Página 1 de 15	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. 08 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

GS-2024-_____DEBOY

Tunja, 1 de abril de 2024

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

ASUNTO: Informe de supervisión del Contrato No. **81-5-20140-23.**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/01/2024**	**Hasta**	**31/01/2024**

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 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 Comunicado Oficial GS-2023-317401-RASES1-GRUCO de fecha 27 de junio del 2023, el Señor Capitán YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ, obrando en calidad de Jefe Grupo de Contratos RASES No 1, notifica como supervisor del contrato del asunto al Servidor de Sanidad Policial de la Unidad Prestadora en Salud Boyacá, Trabajadora Social SM-06 MARLEN ROMERO LARA.

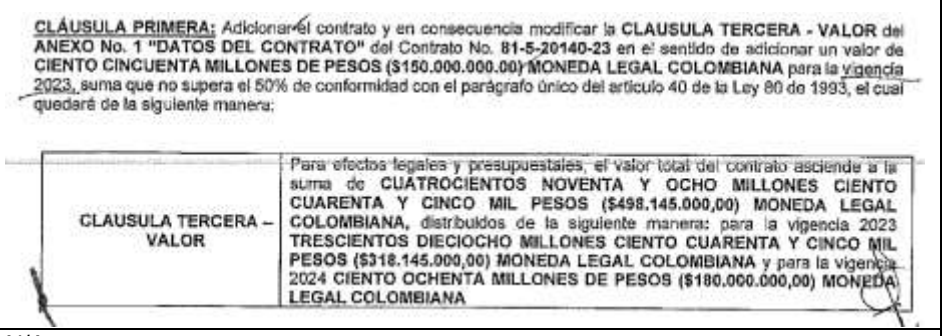
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL

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

1. Informe de supervisión mes de junio 2023 o del periodo comprendido entre el 27/06/2023 y el 30/06/2023 presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-056452-DEBOY**.
2. Informe de supervisión mes de julio 2023 o del periodo comprendido entre el 01/07/2023 y el 31/07/2023 presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-056465-DEBOY**.
3. Informe de supervisión mes de agosto 2023 o del periodo comprendido entre el 01/08/2023 y el 31/08/2023 presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-056478-DEBOY**.
4. Informe de supervisión mes de septiembre 2023 o del periodo comprendido entre el 01/09/2023 y el 30/09/2023 presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-056511-DEBOY**.

5. Informe de supervisión mes de octubre 2023 o del periodo comprendido entre el 01/10/2023 y el 31/10/2023 presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-056630-DEBOY**.
6. Informe de supervisión mes de noviembre 2023 o del periodo comprendido entre el 01/11/2023 y el 30/11/2023 presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-056647-DEBOY**.
7. Informe de supervisión mes de diciembre 2023 o del periodo comprendido entre el 01/12/2023 y el 31/12/2023 presentado mediante comunicado oficial No. **GS-2024-056707-DEBOY**.

Información del contrato

Contrato No.	**81-5-20140-23**
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA (CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA, HOSPITALIZACIÓN, CONCEPTOS DE PSIQUIATRÍA PARA MEDICINA LABORAL, APOYO DIAGNOSTICO EN NEUROLOGÍA) Y TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD, REFERENTES A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE BOYACA, ADSCRITA A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.
Contratista	E.S.E CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ
Representante legal	ZULMA CRISTINA MONTAÑA MARTINEZ
Valor inicial del contrato	$ 348.145.000,00
Valor adiciones del contrato	$ 150.000.000.00
Valor total del contrato	$ 498.145.000,00
Plazo de ejecución inicial	09 MESES 19 DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	27 DE JUNIO DE 2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	15 DE ABRIL DE 2024
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	**Modificación 001-2023 (Adición Presupuestal) del 01/11/2023.**  **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el contrato y en consecuencia modificar la **CLAUSULA TERCERA - VALOR** del **ANEXO No. 1 "DATOS DEL CONTRATO"** del Contrato No. **81-5-20140-23** en el sentido de adicionar un valor de **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($150.000.000.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2023, suma que no supera el 50% de conformidad con el parágrafo único del artículo 40 de la Ley 80 de 1993, el cual quedará de la siguiente manera: **CLAUSULA TERCERA – VALOR**: Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato asciende a la suma de **CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($498.145.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, distribuidos de la siguiente manera: para la vigencia 2023 **TRESCIENTOS DIECIOCHO MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($318.145.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** y para la vigencia 2024 **CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS ($180.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas: sin novedades

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. EL CONTRATISTA se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en la invitación y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato.	SI	Ninguna
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	Ninguna
3. Responder en los plazos que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	Ninguna
4. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
5. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna
6. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
7. El porcentaje de intermediación solo se aplicará a los medicamentos cuyo valor no se encuentre regulados por el Estado.	SI	Ninguna
8. Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.	SI	Ninguna
9. El CONTRATISTA deberá designar un funcionario para el seguimiento de la ejecución del contrato indicando el nombre y apellido, número de teléfono y correo electrónico.	SI	Ninguna
10. El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en los Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
11. El CONTRATISTA se compromete a mantener vigente la póliza de Responsabilidad civil durante la ejecución del contrato en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.	SI	Ninguna
12. El CONTRATISTA Se compromete a realizar la asignación de citas para especialidades, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente.	SI	Ninguna
13. El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo” y la Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo”.	SI	Ninguna
14. El CONTRATISTA deberá prestar en forma continua y permanente el servicio de urgencias, con internación y Salas de Cirugía, las 24 horas del día, durante los 7 días de la semana, bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad.	SI	Ninguna
15. El CONTRATISTA deberá garantizar la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecución del contrato incluyendo sus adicciones y modificaciones.	SI	Ninguna
16. Los servicios y procedimientos que no se encuentren contemplados en el contrato y que sean necesarios deberán ser autorizados por la Regional de aseguramiento en Salud No. 1, previa cotización presentada por el Contratista, siempre y cuando no esté en el Manual Tarifario para los cuales se debe realizar la respectiva inclusión dentro del contrato y serán cancelados a la tarifa cotizada y afectada.	SI	Ninguna
17. El CONTRATISTA se compromete a adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los cups contratados con su respectivo valor en pesos.	SI	Ninguna
18. Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no	SI	Ninguna

cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.		
19. El contratista deberá notificar al supervisor del contrato y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato	SI	Ninguna
20. El contratista deberá Informar al supervisor del contrato y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato.	SI	Ninguna
21. EL CONTRATISTA está obligado a asistir a las reuniones cuando estas sean necesarias citadas por el Supervisor del Contrato y/o por el ordenador del gasto entre las personas que desempeñen los cargos de: Subdirector Científico, Cuentas Médicas, oficina de Referencia Contra-referencia, Auditoría de Calidad del contratista con sus homólogos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 para analizar el desempeño y ejecución del contrato y tomar correctivos de los inconvenientes que se estén presentando	SI	Ninguna
22. El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco (5) días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, con sus respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y al ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso.	SI	Ninguna
23. El contratista deberá dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitario ambiental vigente, en lo referente al manejo integral de residuos hospitalarios y similares, establecidos en el Decreto 351 de 2014, tener formulado e implementado el Plan de Gestión integral de Residuos hospitalarios y peligrosos administrativos de acuerdo a la Resolución 1164 de 2002 o la que la sustituya y deberá contar con los servicios de un gestor externo autorizado por la autoridad ambiental competente para que le realice el manejo de los residuos generados por el desarrollo de su actividad.	SI	Ninguna
24. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros, en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usar del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	Ninguna
25. Confidencialidad: Las partes acuerda que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los camp correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	SI	Ninguna
26. Cumplimiento de normatividad. El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspecto relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 201 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que modifiquen, reglamenten sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad	SI	Ninguna

	confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		
27.	EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señalada en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujeto no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.	SI	Ninguna
28.	Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, asimismo, será civil penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS		CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:			
1	Prestar los servicios de acuerdo al nivel y el plan integral de salud de las fuerzas militares y la Policía Nacional Acuerdo 002 de 2001.	SI	Ninguna
2	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.	SI	Ninguna
3	Contar como mínimo con el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de la Protección Social.	SI	Ninguna
4	El oferente deberá contar con recurso humano suficiente e idóneo para la prestación del servicio objeto del presente Estudio de Conveniencia y Oportunidad, el cual deberá contar como mínimo con una experiencia certificada de Un (01) año, que deberá ser certificada por escrito por el representante legal de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, donde certifique que el personal que labora en esa entidad cuenta con experiencia de mínimo un año.	SI	Ninguna
5	El profesional deberá encontrarse inscrito ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), de acuerdo a lo tipificado en el artículo 23 de la ley 1164 de 2007. (…) *con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del Área de la salud*.	SI	Ninguna
6	El oferente deberá demostrar experiencia para lo cual deberá presentar certificaciones de contratos ejecutados o en ejecución cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto del presente estudio de conveniencia y oportunidad, y cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del valor ofertado. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: • Objeto del contrato • Número del contrato, • Valor del contrato • Plazo del contrato • Fechas de inicio y finalización del contrato • Nombre del contratante y nombre de contratista debidamente suscrita por el Contratante (Representante Legal o persona autorizada). Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Unidad Prestadora de Salud Boyacá tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.	SI	Ninguna

7	Declaración de la capacidad operativa para la recolección y el envío en medio magnético de la información correspondiente a atenciones en salud de los Usuarios del Subsistema (RIPS).	SI	Ninguna
8	Tener disponibles en medio físico y/o magnético los indicadores de Calidad de la IPS mínimo 2010-2011, de acuerdo a la normatividad vigente	SI	Ninguna
9	Sistema estructurado de referencia y contra-referencia y atención al usuario.	SI	Ninguna
10	Medios para la comunicación con la central de referencia contra-referencia y autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá (Telefónica e internet), cuando la USP autoriza atención directa sin necesidad de mediar formato de referencia institucional.	SI	Ninguna
11	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de Seguridad Social y Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Sena cuando a ello haya lugar, de acuerdo con los artículos 282 de la Ley 100 de 1.993, 1 de la Ley 828 de 2003, Decreto 1703 de 2002. Para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura mensual certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el representante legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo.	SI	Ninguna
12	De acuerdo al Decreto ley 1011 de abril 3 del 2006 y la Resolución reglamentaria 1043 de abril 3 del 2006. Contar con las instalaciones adecuadas para la prestación del servicio de salud.	SI	Ninguna
13	Guías de manejo acordadas.	SI	Ninguna
14	El oferente se compromete a anexar en su propuesta en medio físico y magnético formato Excel sin bloqueo, listado de clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) con el valor de cada uno de los servicios ofertados; el cual deberá corresponder a la aplicación del manual tarifario menos el descuento de acuerdo a su oferta económica en el siguiente formato: NRO. | CÓDIGO CUPS | DESCRIPCIÓN | VALOR | | | | Es de anotar que deben relacionar la totalidad de servicios y procedimientos a prestar con el fin de que el contratante los ingrese al aplicativo **GESTION DE LA INFORMACION (GEINF)** de la Policía Nacional y de esta manera generar las autorizaciones de servicios de la red externa en línea.	SI	Ninguna
15	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.	SI	Ninguna
16	El servicio será prestado en el lugar y plazo establecido, de acuerdo a los términos de la invitación y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales harán parte integral del proceso de contratación.	SI	Ninguna
17	Adoptar las políticas, estrategias y lineamientos formulados por la DIRECCIÓN DE SANIDAD – Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para la formulación y suministro de medicamentos a nuestros usuarios y beneficiarios.	SI	Ninguna
18	Brindar la atención a los pacientes, con la mejor calidad de atención posible mediante la aplicación de sus conocimientos profesionales, selección del cuerpo médico asociado y experiencia con la tecnología disponible.	SI	Ninguna
19	Contar con instalaciones adecuadas para la prestación del servicio de acuerdo al decreto ley 1011 de abril 3 del 2006 y la resolución 2003 de fecha 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social en el municipio de Tunja (Boyacá).	SI	Ninguna
20	Demostrar la tenencia de los equipos que utilizará en la prestación de los servicios. Certificación firmada por el especialista y/o representante legal de la E.S.E. en la que conste la existencia y disponibilidad de los equipos que destinara para la prestación de los servicios, adjuntado copia de las hojas de vida y los planes de mantenimiento.	SI	Ninguna
21	Poseer un sistema de Auditoría interna que este en contacto con el Auditor de Cuentas delegado por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.	SI	Ninguna
22	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad, los requisitos mínimos esenciales (Cumplimiento de los estándares de habilitación según resolución 2003 de fecha 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social)	SI	Ninguna

	y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto de orden Nacional como territorial.		
23	Contar con habilitación para cada uno de los servicios a prestar en la sede que será puesta a disposición de los usuarios del SSPN. El oferente deberá anexar el formulario de inscripción y cumplimiento de los requisitos de habilitación. De acuerdo al decreto ley 1011 de abril 3 del 2006 y la resolución 2003 de fecha 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que las aclaren o modifiquen.	SI	Ninguna
24	Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, referencia y contrarreferencia de usuarios e información.	SI	Ninguna
25	Durante las fases de atención el contratista deberá observar criterios de racionalidad científica, los cuales serán objeto de auditoría.	SI	Ninguna
26	El oferente deberá garantizar, en un horario mínimo de cuatro (4) horas diarias de lunes a viernes, y sábado medio día, para la atención a los Usuarios y Beneficiarios del Área de Sanidad Boyacá. Dicha atención deberá ser oportuna y eficiente.	SI	Ninguna
27	Para la atención de pacientes se requiere la mayor resolutividad posible	SI	Ninguna
28	Diligenciar en forma completa sin excepción el formato de referencia y contrarreferencia el cual será revisado por auditoria y será soporte de cuenta, así mismo debe ser diligenciada la historia clínica, formatos institucionales que se deriven de la prestación del servicio, así como el RIPS relacionado.	SI	Ninguna
29	La prescripción de medicamentos se realizará con estricta sujeción al manual de medicamentos y terapéutica del SSPN vigente, en forma genérica y respetando los múltiplos y la malla de pertinencia establecida. En caso de requerirse algún medicamento fuera de este, deberá ser plenamente justificado en el formato de medicamentos no POS de la Institución y de vigilancia farmacológica si es el caso, para ser incluido y solicitado al comité técnico científico de la DISAN.	SI	Ninguna
30	Prestar según demanda en forma continua y permanente de acuerdo a lo coordinado con la oficina de referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, los servicios a todos los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten con base en la orden de servicio expedida por parte de los profesionales médicos de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	SI	Ninguna
31	Eventualmente según la necesidad del servicio se realizará procedimientos de la especialidad, que requieran los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud de la PONAL en las instalaciones que designe el contratante; los cual será facturado al contrato vigente según tarifas o precios pactados.	SI	Ninguna
32	Cumplir con el objeto contractual.	SI	Ninguna
33	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	Ninguna
34	Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	Ninguna
35	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	Ninguna
36	Constituir en debida forma y aportar al grupo contractual y seguimiento de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Unidad Prestadora de Salud Boyacá o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la garantía única y cancelar los pagos a que hubiere lugar.	SI	Ninguna
37	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
38	No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección Administrativa y Financiera de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna

39	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
40	Cumplir con el programa de Gestión de Residuos Hospitalarios – Decreto 2676 de 2000, Decreto 4741 de 2005 que trata de Gestión de residuos químicos	SI	Ninguna
41	Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.	SI	Ninguna
42	Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna
43	Prestar los servicios, durante el plazo de ejecución del contrato, conforme al acuerdo número 002 de 2001 “Por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial”, según la oferta presentada, la cual hace parte integral del Contrato.	SI	Ninguna
44	El **CONTRATISTA**, debe prestar el servicio siempre y cuando el Usuario y/o Beneficiario presente la orden de servicio debidamente diligenciada, firmada y autorizada por la oficina de referencia de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá. La autorización debe contener la firma del paciente, anexando fotocopia del carné policial o constancia actualizada expedida por la oficina de Talento Humano, CASUR (Caja de Sueldos de Retiro) CAGEN (Caja General de Pensionados) o que indique que tiene derechos al servicio de sanidad policial y fotocopia del documento de identidad de quien reciba la atención.	SI	Ninguna
45	Para la autorización del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: Demostración de derechos y autorización: a. Para acceder al servicio directamente con el prestador se debe presentar el carné que acredite los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia vigente de que se encuentra en trámite, expedida por la Oficina de Talento Humano del Comando del Departamento de Policía, Comando de la Metropolitana, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN). b. Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). d. Los servicios electivos (programados) puerta de entrada, es decir que no requieren referencia se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la USP, por lo tanto, si el usuario no es portador de la autorización, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la USP para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. e. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la USP, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. f. Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN (se adjunta al presente contrato como anexo) y remitirlo a la central de autorización de la USP, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. No se admiten formatos institucionales del CONTRATISTA. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente. En este caso, el NO reporte será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable del CTC. g. Referencia: Para todos los demás servicios ambulatorios (primera vez o control) u hospitalarios, se requerirá remisión en formato oficial SSPN y autorización expedida por la central de autorizaciones de la USP. h. Los formatos de referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados,	SI	Ninguna

	firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. i. Contra-referencia: Luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitirse a la USP el formato de contra-referencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y recomendaciones de tratamiento. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas. j. Urgencias: Los pacientes no considerados candidatos para atención inicial de urgencias, deberán ser remitidos a los servicios de consulta prioritaria de la USP (Red propia o contratada dispuesta por la USP para tal fin). La atención inicial de urgencia no requiere autorización ni formato de referencia, pero debe ser notificada a la central de autorizaciones de la USP, quien asignará código de recepción del reporte. El procedimiento para la notificación de la atención inicial de urgencia será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y el formato a utilizar corresponde al Anexo 2 de la citada resolución. Si luego de la atención inicial de urgencias, se requiere continuar con la atención, servicios adicionales, extendiendo la atención hacia observación, ambiente quirúrgico, hospitalario, u otro no relacionado con la atención inicial, éstos requerirán el aval por parte de la central de autorización de la USP, quien podrá autorizar la continuidad de tratamiento en la IPS o trasladar a su propia red, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. El procedimiento para la solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, siendo el formato a utilizar para la solicitud el Anexo 3 y para la autorización por parte de la USP al Anexo 4 de la citada resolución. Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas al alta, harán parte de la misma atención inicial de urgencia y con cargo al mismo valor. Todos los casos de atención de pacientes en urgencias, que requieran hospitalización deberán ser valorados previamente por médico especialista del CONTRATISTA. Y las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.		
46	Llevar registros de atención diaria de actividades, procedimientos o intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	SI	Ninguna
47	Atención prioritaria a menores de 5 años, mujeres embarazadas y adulto mayor	SI	Ninguna
48	Reportar mensualmente en medio físico a garantía de calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Unidad Prestadora de Salud Boyacá los eventos adversos y el seguimiento correspondiente, según la Resolución 256 de 2016.	SI	Ninguna
49	La atención de los eventos adversos generados durante la atención entendido como “el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente”, correrán por cuenta del prestador.	SI	Ninguna
50	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.	SI	Ninguna
51	Sostener los precios ofertados durante la vigencia del contrato y/o sus prórrogas	SI	Ninguna
52	Sera obligación del contratista de conformidad con lo establecido en el decreto 1510 de 2013 mantener a la entidad contratante libre de cualquier reclamación por daño o perjuicio a terceros, que se derive de sus actuaciones.	SI	Ninguna
53	Se obliga a que llegado el 60% de ejecución presupuestal se harán reportes por parte del contratista semanalmente, al grupo de contratos la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Unidad Prestadora de Salud Boyacá al correo electrónico deboy.upres@policia.gov.co; Para estudiar la viabilidad de adición presupuestal o realización del nuevo proceso contractual, diligenciando el siguiente formato: Contratista: Nombre o Razón Social Nro. del Contrato: Número asignado por contratación Valor del Contrato: Valor asignado incluye adiciones Fecha del reporte: Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa)	SI	Ninguna

	Valor ejecutado: Valor de las actividades que ya se han realizado a la fecha del corte. Valor Programado: Valor de remisiones que han recibido, pero no se han atendido a la fecha del corte Saldo: Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado)		
54	Una vez se agote el presupuesto total asignado, el contratista **NO** continuara prestando los servicios, a menos de que se trate de casos de urgencias conforme a las disposiciones vigentes.	SI	Ninguna
55	Suministrar información estadística de conformidad con lo establecido en el decreto 3374 de 2000 (R.I.P.S) o las demás normas que la adicionen o modifiquen.	SI	Ninguna
56	Contar con capacidad operativa para la recolección y el envío en medio magnético de la información correspondiente a atenciones en salud de los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema (RIPS).	SI	Ninguna
57	Asumir el pago de: los impuestos, gravámenes y servicios de cualquier género que se deriven de la ejecución del contrato	SI	Ninguna
58	Cumplir con las obligaciones de afiliación y pago mensual de los aportes a los sistemas de Seguridad Social y Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Sena cuando a ello haya lugar, de acuerdo con los artículos 282 de la Ley 100 de 1.993, 1 de la Ley 828 de 2003, Decreto 1703 de 2002. Para tal fin deberá allegar como soportes de facturación mensual la certificación original firmada donde conste dicho cumplimiento.	SI	Ninguna
59	El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por la POLICÍA NACIONAL - Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Unidad Prestadora de Salud Boyacá, como son: ***Accesibilidad***: Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios. ***Oportunidad:*** Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención. ***Continuidad***: Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida. ***Seguridad***: Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido. ***Pertinencia:*** Cumplimiento de los guías de manejo, adoptadas por la institución contratada.	SI	Ninguna
60	Facilitar los indicadores de calidad en la prestación SOGCS.	SI	Ninguna
61	Realizar incapacidades médicas según la directiva de la Policía Nacional 007 de 2009 en cuanto a necesidad de establecer si es incapacidad parcial o total.	SI	Ninguna
62	El **CONTRATISTA**, designara un funcionario quien se encargará de solucionar cualquier inconveniente o inquietud que se deriven de la prestación de los servicios del contrato que llegare a suscribirse suministrando los siguientes datos: NOMBRE: _____ C.C _____ expedida en _____. Teléfono_____, E-mail_____.	SI	Ninguna
63	Contar con un sistema estructurado de referencia, contrarreferencia y atención al usuario, cuyo proceso y operación será informado al contratante.	SI	Ninguna
64	Realizar la contrarreferencia al nivel correspondiente, según el estado clínico del paciente permitiendo la optimización de los servicios según la competencia de los mismos.	SI	Ninguna
65	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la protección social y las normas sanitarias vigentes.	SI	Ninguna
66	Oportunidad de servicios ambulatorios máximo 20 días y citas prioritarias en máximo 72 horas.	SI	Ninguna
67	Atender a los Usuarios y Beneficiarios con la mayor diligencia y cuidado, cumpliendo los deberes que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	SI	Ninguna
68	Cuando los procedimientos que para su realización ameriten sala de cirugía se realizarán en la Policlínica de la ciudad de Tunja; solicitando sala y valoración de	SI	Ninguna

	anestesia con antelación en acuerdo con los coordinadores del servicio de Cirugía. Atender a los Usuarios y Beneficiarios con la mayor diligencia, cuidado durante los procedimientos Cumpliendo con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la protección social.		
69	Aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de los pacientes.	SI	Ninguna
70	Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la USP o el ordenador del gasto.	SI	Ninguna
71	Presentar de manera mensual las facturas por los servicios prestados, lo cual en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.	SI	Ninguna
72	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	Ninguna
73	Emitir los conceptos que se le requieran, incluidos los solicitados por el Área de Medicina Laboral sobre patologías y posibles secuelas de los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	SI	Ninguna
74	Utilizar las guías de manejo acordadas.	SI	Ninguna
75	Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador, junto con la propuesta.	SI	Ninguna
76	Recibir y conocer el modelo de atención en salud, definido por la Policía Nacional.	SI	Ninguna
77	Recolectar y reportar la cinco primeros días de cada mes, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Unidad Prestadora de Salud Boyacá correo deboy.upres@policia.gov.co y/o supervisor del contrato, el registro por persona de la atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento según el anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012.	SI	Ninguna
78	Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de protección específica, detección temprana y las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.	SI	Ninguna
79	Cumplir con lo tipificado en la resolución número 256 de 2016 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.	SI	Ninguna
80	En cumplimiento de lo dispuesto en normatividad emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social así: artículo 114 de la Ley 1438 de 2011"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", en el cual se incluye como obligación de los prestadores de servicios de salud, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan, con el objetivo de elaborar indicadores; y el artículo 7º de la resolución 4505 de 2012 "Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento", especificando como responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas: 1°"Recolectar y reportar a las empresas administradoras de planes de beneficios, incluidas las de régimen de excepción de salud y a las direcciones municipales y distritales de salud, el registro por persona de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el anexo técnico, que hace parte integral de esta resolución", 2°"Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento" y para poder dar cumplimiento a la resolución 1588 de 2016"Por la cual se modifican las fechas de reporte de información de que trata el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012" la IPS debe efectuar el reporte de la información trimestral, al supervisor de contrato el EMAIL Y DATOS ESPECIFICOS DEL ESPAB, al email deboy.upres@policia.gov.co, así: Primer trimestre: enero 1 a marzo 31, del 18 al 25 de abril; Segundo trimestre: abril 1 a junio 30, del 18 al 25 de julio; Tercer trimestre: julio 1 a septiembre 30, del 18 al 25 de octubre, y Cuarto trimestre: octubre 1 a diciembre 31, del 18 al 25 de enero del año siguiente"	SI	Ninguna

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Se recibió facturación correspondiente a enero 2024 por parte de la ESE Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido Doscientos Catorce (214) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando Setenta y Cinco (75) días para finalizar el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

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

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético (CD) la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente y los requisitos establecidos por la DIAN.

Documentos requeridos:

a) Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
b) Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
c) Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.
d) Autorización del servicio en original
e) Orden médica.
f) 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 lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.

Presentar original de la autorización del servicio, acompañada de la orden médica que soporta la solicitud.

Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES.

La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior a la prestación de los servicios.

- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado, el cual se anexa.
- El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

La facturación deberá presentarse de forma electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, de conformidad con el instructivo No 001 SUDIR – DIRAF 70 LINEAMIENTOS PARA LA RECEPCIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA, dando cumplimientos a lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Circular Externa 016 del 09/03/2021 ”por la cual se implementa el Modelo de Recepción de factura de venta, Notas Debito y/o Notas crédito”.

Nota: el cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del decreto 358 del 05 de marzo de 2020.

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

PARÁGRAFO SEGUNDO: OBJECIONES Y GLOSAS.
En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO TERCERO: CONCILIACIÓN DE GLOSAS
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

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

CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747/2007.

Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 “Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico”. La Auditoría de Cuentas Médicas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, concurrirá en el análisis y cumplimiento de lo aquí consagrado sobre dicho proceso.

Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad.

Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: E.S.E CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ
BANCO: BANCO DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA; CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 0560176369999394

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 498.145.000,00	100,00%
Valor total de las entregas	$ 344.275.670,00	69,11%
Valor total facturado	$ 304.154.384,00	61,06%
Valor facturado pendiente de pago	$ 40.121.286,00	8,05%
Valor pagado	$ 304.154.384,00	61,06%
Valor pendiente de entrega	$ 153.869.330,00	30,89%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**

No. 14 del 20/02/2024	$40.121.286,00	Del 01/01/2024 al 31/01/2024	$40.121.286,00	De la 306454 a la 307713	pendiente	pendiente	pendiente

5. RECOMENDACIONES

No se tiene recomendaciones a la administración

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI _X_**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma _____

SM-06 MARLEN ROMERO LARA
Trabajadora Social ESPCO CLINICA TUNJA
Supervisor Contrato No. No. **81-5-20140-23**
Correo electrónico: marlen.romero@correo.policia.gov.co
No. Celular: 315-2963024

Ciudad y fecha:	Tunja, 20 de febrero de 2024
Unidad:	Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td>**X**</td></tr></table> .
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-5-20140-23
Constancia de recibido No.	14
Contratista:	ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
NIT del contratista:	891.800.982
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA (CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA, HOSPITALIZACIÓN, CONCEPTOS DE PSIQUIATRÍA PARA MEDICINA LABORAL, APOYO DIAGNOSTICO EN NEUROLOGÍA) Y TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD, INCLUIDO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y RUTA DE GRUPOS DE RIESGOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE BOYACA, ADSCRITA A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
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:	$498.145.000,00 Principal $348.145.000,00 ($168.145.000 Vigencia 2023 y $180.000.000 Vigencia 2024) Adición $150.000.000,00 Vigencia 2023
Plazo de ejecución:	27/06/2023 al 15/04/2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Kilómetro 1 Vía Soraca Barrio San Francisco – Tunja Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_**X**_	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM-06 MARLEN ROMERO LARA Trabajadora Social - ESPCO Clínica Tunja
Fecha de entrega certificada:	01/01/2024 al 31/01/2024

<table>
<tr><td>Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023 – 2024</td><td>.<table><tr><th>Unidad</th><th>Recurso</th><th>Descripción del bien o servicios recibidos</th><th>Valor recibido</th><th>Valor facturado</th><th>Valor a amortizar y/o descontar *</th><th>Valor a pagar</th></tr><tr><td>RASES No. 1</td><td>R16</td><td>Servicios de Psiquiatría</td><td>$40.121.286,00</td><td>$40.121.286,00</td><td>$0,00</td><td>$0,00</td></tr></table>.</td></tr>
<tr><td>Acta de recepción de bienes</td><td>No Aplica</td></tr>
</table>

No. Factura	Fecha Factura	Valor Factura	Nota Crédito o Débito	Valor Neto
306454	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306477	9/02/2024	$ 4.561.128,00	$ 0,00	$ 4.561.128,00
306500	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306514	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306515	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306516	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306519	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306521	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306524	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306534	25/01/2024	$ 715.000,00	$ 0,00	$ 715.000,00
306535	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306547	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306553	25/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
306559	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306560	9/02/2024	$ 1.498.816,00	$ 0,00	$ 1.498.816,00
306567	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306583	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306588	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306593	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306596	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306597	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306600	9/02/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
306607	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306615	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306622	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306680	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306681	20/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306698	25/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
306706	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306707	25/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
306708	25/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
306712	25/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
306713	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306716	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306723	25/01/2024	$ 715.000,00	$ 0,00	$ 715.000,00
306724	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306729	25/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
306748	20/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
306763	20/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
306769	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00

306774	25/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
306786	25/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
306792	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306828	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306829	31/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
306830	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306844	31/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
306848	25/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
306979	9/02/2024	$ 10.030.156,00	$ 0,00	$ 10.030.156,00
306982	30/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307004	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307008	27/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307016	27/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307017	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307032	27/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307034	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307036	27/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307049	27/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307053	27/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307055	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307079	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307082	27/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307086	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307087	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307090	31/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307091	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307092	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307099	27/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307127	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307131	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307154	9/02/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307155	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307183	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307184	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307195	29/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307208	29/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307209	29/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307224	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307261	29/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307262	29/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307278	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307280	31/01/2024	$ 160.000,00	$ 0,00	$ 160.000,00
307284	29/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307291	29/01/2024	$ 160.000,00	$ 0,00	$ 160.000,00
307305	29/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307311	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307314	29/01/2024	$ 180.000,00	$ 0,00	$ 180.000,00
307326	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307341	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307348	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307349	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307370	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307389	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307397	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307409	30/01/2024	$ 62.124,00	$ 0,00	$ 62.124,00
307411	30/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00

307424	30/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307446	30/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307447	30/01/2024	$ 715.000,00	$ 0,00	$ 715.000,00
307450	30/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307464	31/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307471	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307475	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307482	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307493	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307521	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307531	31/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307535	31/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307540	9/02/2024	$ 715.000,00	$ 0,00	$ 715.000,00
307546	31/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307564	31/01/2024	$ 31.062,00	$ 0,00	$ 31.062,00
307565	31/01/2024	$ 160.000,00	$ 0,00	$ 160.000,00
307566	31/01/2024	$ 93.186,00	$ 0,00	$ 93.186,00
307570	31/01/2024	$ 248.496,00	$ 0,00	$ 248.496,00
307572	31/01/2024	$ 59.706,00	$ 0,00	$ 59.706,00
307586	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307592	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307600	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307601	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307602	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307612	31/01/2024	$ 160.000,00	$ 0,00	$ 160.000,00
307629	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307645	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307650	31/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307652	31/01/2024	$ 29.853,00	$ 0,00	$ 29.853,00
307654	31/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307655	31/01/2024	$ 29.853,00	$ 0,00	$ 29.853,00
307658	31/01/2024	$ 180.000,00	$ 0,00	$ 180.000,00
307659	31/01/2024	$ 29.853,00	$ 0,00	$ 29.853,00
307660	31/01/2024	$ 29.853,00	$ 0,00	$ 29.853,00
307661	31/01/2024	$ 270.000,00	$ 0,00	$ 270.000,00
307662	31/01/2024	$ 270.000,00	$ 0,00	$ 270.000,00
307664	31/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
307669	31/01/2024	$ 1.258.400,00	$ 0,00	$ 1.258.400,00
307678	31/01/2024	$ 715.000,00	$ 0,00	$ 715.000,00
307686	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307692	31/01/2024	$ 696.700,00	$ 0,00	$ 696.700,00
307697	31/01/2024	$ 69.750,00	$ 0,00	$ 69.750,00
307713	31/01/2024	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 90.000,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$40.121.286,00**	**$ 0,00**	**$40.121.286,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios de psiquiatría (consulta médica especializada, hospitalización, conceptos de psiquiatría para medicina laboral, apoyo diagnostico en neurología) y todos los servicios relacionados que tenga habilitada la entidad, incluido modelo de atención integral en salud, ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta de grupos de riesgos para los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional Unidad Prestadora de Salud de Boyacá, adscrita a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato durante el periodo certificado; ***Sujeto a Auditoria Medica.***

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.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No__	Observaciones y Evidencias
1	EL CONTRATISTA se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en la invitación y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato.	Si _X_ No__	El contratista se adhiere a los protocolos del sistema general de salud
2	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	Si _X_ No__	Se observa legalidad en el actuar del contratista en la prestación de los servicios
3	Responder en los plazos que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	Si _X_ No__	El contratista asume los requerimientos con responsabilidad
4	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	Si _X_ No__	Se observa legalidad en el actuar del contratista en la prestación de los servicios
5	No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	Si _X_ No__	El contratista asume los requerimientos con responsabilidad
6	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	Si _X_ No__	El contratista cumple con los requisitos contractuales
7	El porcentaje de intermediación solo se aplicará a los medicamentos cuyo valor no se encuentre regulados por el Estado.	Si _X_ No__	El contratista se adhiere a los protocolos y guías del SSPN
8	Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.	Si _X_ No__	El contratista se adhiere a los protocolos y guías del SSPN
9	El CONTRATISTA deberá designar un funcionario para el seguimiento de la ejecución del contrato indicando el nombre y apellido, número de teléfono y correo electrónico.	Si _X_ No__	Contratista atiendo los requerimientos por intermedio de su representante legal
10	El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en los Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	Si _X_ No__	El contratista asume los requerimientos con responsabilidad
11	El CONTRATISTA se compromete a mantener vigente la póliza de Responsabilidad civil durante la ejecución del contrato en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.	Si _X_ No__	El contratista cumple con los requisitos contractuales
12	El CONTRATISTA Se compromete a realizar la asignación de citas para especialidades, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente.	Si _X_ No__	El contratista se adhiere a los protocolos y guías del SSPN
13	El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo” y la Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo”.	Si _X_ No__	Se observa legalidad en el actuar del contratista en el cumplimiento de las normas legales
14	El CONTRATISTA deberá prestar en forma continua y permanente el servicio de urgencias, con internación y Salas de Cirugía, las 24 horas	Si _X_ No__	El contratista se adhiere a los protocolos y guías del SSPN

	del día, durante los 7 días de la semana, bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad.		
15	El CONTRATISTA deberá garantizar la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecución del contrato incluyendo sus adicciones y modificaciones.	Si _X_ No__	El contratista se adhiere a los protocolos y guías del SSPN
16	Los servicios y procedimientos que no se encuentren contemplados en el contrato y que sean necesarios deberán ser autorizados por la Regional de aseguramiento en Salud No. 1, previa cotización presentada por el Contratista, siempre y cuando no esté en el Manual Tarifario para los cuales se debe realizar la respectiva inclusión dentro del contrato y serán cancelados a la tarifa cotizada y afectada.	Si _X_ No__	El contratista se adhiere a los protocolos y guías del SSPN
17	El CONTRATISTA se compromete a adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los cups contratados con su respectivo valor en pesos.	Si _X_ No__	El contratista cumple con los requisitos contractuales
18	Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.	Si _X_ No__	El contratista mantiene comunicación con el supervisor para el seguimiento a la ejecución presupuestal
19	El contratista deberá notificar al supervisor del contrato y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato	Si _X_ No__	Se observa legalidad en el actuar del contratista en el cumplimiento de las normas legales
20	El contratista deberá Informar al supervisor del contrato y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato.	Si _X_ No__	El contratista ha informado oportunamente al supervisor de los avances de la ejecución
21	El Contratista Cumple Con Las Especificaciones Técnicas de acuerdo al “Anexo 2” del Contrato Suscrito.	Si _X_ No__	El contratista se adhiere a los protocolos y guías del SSPN
22	Pago aportes parafiscales vigentes	Si _X_ No__	Planilla de Aportes No. 28918508 de fecha 2024/02/06.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Consultas especializadas primera vez de psiquiatría.
2. Consultas especializadas control en psiquiatría y neurología.
3. Hospitalización.
4. Conceptos medicina laboral.
5. Apoyo diagnostico en neurología, fonoaudiología y terapia ocupacional.



SM-06 MARLEN ROMERO LARA
Trabajadora Social - ESPCO Clínica Tunja

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 28918508
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2024-02-06

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	891800982	D.V.	3	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	KILOMETRO 1 VIA A SORACA	DEPARTAMENTO	BOYACA	MUNICIPIO	TUNJA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8610	CORREO ELECTRÓNICO	SUBGERENCIA@CRIBSALUDMENTAL.GOV.CO	TELÉFONO	7428144
FAX	7428144	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
TIPO DE ENTIDAD	Pública	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	23810413	PRIMER APELLIDO	MONTAÑA	SEGUNDO APELLIDO	MARTINEZ
PRIMER NOMBRE	ZULMA	SEGUNDO NOMBRE	CRISTINA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2024	Mes: 01	Año: 2024	Mes: 02	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
33		$162.643.784		28918508

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-51779388	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	AMAR RIAÑO AURA PATRICIA	$5.019.496
CC-23754544	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	BAUTISTA HERNANDEZ OLGA	$2.986.331
CC-19479562	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	BOTELLO OCAMPO HERNANDO	$4.286.967
CC-40043005	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	CALIXTO PEDRAZA SANDRA YESMITH	$5.377.404
CC-24040871	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	CAMACHO CLARA INES	$3.522.564
CC-40042945	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	CARO ARIAS BERTHA ROCIO	$2.544.284
CC-4059201	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	CASAS OSORIO PABLO	$3.772.000
CC-74323572	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	CHINOME MESA JORGE LUIS	$7.322.410
CC-33369105	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	CHONA BOLIVAR ANDREA DEL PILAR	$7.924.804
CC-52336511	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	CORTES DUQUE CAROLINA	$8.575.163
CC-33377944	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	GARCIA CUADROS BLANCA ANDREA	$2.958.703
CC-1010218235	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	GIL SANCHEZ ANGELICA MARCELA	$4.551.077
CC-1053584354	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	GRANADOS RINCON ANGELA MILENA	$4.925.310
CC-23498497	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	LOPEZ CORREDIN LUZ IMELDA	$4.798.473
CC-63497331	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	MALDONADO MONROY AMANDA PIEDAD	$2.399.865
CC-46667967	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	MENDOZA DIAZ DANA MALIA	$6.473.960
CC-40039503	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	MONSALVE RODRIGUEZ NANCY LILIANA	$2.544.284
CC-23944672	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	MONTAÑA GUZMAN SANDRA PATRICIA	$4.798.473
CC-23810413	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	MONTAÑA MARTINEZ ZULMA CRISTINA	$16.397.926
CC-7229200	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	MORENO SANDOVAL ELKY GUSTAVO	$7.924.804
CC-1103713629	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	NIÑO SERRANO MILENA ASTRID	$2.544.284
CC-40013060	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	PALACIOS DE ESPINOSA BLANCA ALICIA	$1.955.305
CC-40021891	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	PARRA ACOSTA MARTHA YOLANDA	$2.399.865
CC-7181823	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	PARRA GUERRERO CESAR DAVID	$5.215.360
CC-51971218	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	PEREIRA CHAPARRO LUZ MARLENNY	$6.881.899
CC-40019800	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	RACHE CARDENAL LILIA ELIZABETH	$2.958.703
CC-1049619620	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	RODRIGUEZ FARFAN CAMILO ANDRES	$3.772.000
CC-1057465071	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	RUIZ APONTE DEISY CATHERINE	$3.992.704
CC-40036768	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	SAENZ PARDO SONIA ESPERANZA	$2.544.284
CC-79310336	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	SANCHEZ MARTINEZ HENRY JOSE	$5.167.683
CC-63305800	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	SARMIENTO OSMA MARTHA EUGENIA	$5.377.404
CC-28698222	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	TRUJILLO CABEZAS ANGELA	$2.544.284
CC-40018952	01	No	No	No	15	1	0	Fijo	VILLAMIL SIERRA LUZ YANETH	$3.522.564

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 51779388																													0		
CC - 23754544																													0		
CC - 19479562																													0		
CC - 40043005																													0		
CC - 24040871																													0		
CC - 40042945																													0		
CC - 4059201																													0		
CC - 74323572																						X	2024-01-01	2024-01-05					0		
CC - 74323572																													0		
CC - 33369105																													0		
CC - 52336511																													0		
CC - 33377944																													0		
CC - 1010218235																													0		
CC - 1053584354																													0		
CC - 23498497																													0		
CC - 63497331																						X	2024-01-01	2024-01-10					0		
CC - 63497331																													0		
CC - 46667967																													0		
CC - 40039503																													0		
CC - 23944672																						X	2024-01-01	2024-01-05					0		
CC - 23944672												X																	0		
CC - 23810413																						X	2024-01-01	2024-01-24					0		
CC - 23810413												X																	0		
CC - 7229200																													0		
CC - 1103713629																													0		
CC - 40013060												X																	0		
CC - 40021891																													0		
CC - 7181823																													0		
CC - 51971218																													0		
CC - 40019800																X	2024-01-13	2024-01-15											0		
CC - 40019800												X																	0		
CC - 1049619620																													0		
CC - 1057465071																													0		

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 40036768																						X	2024-01-01	2024-01-10					0		
CC - 40036768																													0		
CC - 79310336																													0		
CC - 63305800																						X	2024-01-01	2024-01-10					0		
CC - 63305800																													0		
CC - 28698222																													0		
CC - 40018952												X																	0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES										
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 51779388	COLPENSIONES	30	$5.019.496	0.1600000	$803.200	$0	$0	$803.200	$0	$0	$0
CC - 23754544	COLPENSIONES	30	$2.986.331	0.1600000	$477.900	$0	$0	$477.900	$0	$0	$0
CC - 19479562	COLPENSIONES	30	$4.286.967	0.1600000	$686.000	$0	$0	$686.000	$0	$0	$0
CC - 40043005	PORVENIR	30	$5.377.404	0.1600000	$860.400	$0	$0	$860.400	$26.900	$26.900	$0
CC - 24040871	COLPENSIONES	30	$3.522.564	0.1600000	$563.700	$0	$0	$563.700	$0	$0	$0
CC - 40042945	COLPENSIONES	30	$2.544.284	0.1600000	$407.100	$0	$0	$407.100	$0	$0	$0
CC - 4059201	COLPENSIONES	30	$3.772.000	0.1600000	$603.600	$0	$0	$603.600	$0	$0	$0
CC - 74323572	COLPENSIONES	5	$1.220.402	0.1600000	$195.300	$0	$0	$195.300	$6.200	$6.200	$0
CC - 74323572	COLPENSIONES	25	$6.102.008	0.1600000	$976.400	$0	$0	$976.400	$30.600	$30.600	$0
CC - 33369105	COLPENSIONES	30	$7.924.804	0.1600000	$1.268.000	$0	$0	$1.268.000	$39.700	$39.700	$0
CC - 52336511	COLPENSIONES	30	$8.575.163	0.1600000	$1.372.100	$0	$0	$1.372.100	$42.900	$42.900	$0
CC - 33377944	COLPENSIONES	30	$2.958.703	0.1600000	$473.400	$0	$0	$473.400	$0	$0	$0
CC - 1010218235	COLPENSIONES	30	$4.551.077	0.1600000	$728.200	$0	$0	$728.200	$0	$0	$0
CC - 1053584354	PORVENIR	30	$4.925.310	0.1600000	$788.100	$0	$0	$788.100	$0	$0	$0
CC - 23498497	COLPENSIONES	30	$4.798.473	0.1600000	$767.800	$0	$0	$767.800	$0	$0	$0
CC - 63497331	COLPENSIONES	10	$799.955	0.1600000	$128.000	$0	$0	$128.000	$0	$0	$0
CC - 63497331	COLPENSIONES	20	$1.599.910	0.1600000	$256.000	$0	$0	$256.000	$0	$0	$0
CC - 46667967	COLPENSIONES	30	$6.473.960	0.1600000	$1.035.900	$0	$0	$1.035.900	$32.400	$32.400	$0
CC - 40039503	COLPENSIONES	30	$2.544.284	0.1600000	$407.100	$0	$0	$407.100	$0	$0	$0
CC - 23944672	PROTECCION	5	$799.746	0.1600000	$128.000	$0	$0	$128.000	$0	$0	$0
CC - 23944672	PROTECCION	25	$3.998.727	0.1600000	$639.800	$0	$0	$639.800	$0	$0	$0
CC - 23810413	PORVENIR	24	$13.118.341	0.1600000	$2.099.000	$0	$0	$2.099.000	$65.600	$65.600	$0
CC - 23810413	PORVENIR	6	$3.279.585	0.1600000	$524.800	$0	$0	$524.800	$16.400	$16.400	$0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 7229200	COLPENSIONES	30	$7.924.804	0.1600000	$1.268.000	$0	$0	$1.268.000	$39.700	$39.700	$0
CC - 1103713629	PORVENIR	30	$2.544.284	0.1600000	$407.100	$0	$0	$407.100	$0	$0	$0
CC - 40013060	COLPENSIONES	30	$1.955.305	0.1600000	$312.900	$0	$0	$312.900	$0	$0	$0
CC - 40021891	PROTECCION	30	$2.399.865	0.1600000	$384.000	$0	$0	$384.000	$0	$0	$0
CC - 7181823	PROTECCION	30	$5.215.360	0.1600000	$834.500	$0	$0	$834.500	$26.100	$26.100	$0
CC - 51971218	PORVENIR	30	$6.881.899	0.1600000	$1.101.200	$0	$0	$1.101.200	$34.500	$34.500	$0
CC - 40019800	COLPENSIONES	3	$262.996	0.1600000	$42.100	$0	$0	$42.100	$0	$0	$0
CC - 40019800	COLPENSIONES	27	$2.662.833	0.1600000	$426.100	$0	$0	$426.100	$0	$0	$0
CC - 1049619620	COLPENSIONES	30	$3.772.000	0.1600000	$603.600	$0	$0	$603.600	$0	$0	$0
CC - 1057465071	PORVENIR	30	$3.992.704	0.1600000	$638.900	$0	$0	$638.900	$0	$0	$0
CC - 40036768	COLPENSIONES	10	$848.095	0.1600000	$135.700	$0	$0	$135.700	$0	$0	$0
CC - 40036768	COLPENSIONES	20	$1.696.189	0.1600000	$271.400	$0	$0	$271.400	$0	$0	$0
CC - 79310336	PROTECCION	30	$5.167.683	0.1600000	$826.900	$0	$0	$826.900	$0	$0	$0
CC - 63305800	COLPENSIONES	10	$1.792.468	0.1600000	$286.800	$0	$0	$286.800	$9.000	$9.000	$0
CC - 63305800	COLPENSIONES	20	$3.584.936	0.1600000	$573.600	$0	$0	$573.600	$18.000	$18.000	$0
CC - 28698222	COLPENSIONES	30	$2.544.284	0.1600000	$407.100	$0	$0	$407.100	$0	$0	$0
CC - 40018952	PORVENIR	30	$4.755.461	0.1600000	$760.900	$0	$0	$760.900	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 51779388	SANITAS	30	$5.019.496	0.1250000	$627.500	$0		$0		$0	30	$5.019.496	1	0.0243600	$122.300
CC - 23754544	COMPENSAR-EPS	30	$2.986.331	0.1250000	$373.300	$0		$0		$0	30	$2.986.331	1	0.0243600	$72.800
CC - 19479562	SANITAS	30	$4.286.967	0.1250000	$535.900	$0		$0		$0	30	$4.286.967	1	0.0243600	$104.500
CC - 40043005	COMPENSAR-EPS	30	$5.377.404	0.1250000	$672.200	$0		$0		$0	30	$5.377.404	1	0.0243600	$131.000
CC - 24040871	SANITAS	30	$3.522.564	0.1250000	$440.400	$0		$0		$0	30	$3.522.564	1	0.0243600	$85.900
CC - 40042945	COMPENSAR-EPS	30	$2.544.284	0.1250000	$318.100	$0		$0		$0	30	$2.544.284	1	0.0243600	$62.000
CC - 4059201	COMPENSAR-EPS	30	$3.772.000	0.1250000	$471.500	$0		$0		$0	30	$3.772.000	1	0.0243600	$91.900

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 74323572	SANITAS	5	$1.220.402	0.1250000	$152.600	$0		$0		$0	5	$1.220.402	1	0.0000000	$0
CC - 74323572	SANITAS	25	$6.102.008	0.1250000	$762.800	$0		$0		$0	25	$6.102.008	1	0.0243600	$148.700
CC - 33369105	SANITAS	30	$7.924.804	0.1250000	$990.700	$0		$0		$0	30	$7.924.804	1	0.0243600	$193.100
CC - 52336511	EPS SURA	30	$8.575.163	0.1250000	$1.071.900	$0		$0		$0	30	$8.575.163	1	0.0243600	$208.900
CC - 33377944	SANITAS	30	$2.958.703	0.1250000	$369.900	$0		$0		$0	30	$2.958.703	1	0.0243600	$72.100
CC - 1010218235	SANITAS	30	$4.551.077	0.1250000	$568.900	$0		$0		$0	30	$4.551.077	1	0.0243600	$110.900
CC - 1053584354	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$4.925.310	0.1250000	$615.700	$0		$0		$0	30	$4.925.310	1	0.0243600	$120.000
CC - 23498497	SANITAS	30	$4.798.473	0.1250000	$599.900	$0		$0		$0	30	$4.798.473	1	0.0243600	$116.900
CC - 63497331	SANITAS	10	$799.955	0.1250000	$100.000	$0		$0		$0	10	$799.955	1	0.0000000	$0
CC - 63497331	SANITAS	20	$1.599.910	0.1250000	$200.000	$0		$0		$0	20	$1.599.910	1	0.0243600	$39.000
CC - 46667967	SANITAS	30	$6.473.960	0.1250000	$809.300	$0		$0		$0	30	$6.473.960	1	0.0243600	$157.800
CC - 40039503	SANITAS	30	$2.544.284	0.1250000	$318.100	$0		$0		$0	30	$2.544.284	1	0.0243600	$62.000
CC - 23944672	SANITAS	5	$799.746	0.1250000	$100.000	$0		$0		$0	5	$799.746	1	0.0000000	$0
CC - 23944672	SANITAS	25	$3.998.727	0.1250000	$499.900	$0		$0		$0	25	$3.998.727	1	0.0243600	$97.500
CC - 23810413	EPS SURA	24	$13.118.341	0.1250000	$1.639.800	$0		$0		$0	24	$13.118.341	1	0.0000000	$0
CC - 23810413	EPS SURA	6	$3.279.585	0.1250000	$410.000	$0		$0		$0	6	$3.279.585	1	0.0243600	$79.900
CC - 7229200	FAMISANAR	30	$7.924.804	0.1250000	$990.700	$0		$0		$0	30	$7.924.804	1	0.0243600	$193.100
CC - 1103713629	SANITAS	30	$2.544.284	0.1250000	$318.100	$0		$0		$0	30	$2.544.284	1	0.0243600	$62.000
CC - 40013060	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.955.305	0.1250000	$244.500	$0		$0		$0	30	$1.955.305	1	0.0243600	$47.700
CC - 40021891	FAMISANAR	30	$2.399.865	0.1250000	$300.000	$0		$0		$0	30	$2.399.865	1	0.0243600	$58.500

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 7181823	SANITAS	30	$5.215.360	0.1250000	$652.000	$0		$0		$0	30	$5.215.360	1	0.0243600	$127.100
CC - 51971218	SANITAS	30	$6.881.899	0.1250000	$860.300	$0		$0		$0	30	$6.881.899	1	0.0243600	$167.700
CC - 40019800	FAMISANAR	3	$262.996	0.1250000	$32.900	$0		$0		$0	3	$262.996	1	0.0000000	$0
CC - 40019800	FAMISANAR	27	$2.662.833	0.1250000	$332.900	$0		$0		$0	27	$2.662.833	1	0.0243600	$64.900
CC - 1049619620	SANITAS	30	$3.772.000	0.1250000	$471.500	$0		$0		$0	30	$3.772.000	1	0.0243600	$91.900
CC - 1057465071	SANITAS	30	$3.992.704	0.1250000	$499.100	$0		$0		$0	30	$3.992.704	1	0.0243600	$97.300
CC - 40036768	COMPENSAR-EPS	10	$848.095	0.1250000	$106.100	$0		$0		$0	10	$848.095	1	0.0000000	$0
CC - 40036768	COMPENSAR-EPS	20	$1.696.189	0.1250000	$212.100	$0		$0		$0	20	$1.696.189	1	0.0243600	$41.400
CC - 79310336	SANITAS	30	$5.167.683	0.1250000	$646.000	$0		$0		$0	30	$5.167.683	1	0.0243600	$125.900
CC - 63305800	SANITAS	10	$1.792.468	0.1250000	$224.100	$0		$0		$0	10	$1.792.468	1	0.0000000	$0
CC - 63305800	SANITAS	20	$3.584.936	0.1250000	$448.200	$0		$0		$0	20	$3.584.936	1	0.0243600	$87.400
CC - 28698222	SANITAS	30	$2.544.284	0.1250000	$318.100	$0		$0		$0	30	$2.544.284	1	0.0243600	$62.000
CC - 40018952	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$4.755.461	0.1250000	$594.500	$0		$0		$0	30	$4.755.461	1	0.0243600	$115.900

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-51779388	COMFABOY	30	$5.019.496	0.0400000	$200.800	0.0200000	$100.400	0.0300000	$150.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-23754544	COMFABOY	30	$2.986.331	0.0400000	$119.500	0.0200000	$59.800	0.0300000	$89.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-19479562	COMFABOY	30	$4.286.967	0.0400000	$171.500	0.0200000	$85.800	0.0300000	$128.700	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40043005	COMFABOY	30	$5.377.404	0.0400000	$215.100	0.0200000	$107.600	0.0300000	$161.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-24040871	COMFABOY	30	$3.522.564	0.0400000	$141.000	0.0200000	$70.500	0.0300000	$105.700	0.0000000	$0	0.0000000	$0

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-40042945	COMFABOY	30	$2.544.284	0.0400000	$101.800	0.0200000	$50.900	0.0300000	$76.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-4059201	COMFABOY	30	$3.772.000	0.0400000	$150.900	0.0200000	$75.500	0.0300000	$113.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-74323572	COMFABOY	5	$1.220.402	0.0400000	$48.900	0.0200000	$24.500	0.0300000	$36.700	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-74323572	COMFABOY	25	$6.102.008	0.0400000	$244.100	0.0200000	$122.100	0.0300000	$183.100	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-33369105	COMFABOY	30	$7.924.804	0.0400000	$317.000	0.0200000	$158.500	0.0300000	$237.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-52336511	COMFABOY	30	$8.575.163	0.0400000	$343.100	0.0200000	$171.600	0.0300000	$257.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-33377944	COMFABOY	30	$2.958.703	0.0400000	$118.400	0.0200000	$59.200	0.0300000	$88.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1010218235	COMFABOY	30	$4.551.077	0.0400000	$182.100	0.0200000	$91.100	0.0300000	$136.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1053584354	COMFABOY	30	$4.925.310	0.0400000	$197.100	0.0200000	$98.600	0.0300000	$147.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-23498497	COMFABOY	30	$4.798.473	0.0400000	$192.000	0.0200000	$96.000	0.0300000	$144.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-63497331	COMFABOY	10	$799.955	0.0400000	$32.000	0.0200000	$16.000	0.0300000	$24.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-63497331	COMFABOY	20	$1.599.910	0.0400000	$64.000	0.0200000	$32.000	0.0300000	$48.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-46667967	COMFABOY	30	$6.473.960	0.0400000	$259.000	0.0200000	$129.500	0.0300000	$194.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40039503	COMFABOY	30	$2.544.284	0.0400000	$101.800	0.0200000	$50.900	0.0300000	$76.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-23944672	COMFABOY	5	$799.746	0.0400000	$32.000	0.0200000	$16.000	0.0300000	$24.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-23944672	COMFABOY	25	$3.998.727	0.0400000	$160.000	0.0200000	$80.000	0.0300000	$120.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-23810413	COMFABOY	24	$13.991.746	0.0400000	$559.700	0.0200000	$279.900	0.0300000	$419.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-23810413	COMFABOY	6	$3.279.585	0.0400000	$131.200	0.0200000	$65.600	0.0300000	$98.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-7229200	COMFABOY	30	$7.924.804	0.0400000	$317.000	0.0200000	$158.500	0.0300000	$237.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1103713629	COMFABOY	30	$2.544.284	0.0400000	$101.800	0.0200000	$50.900	0.0300000	$76.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40013060	COMFABOY	30	$2.038.690	0.0400000	$81.600	0.0200000	$40.800	0.0300000	$61.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-40021891	COMFABOY	30	$2.399.865	0.0400000	$96.000	0.0200000	$48.000	0.0300000	$72.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-7181823	COMFABOY	30	$5.215.360	0.0400000	$208.700	0.0200000	$104.400	0.0300000	$156.500	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-51971218	COMFABOY	30	$6.881.899	0.0400000	$275.300	0.0200000	$137.700	0.0300000	$206.500	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40019800	COMFABOY	3	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40019800	COMFABOY	27	$2.662.833	0.0400000	$106.600	0.0200000	$53.300	0.0300000	$79.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1049619620	COMFABOY	30	$3.772.000	0.0400000	$150.900	0.0200000	$75.500	0.0300000	$113.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1057465071	COMFABOY	30	$3.992.704	0.0400000	$159.800	0.0200000	$79.900	0.0300000	$119.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40036768	COMFABOY	10	$848.095	0.0400000	$34.000	0.0200000	$17.000	0.0300000	$25.500	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40036768	COMFABOY	20	$1.696.189	0.0400000	$67.900	0.0200000	$34.000	0.0300000	$50.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-79310336	COMFABOY	30	$5.167.683	0.0400000	$206.800	0.0200000	$103.400	0.0300000	$155.100	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-63305800	COMFABOY	10	$1.792.468	0.0400000	$71.700	0.0200000	$35.900	0.0300000	$53.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-63305800	COMFABOY	20	$3.584.936	0.0400000	$143.400	0.0200000	$71.700	0.0300000	$107.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-28698222	COMFABOY	30	$2.544.284	0.0400000	$101.800	0.0200000	$50.900	0.0300000	$76.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40018952	COMFABOY	30	$7.524.791	0.0400000	$301.000	0.0200000	$150.500	0.0300000	$225.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2024 - 01											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PROTECCION	4	$2.813.200	$0	$0	$26.100	$26.100	0	$0	$0	$0	$2.865.400
PORVENIR	7	$7.180.400	$0	$0	$143.400	$143.400	0	$0	$0	$0	$7.467.200
COLPENSIONES	22	$15.477.000	$0	$0	$218.500	$218.500	0	$0	$0	$0	$15.914.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	20	$11.513.300	$0	0	$0	0	$0	$11.513.300	0	$0	$0	$11.513.300	$0	0	$0	$0	$11.513.300	$0	$1.381.500	$11.513.300
COMPENSAR-EPS	5	$2.153.300	$0	0	$0	0	$0	$2.153.300	0	$0	$0	$2.153.300	$0	0	$0	$0	$2.153.300	$0	$258.400	$2.153.300
EPS SURA	2	$3.121.700	$0	0	$0	0	$0	$3.121.700	0	$0	$0	$3.121.700	$0	0	$0	$0	$3.121.700	$0	$374.600	$3.121.700
FAMISANAR	3	$1.656.500	$0	0	$0	0	$0	$1.656.500	0	$0	$0	$1.656.500	$0	0	$0	$0	$1.656.500	$0	$198.800	$1.656.500
NUEVA E.P.S. S.A.	3	$1.454.700	$0	0	$0	0	$0	$1.454.700	0	$0	$0	$1.454.700	$0	0	$0	$0	$1.454.700	$0	$174.600	$1.454.700

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	33	$3.420.000	0	$0	$0	$3.420.000	0	$0	$3.420.000	0	$0	$34.200	$3.420.000

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMFABOY	33	$6.507.300	0	$0	$6.507.300
SENA	33	$3.254.400	0	$0	$3.254.400
ICBF	33	$4.881.000	0	$0	$4.881.000
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	5	$19.899.500
PENSIONES	3	$26.246.600
RIESGOS PROFESIONALES	1	$3.420.000
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$6.507.300

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	$3.254.400
ICBF	1	$4.881.000
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$64.208.800

M&T "Soluciones Financieras"

Juan Felipe Cujabante Bautista
Contador Público, Especialista Finanzas
Especialista Revisoría Fiscal

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
NIT 891.800.982-3

CERTIFICA

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, ley 828 de 2003, articulo 23de la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes: **EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA** identificado con NIT: 891.800.982-3 efectuó los correspondientes pagos a los aportes de los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación Sena e icbf; para el mes de Enero de 2024 mediante la planilla No 28918508 del operador Asopagos; correspondiente a los empleados vinculados bajo contrato de trabajo. Encontrándose al día con los compromisos del sistema de seguridad social en salud.

La presente certificación se expide a los 12 días del mes de febrero de 2024.

Atentamente

JUAN FELIPE CUJABANTE BAUTISTA
Revisor Fiscal
T.P 165.763-T