GS-2024-066245-DENAR

Página 1 de 8	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

No. GS-2024- **UPRES-JEFAT-29.25**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 05 de Marzo del 2024

Mayor
CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento de Servicios en Salud No. 4
Cali (Valle)

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 66-7-20172/2023

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/02/2024**	**Hasta**	**29/02/2024**

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 u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante Acta 0098 de fecha 28 de abril del 2023, designada por el señor Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4 nombró como supervisor del contrato No 66-7-20048-23 AL RESPONSABLE DE CENTRAL DE CUENTAS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 5**

No.	RADICADO GECOP	FECHA DE PRESENTACIÓN	PERÍODO REPORTADO
1	GS-2023-065752 DENAR	01-10-2023	08-09-2023 AL 30-09-2023
2	GS-2023-065763 DENAR	01-11-2023	01-10-2023 AL 31-10-2023
3	GS-2023-065787 DENAR	01-12-2023	01-11-2023 AL 30-11-2023
4	GS-2024-066203 DENAR	05-01-2024	01-12-2023 AL 31-12-2023

5	GS-2024-066218 DENAR	05-02-2024	01-01-2024 AL 31-01-2024

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20172-2023**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD, PARA LAS USUARIAS Y BENEFICIARIAS GESTANTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN LA CIUDAD DE PASTO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA
Contratista	**CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL S.A.S**
Representante legal	**ANDREA JIMENA TOBAR**
Valor inicial del contrato u orden de compra	VEINTISIETE MILLONES DE PESOS ($27.000.000,00) Incluido IVA, distribuidos de la siguiente manera: **VIGENCIA 2023:** DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.00) incluido IVA. **VIGENCIA 2024:** QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.0000) incluido IVA
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**N/A**
Valor total del contrato u orden de compra	**VEINTISIETE MILLONES DE PESOS ($27.000.000,00)**
Plazo de ejecución inicial	**7 MESES Y 23 DIAS**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**08/09/2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**30/04/2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**31/05/2024**
Adiciones	**No aplica**
Modificatorios	**No aplica**
Prorrogas	**ACATA MODIFICATORIA 001 SUSTITUCION Y PRORROGA**
Otros	**No aplica**

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

1.1 Acciones adelantadas:

- No se adelanta ninguna acción de tipo administrativo.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con las obligaciones, frente al sistema de seguridad social, para fiscales (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF)...	SI	74314455

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud, Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Nariño	SI	No aplica
El contratista no podrá continuar prestando los servicios objeto del presente contrato, una vez se haya agotado el presupuesto asignado al mismo.	SI	No aplica
EL OFERENTE DEBERA INFORMAR AL JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO y supervisor de CONTRATO, MENSUALMENTE SOBRE LA EJECUCION DEL CONTRATO Y CUANDO EL MISMO SE ENCUENTRE EN UN CINCUENTA 50%, UN SETENTA (70%), UN NOVENTA (90%) Y UN CIEN (100%) POR CIENTO. Una vez recibida la información la oficina de Contratos comunicarán al Jefe de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO	si	No aplica
Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros CINCO (05) días hábiles del mes siguiente en la ventanilla única central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, ley 594 de julio 14 de 2000 demás normas que la sustituyan o modifiquen. En esta facturación debe aparecer el número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias. • Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado. • Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico. • Resumen de la Historia Clínica y/o Epicrisis, para procedimientos quirúrgicos, correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario. • RIPS de atenciones prestadas	SI	No aplica

• RIPS cargados en el en el link: *https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frCargarRips.aspx* • Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas). • Orden de prestación de los servicios expedida por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico del Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud y el sello del Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud, debidamente firmada por el usuario o acudiente, fotocopia del documento de identificación del paciente. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa pactada		
El contratista se obliga a **REMITIR todos los RIPS** de las atenciones a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, anexos a las cuentas de cobro y junto con los indicadores solicitados por la Unidad Prestadora de Salud Nariño durante los cinco primeros días hábiles del mes y paralelamente al correo electrónico denar.upres-ccu@policia.gov.co.,asi mismo se deben validar en la plataforma **RECUM,** Además, se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro.	SI	No aplica
El oferente deberá informar al Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4 y supervisor de contrato de la Unidad Prestadora de Salud Nariño tipo B, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento. Una vez recibida la información la oficina de contratos comunicará al Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4.	SI	No aplica
Presentar junto a la oferta Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato	SI	No aplica

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el desarrollo del presente contrato a la fecha no se han presentado situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (206) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (60) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 pagará en moneda legal colombiana al OFERENTE el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Pasto- Nariño, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, las ordenes de servicio (solicitud de examen), copia del informe del resultado del estudio de manera impresa o en medio

magnético, autorización para la realización del examen, acreditación del oferente de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos profesionales.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del OFERENTE, o en el banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Oferente, Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

La cuenta de cobro deberá presentarse debidamente legajada en gancho plástico, sin ganchos de cosedora, foliados hasta un máximo de 250 folios, desde el primer evento hasta el último con sus respectivos anexos en estricto orden cronológico de la prestación de los servicios por cada usuario en medio físico y magnético, Lo anterior en cumplimiento a la ley 594 del 2000, Ley general de archivo que rige tanto a entidades públicas como privadas, La facturación deberá entregarse en la Oficina – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, acorde al plazo establecido en el contrato.

El pago se realizará en moneda legal colombiana, para lo cual se requiere que la empresa contratada facture y radique sin dilación los primeros 05 días hábiles de cada mes, en la Ventanilla Única de la Central de Cuentas, previa expedición del Recibo a Satisfacción Técnico (RAS) expedido por el Supervisor del Contrato, cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. Se realizarán pagos una vez se presente la respectiva factura con los respectivos anexos (certificación de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, certificación del revisor fiscal de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, -copia planilla pago seguridad social, certificación del supervisor del contrato) de los servicios prestados por la empresa contratada.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS (RECIBO ASATISFACCIÒN)
El Contratista deberá presentar las facturas al Supervisor del Contrato en los primeros tres (03) días hábiles del mes siguiente, quien tendrá un (01) día para elaborar el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico, posteriormente el Contratista radica la factura con el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico RAS en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, para iniciar el trámite de Auditoría de cuentas médicas y continuar con el trámite de pago respectivo.

Si los documentos en referencia son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud Nariño, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del OFERENTE, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS
Los responsables de la Ventanilla Única de la Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, tramitará a la auditora de cuentas del Proceso Financiero la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

PARAGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". En su artículo 57 "Trámite de Glosas".

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

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 Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 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.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores 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 CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 - NIT 805-022-186-6 o Policía Nacional, según sea el origen del usuario beneficiado.
- Discriminado de la factura.
- Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
- Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo de Redes Integrales de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, debidamente firmada por el usuario o acudiente.
- Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPs con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

PLATAFORMA SECOP II

El Oferente a quien se le adjudique el presente Proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del Contrato y poder realizar el respectivo Pago.

NOTA: El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, debe cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 016 del 9 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020".

La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de Unidad Prestadora de Salud Nariño, ubicada en la carrera 35 No 19-119, tercer piso de la ciudad de Pasto, en horario administrativo.

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

NOMBRE BENEFICIARIO: CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL S.A.S
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 695027748
OFICINA: PASTO

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato u orden de compra	$ 27.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 12.212.513,00	45%
Valor total facturado	$ 12.212.513,00	45%
Valor facturado pendiente de pago	$ 2.338.091,00	9%
Valor pagado	$ 9.874.422,00	37%
Valor pendiente de entrega	$ 14.787.487,00	55%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
RAS 007	$2.204.434	01/02/2024 AL 29/02/2024	$2.204.434	012024	$0	$0	Consultar en SECOP II
RAS 008	$133.657	01/02/2024 AL 29/02/2024	$133.657	012024	$0	$0	Consultar en SECOP II

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

5. RECOMENDACIONES

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

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI _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 Angie Licet Lopez Cuaran

Intendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN
Responsable Central de Cuentas Upres Nariño
Supervisor Contrato No. 66-7-20172-2023
Correo electrónico: denar.upres-ccu@policia.gov.co
No. Celular: 3043870280

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

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

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

Cargo del funcionario _____

TURNO No. 328 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 515

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 05-02-2024

VALOR PAGO: 2.204.434

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR _____

CONTRATISTA: Credit.

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

NIT DEL CONTRATISTA: 900865853

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI _____ NO X

2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI _____ NO X

3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI _____ NO X

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

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 2514

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

6. FACTURA ORIGINAL ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA _____

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

CARGO Y UNIDAD _____

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

05/02/2024 10:04:58
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
328	RADICADA	05/02/2024	900865853	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	15959	19/01/2024	180,662.00
ABONO	15959	19/01/2024	-133,657.00
DENAR	15967	19/01/2024	113,817.00
DENAR	15966	19/01/2024	180,662.00
DENAR	15965	19/01/2024	180,662.00
DENAR	15964	19/01/2024	64,746.00
DENAR	15963	19/01/2024	49,071.00
DENAR	15962	19/01/2024	178,563.00
DENAR	15960	19/01/2024	180,662.00
DENAR	15961	19/01/2024	180,662.00
DENAR	15968	24/01/2024	178,563.00
R	15971	27/01/2024	64,746.00
DENAR	15970	27/01/2024	213,025.00
DENAR	15969	27/01/2024	180,662.00
DENAR	15972	27/01/2024	64,746.00
DENAR	15973	30/01/2024	213,025.00
DENAR	15974	31/01/2024	113,817.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	515	2023	2,204,434.00

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 16 de febrero del 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-7-20172-2023
Constancia de recibido No.	8 cuenta 012024
Contratista:	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL
NIT del contratista:	NIT. 900865853
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD, PARA LAS USUARIAS Y BENEFICIARIAS GESTANTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN LA CIUDAD DE PASTO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No Aplica
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	VEINTISIETE MILLONES DE PESOS ($27.000.000) M/CTE
Plazo de ejecución:	Del 08 de septiembre del 2023 hasta el 30 de abril del 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Instalaciones del Centro De Diagnóstico Integral Fetal en Pasto Nariño
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN Responsable Central de cuentas Upres Nariño
Fecha de entrega certificada:	ENERO

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
REGI4	16	Servicios de Salud	$2.204.434	$2.204.434	0	$2.204.434

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
15959	19/01/2024	180.662	0	180.662
15959	19/01/2024	-133.657	0	-133.657
15960	19/01/2024	180.662	0	180.662
15961	19/01/2024	180.662	0	180.662
15962	19/01/2024	178.563	0	178.563
15963	19/01/2024	49.071	0	49.071
15964	19/01/2024	64.746	0	64.746
15965	19/01/2024	180.662	0	180.662
15966	19/01/2024	180.662	0	180.662
15967	19/01/2024	113.817	0	113.817
15968	24/01/2024	178.563	0	178.563
15969	27/01/2024	180.662	0	180.662
15970	27/01/2024	213.025	0	213.025
15971	27/01/2024	64.746	0	64.746
15972	27/01/2024	64.746	0	64.746
15973	30/01/2024	213.025	0	213.025
15974	31/01/2024	113.817	0	113.817
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**2.204.434**	**0**	**2.204.434**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). 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. ***De igual forma solicito se Tramite cuenta con Compromiso QUIPU 515 y Compromiso SIIF 2524.***

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, y cumplir con el objeto contractual conforme a lo pactado	SI	CUMPLE
2	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Cinco (5) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la unidad prestadora de salud Nariño, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta facturación debe aparecer el número de contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en	SI	CUMPLE

	original y dos copias		
3	En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada en la reunión conciliatoria deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	**SI**	CUMPLE
4	El oferente deberá presentar certificado de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se reporte que cuentan con SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312 DEL 13 de febrero de 2019.	**SI**	CUMPLE

Intendente **ANGIE LICET LOPEZ CUARAN**
Responsable Central de cuentas Upres Nariño

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR

CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA

POLICIA NACIONAL

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL NIT 900865853 PARA PAGO POR CONTRATO No. 066-7-20172-23

No. RADICACION 327 DEL 05 DE FEBRERO DE 2024, ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS,CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE URGENCIA Y LOS VALORES FACTURADOS NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1 996, VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	15959	19/01/2024	28/11/2023	MIRTA GOMEZ MAVISOY	1.085.262.699	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	180.662	14/02/2024	0	N/A	180.662	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
1	15959	19/01/2024	28/11/2023	MIRTA GOMEZ MAVISOY	1.085.262.699	ABONO	-133.657	14/02/2024	0	N/A	-133.657		
2	15960	19/01/2024	27/12/2023	JESICA VASQUEZ GARCIA	1.107.520.031	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRASLUCENCIA NUCAL	180.662	14/02/2024	0	N/A	180.662	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
3	15961	19/01/2024	9/01/2024	NAYELI BENAVIDES LOPEZ	1.004.216.247	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRASLUCENCIA NUCAL	180.662	14/02/2024	0	N/A	180.662	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
4	15962	19/01/2024	10/01/2024	LORENA ROMO SOLARTE	1.082.656.662	CONSULTA POR ESPECIALISTA	178.563	14/02/2024	0	N/A	178.563	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
5	15963	19/01/2024	16/01/2024	JULIETH ROMAN	1.085.244.890	CONSULTA POR ESPECIALISTA	49.071	14/02/2024	0	N/A	49.071	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
6	15964	19/01/2024	11/01/2024	MARIA ARTEAGA CUASPUD	1.010.103.760	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL 6	64.746	14/02/2024	0	N/A	64.746	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
7	15965	19/01/2024	16/01/2023	SANDRA MADROÑERO MELENDEZ	1.085.689.292	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	180.662	14/02/2024	0	N/A	180.662	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
8	15966	19/01/2024	10/01/2024	JOHANNA BLANCO SALAZAR	1.085.259.281	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	180.662	14/02/2024	0	N/A	180.662	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
9	15967	19/01/2024	5/01/2024	ANGIE PUSCUS FAJARDO	1.061.797.146	CONSULTA POR ESPECIALISTA	113.817	14/02/2024	0	N/A	113.817	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
10	15968	24/01/2024	12/01/2024	KELLY CHICAIZA PORTILLA	1.081.594.698	CONSULTA POR ESPECIALISTA	178.563	14/02/2024	0	N/A	178.563	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
11	15969	27/01/2024	26/12/2023	DANIELA MONTEZUMA VAZQUEZ	1.085.296.905	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	180.662	14/02/2024	0	N/A	180.662	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
12	15970	27/01/2024	9/01/2024	ALEXANDRA VILLOTA BASTIDAS	1.114.823.179	CONSULTA POR ESPECIALISTA	213.025	14/02/2024	0	N/A	213.025	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
13	15971	27/01/2024	16/01/2024	LINDA MONCAYO ORTIZ	1.084.227.247	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL 6	64.746	14/02/2024	0	N/A	64.746	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
14	15972	27/01/2024	19/01/2024	YADIRA TREJO RODRIGUEZ	1.085.943.575	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL 6	64.746	14/02/2024	0	N/A	64.746	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
15	15973	30/01/2024	18/01/2024	JULIETH ROMAN	1.085.244.890	CONSULTA POR ESPECIALISTA	213.025	14/02/2024	0	N/A	213.025	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
16	15974	31/01/2024	17/01/2024	LEIDY DURAN NAVARRO	1.083.567.495	CONSULTA POR ESPECIALISTA	113.817	14/02/2024	0	N/A	113.817	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
							2.204.434		**0**		**2.204.434**		

Elaborado Por

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por

CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS - CEDIF SAS
NIT 900.865.853 – 2
CR 33 20 27 CS 901 ED V1501
TEL 317 624 6647
SAN JUAN DE PASTO

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

CERTIFICA

QUE LA EMPRESA: **CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS - CEDIF SAS**, CON NIT 900.865.853-2, SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES A LA FECHA.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EL 01 DE FEBRERO DE 2024.

CARLOS ANDRES LOPEZ ERASO
T.P. 46.621 – T

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	8080838[illegible]2	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS		CRA 35 A No 20 - 10 EDIFICIO LA RIVIERA	7362011	carlosandresloaiza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 a			NARIÑO	PASTO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					1 SMLV/DIA	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E		74316455	$1,549,200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	184,600	0		0		0	0	0	0	184,600	3
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	58,200	0		0		0	0	0	0	58,200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING > Protección)	800229739-0	232,700	0	0	0	0	0	0		232,700	1
230301	Porvenir	800224808-6	319,700	0	0	0	0	0	0		319,700	1
231001	Colfondos	800227940-6	208,000	0	0	0	0	0	0		208,000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	250,100	0	0	0	0	0	0		250,100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	33,100				33,100	0	0	33,100			931	33,100	4

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Flor Nariño	891280008-1	252,800	0	0	252,800	4

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	252,800	252,800
Pensión	4	1,010,500	1,010,500
Riesgos Laborales	1	33,100	33,100
CCF	1	252,800	252,800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1,549,200	1,549,200

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	450887	Fecha Pre-Radicado	2/2/2024 11:28:35 AM
Nombre de la Entidad	CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL FETAL SAS	Vlr Ini de Cargue	$2,338,091
Cantidad de Facturas Registradas	16	Vlr Fin de Cargue	$2,338,091.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI4		

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

CEDIF IPS
CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL FETAL

CUENTA DE COBRO No.012024

PASTO-NARIÑO, Viernes 02 de Febrero de 2024

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4
NIT: 805022186-6

DEBE A:

CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS
NIT. 900865853-2

LA SUMA DE: $ 2.338.091.oo
DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($ 2.338.091.oo)

POR CONCEPTO DE:
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, CORRESPONDIENTES AL CONTRATO 066-7-200172-23

PERIODO FACTURADO: Desde el 01/Enero/2024 hasta el 31/Enero/2024

TOTAL FACTURAS: 16 **TOTAL FOLIOS: 109**

ANDREA JIMENA TOBAR ERASO
Representante Legal

Anexo: Relación de facturas
Facturas debidamente soportadas.

RELACION DE FACTURAS

ADMINISTRADORA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 4 Del 01 al 31 de Enero de 2024

ITEM	FACTURA	FECHA	ID USUARIO	APELLITOS Y NOMBRES DEL USUARIO	TOTAL	DESCUENTO	COPAGO	NETO
1	15959	2024-01-19	1085282659	MIRTA GRACIELA GOMEZ MAVISOY	180,662	-	-	180,662
2	15960	2024-01-19	1107520031	JESICA PAOLA VASQUEZ GARCIA	180,662	-	-	180,662
3	15961	2024-01-19	1004216247	NAYELI CAMILA BENAVIDES LOPEZ	180,662	-	-	180,662
4	15962	2024-01-19	1082656662	LORENA CAROLINA ROMO SOLARTE	178,563	-	-	178,563
5	15963	2024-01-19	1085244890	JULIETH NATHALY ROMAN	49,071	-	-	49,071
6	15964	2024-01-19	1010103760	MARIA JOSE ARTEAGA CUASPUD	64,746	-	-	64,746
7	15965	2024-01-19	1085689292	SANDRA PATRICIA MADROÑERO MELENDEZ	180,662	-	-	180,662
8	15966	2024-01-19	1085259281	JOHANNA PATRICIA BLANCO SALAZAR	180,662	-	-	180,662
9	15967	2024-01-19	1061797146	ANGIE ELIZABETH PUSCUS FAJARDO	113,817	-	-	113,817
10	15968	2024-01-24	1081594698	KELLY JOHANNA CHICAIZA PORTILLA	178,563	-	-	178,563
11	15969	2024-01-27	1085296905	DANIELA FERNANDA MONTEZUMA VAZQUEZ	180,662	-	-	180,662
12	15970	2024-01-27	1114823179	ALEXANDRA ESTEFANIA VILLOTA BASTIDAS	213,025	-	-	213,025
13	15971	2024-01-27	1084227247	LINDA THAIS MONCAYO ORTIZ	64,746	-	-	64,746
14	15972	2024-01-27	1085943575	YADIRA LIZETH TREJO RODRIGUEZ	64,746	-	-	64,746
15	15973	2024-01-30	1085244890	JULIETH NATHALY ROMAN	213,025	-	-	213,025
16	15974	2024-01-31	1083567495	LEIDY JHOANA DURAN NAVARRO	113,817	-	-	113,817
				TOTAL	2,338,091			2,338,091

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

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

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

Cargo del funcionario _____

TURNO No. 327 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 514

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 05-02-2024

VALOR PAGO: 133.657

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: _____

CONTRATISTA: Credi...

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: _____

NIT DEL CONTRATISTA: 900856853

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI ____ NO X

EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI ____ NO X

LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTA AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI ____ NO X

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

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 65023

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

6. FACTURA ORIGINAL ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA _____

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

CARGO Y UNIDAD _____

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

05/02/2024 09:31:38
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
327	RADICADA	05/02/2024	900865853	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
ABONO.	15959	19/01/2024	-47,005.00
DENAR.	15959	19/01/2024	180,662.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	514	2023	133,657.00

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 16 de febrero del 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-7-20172-2023
Constancia de recibido No.	7 cuenta 122023-02
Contratista:	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL
NIT del contratista:	NIT. 900865853
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD, PARA LAS USUARIAS Y BENEFICIARIAS GESTANTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN LA CIUDAD DE PASTO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No Aplica
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	VEINTISIETE MILLONES DE PESOS ($27.000.000) M/CTE
Plazo de ejecución:	Del 08 de septiembre del 2023 hasta el 30 de abril del 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Instalaciones del Centro De Diagnóstico Integral Fetal en Pasto Nariño
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN Responsable Central de cuentas Upres Nariño
Fecha de entrega certificada:	ENERO

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
REGI4	16	Servicios de Salud	$133.657	$133.657	0	$133.657

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
15959	19/01/2024	180.662	0	180.662
15959	19/01/2024	-47.005	0	-47.005
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**133.657**	**0**	**133.657**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). 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. ***De igual forma solicito se Tramite cuenta con Compromiso QUIPU 514 y Compromiso SIIF 65023.***

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, y cumplir con el objeto contractual conforme a lo pactado	**SI**	CUMPLE
2	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Cinco (5) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la unidad prestadora de salud Nariño, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta facturación debe aparecer el número de contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias	**SI**	CUMPLE
3	En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada en la reunión conciliatoria deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	**SI**	CUMPLE
4	El oferente deberá presentar certificado de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se reporte que cuentan con SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312 DEL 13 de febrero de 2019.	**SI**	CUMPLE

Intendente **ANGIE LICET LOPEZ CUARAN**
Responsable Central de cuentas Upres Nariño

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR

CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA

POLICÍA NACIONAL

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL NIT 900865853 PARA PAGO POR CONTRATO No. 060-7-20172-23

No. RADICACION 327 DEL 05 DE FEBRERO DE 2024, ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE URGENCIA Y LOS VALORES FACTURADOS NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996, VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	15959	19/01/2024	28/11/2023	MIRTA GOMEZ MAVISOY	1.085.262.699	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	180.662	14/02/2024	0	N/A	180.662	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
1	15959	19/01/2024	28/11/2023	MIRTA GOMEZ MAVISOY	1.085.262.699	ABONO	-47.005	14/02/2024	0	N/A	-47.005	SIN MOTIVO GLOSA	N/A
							133.657		0		133.657		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por

CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS - CEDIF SAS
NIT 900.865.853 – 2
CR 33 28 27 CS 901 ED V1501
TEL 317 624 8647
SAN JUAN DE PASTO

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

CERTIFICA

QUE LA EMPRESA: CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS - CEDIF SAS, CON NIT 900.865.8532, SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES A LA FECHA.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EL 01 DE FEBRERO DE 2024.

CARLOS ANDRES LOPEZ ERASO
T.P. 46.621 – T

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NIT/CC/TI	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	GENERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	[illegible]	CENTRO DE [illegible] INTEGRAL [illegible]		CRA [illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	U.A.F. APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	E – [illegible]			ANTIOQUIA	PASTO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (APORTANTE)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (PRESENTACIÓN)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					[illegible]	0%
TIPO APORTANTE	PERIODO PENSIONES				1	0
23/AUG	2024-09	E		74114485	TOTAL A PAGAR	
					$1'749,200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Afiliados	Incapacidades		Licencia Maternidad		Otro Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	194,600	6		0		0	0	0	0	194,600	4
ESSC18	EPS18 Famisanar	901021565-8	58,295	0		0		0	0	0	0	58,295	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)	800229739-0	232,700	0	0	0	0	0	0		232,700	1
230301	Porvenir	800144908-3	319,700	0	0	0	0	0	0		319,700	1
211001	Colfondos	800171408-5	200,000	0	0	0	0	0	0		200,000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	250,100	0	0	0	0	0	0		250,100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Sanción	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Radicado Favor	Cuota Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	33,100				33,100	0	0	33,100			331	33,100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF3B	Caja Piloto Nariño	891280008-1	252,800	0	0	252,800	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RIP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	252,800	252,800
Pensión	4	1,010,500	1,010,500
Riesgos Laborales	1	33,100	33,100
CCF	1	252,800	252,800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1,549,200	1,549,200