMOGRAFIAS- MAMOGRAFIAS CON ESTEREOTAXIA DIGITAL- ECOGRAFIAS Y DOPPLER COLOR
AV PANAMERICANA KRA 40 N° 16D – 95 EL DORADO TEL 3017570313 – PBX (2)7370645

# REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD SP 13-1 2023

Folio 350
Cuad 53023
Rq 8225
Año 1933

DICIEMBRE DEL 2023

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | PALERMO IMAGEN |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-900011436 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-12-15 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2023-12-12 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-12-07 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2023-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2023-12 |
| NÚMERO PLANILLA: | 28439839 |
| TOTAL COTIZANTES: | 33 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 28439839 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 19 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.140.500 | $ 3.140.500 |
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 348.900 | $ 348.900 |
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 6 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 404.900 | $ 404.900 |
| ESSC18 | 901021565 | EPS-S EMSSANAR | 6 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 418.400 | $ 418.400 |
| Subtotal Salud | | 4 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.312.700 | $ 4.312.700 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.319.900 | $ 1.319.900 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 19 | $ 60.700 | $ 60.700 | $ 0 | $ 8.502.300 | $ 8.502.300 |
| 2[redacted] | 900336004 | COLPENSIONES | 11 | $ 89.500 | $ 89.500 | $ 0 | $ 6.818.700 | $ 6.818.700 |
| Subtotal Pensión | | 3 | 33 | $ 150.200 | $ 150.200 | $ 0 | $ 16.640.900 | $ 16.640.900 |
| 14-25 | 800226175 | COLMENA | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.125.600 | $ 3.125.600 |
| Subtotal ARL | | 1 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.125.600 | $ 3.125.600 |
| CCF35 | 891280008 | CCF DE NARIÑO | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.150.900 | $ 3.150.900 |
| Subtotal CCF | | 1 | 33 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.150.900 | $ 3.150.900 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240.000 | $ 240.000 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 360.000 | $ 360.000 |
| | | Total a pagar | | $ 150.200 | $ 150.200 | $ 0 | $ 27.830.100 | $ 27.830.100 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 11/01/2024 |

# SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Numero de Pre -Radicado | 438520 | Fecha Pre-Radicado | 12/20/2023 10:15:00 AM |
| Nombre de la Entidad | PALERMO IMAGEN LTDA | Vlr Ini de Cargue | $124,082 |
| Cantidad de Facturas Registradas | 1 | Vlr Fin de Cargue | $124,082.00 |
| RASES/UPRES/HOCEN/DISAN | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI4 | | |

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

PALERMO IMAGEN SAS PASTO

**PALERMO IMAGEN SAS**
Código de habilitación 520010002001 NIT: 900011436-1
CRA 40 # 16 D - 115 Av. Panamericana (602) 7370645
**FACTURACION GENERAL**

**CUENTA DE COBRO No. SP 13-1 DEL 2023**
**Representante Legal: LIDIA MARITZA ORTIZ BERMUDEZ**
**No. de Contrato 066-7-200115-23**

**Empresa:** REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
**Periodo:** dic.-23

| No. | No. Factura | Fecha | Documento | Nombre del Paciente | Vr Neto | Vr Copago | Vr Descuento | Vr. Facturado | Empresa | Remision | C. Cobro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FVE71021 | 19/12/2023 | TI1138525796 | CHAMORRO GOMEZ MARIO ANDRES | 124.082,00 | 0,00 | 0,00 | 124.082,00 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD | 40 | SP 13-1 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL FACTURAS:** | 1 |
| **VR FACTURADO:** | 124,082.00 |
| **VR COPAGOS:** | 0.00 |
| **VR DESCUENTOS:** | 0.00 |
| **NETO A PAGAR:** | 124,082.00 |

**Valor en letras:** CIENTO VEINTICUATRO MIL OCHENTA Y DOS PESOS 00 M/CTE

LIDIA MARITZA ORTIZ BERMUDEZ
**Representante Legal**

SALAZAR GUEVARA MABEL DEL CARMEN
**Coordinadora de Facturacion**