Página 1 de 9	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021 1083348777	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

Este formato debe ser utilizado para la presentación de informes de supervisión a contratos de bienes y servicios, interadministrativos y ordenes de compras, diferentes a los de interventoría y de obra.

No.GS-2024- **UPRES-JEFAD**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 17 de Abril de 2024

Señor mayor
CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.4
Cali-Valle del Cauca

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **66-7-20226-23** mes de Marzo 2024.

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/03/2024**	**Hasta**	**31/03/2024**

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:

- El señor Mayor CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora Subintendente ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 3**

Ítem	Radicado Gepol	Fecha de Presentación	Periodo Reportado
1	GS-2024-011439-DENAR	24/01/2024	DICIEMBRE 2023
2	GS-2024-037506-DENAR	23/02/2024	ENERO 2024
3	GS-2024-089843-DENAR	17/04/2024	FEBRERO 2024

Información del contrato u orden de compra

1083348777

Página 2 de 9 Código: 2BS-FR-0019 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	POLICÍA NACIONAL

Contrato No. / Orden de compra No.	66-7-20226-23
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE CUIDADO MÉDICO EN CASA PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS MEDICOS DE INCLUSIÓN: SIGNOS VITALES ESTABLES, PACIENTE CRONICO SIN VENTILACIÓN MECÁNICA, MOVILIDAD REDUCIDA, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS VIA ENTERAL O PARENTERAL QUE SEAN REMITIDOS POR ESPECIALISTA: PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA, NEUROCIRUGÍA, ONCOLOGÍA YA SEA EN EL AMBITO DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS U HOSPITALIZACIÓN Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN – BOGOTÁ DC. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Contratista	COMPLEMEDICA SAS
Representante legal	VILMA MAGDALY GUERRERO BENAVIDES
Valor inicial del contrato u orden de compra	CUATROCIENTOS MILLONES PESOS ($400.000.000,00) **Vigencia 2023:** CINCUENTA MILLONES DE PESOS MDA/CTE($ 50.000.000,00) **Vigencia 2024:** TRESCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MDA/CTE ($ 350.000.000,00)
Valor adiciones del contrato u orden de compra	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	CUATROCIENTOS MILLONES PESOS ($400.000.000,00)
Plazo de ejecución inicial	CINCO (05) MESES Y DIECISÉIS (15) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	16/12/2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/05/2024
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	N/A
Prorrogas	N/A

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

1.1 Acciones adelantadas:

Durante el mes de Marzo no se presentaron acciones por adelantar.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1083348777

Página 3 de 9	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		

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) …	SI	9465323184

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		
SERVICIO ASISTENCIAL POR SERVICIO DE ENFERMERÍA: El oferente que resulte adjudicatario, sin costo adicional para la Unidad prestadora de Nariño, deberá contar con enfermera (o) Jefe que supervise y verificar permanentemente el personal de auxiliares de enfermería que se encuentran en los domicilios de los pacientes, esta supervisión, verificación y control se realizara en cumplimiento de todas las funciones del manual de enfermería. El profesional en enfermería Superior, deberá generar un informe Mensual del seguimiento y control a las actividades realizadas por el personal de auxiliares de enfermería domiciliario, entregándolo al supervisor del contrato. El oferente que resulte adjudicatario deberá enviar mensualmente al supervisor del contrato, la rotación o cuadro de turnos, del personal de enfermería domiciliario, e informar por escrito en un término no mayor a 24 horas los cambios realizados a la rotación. El personal de auxiliares de enfermería que se encuentran en los domicilios de los pacientes, deberá ser supervisado permanentemente por **enfermera Jefe** del Home care verificando se cumpla TODOS los cuidados de enfermería que requiera el paciente como baño, toma de signos vitales diligenciando el respectivo registro de dichas tomas, cambios de posición del paciente si así lo requiere, con un máximo de cada 2 horas, administración de medicamentos según orden médica, cuidados de traqueotomías, permeabilización de la vía aérea a necesidad, manejo de pacientes ventilados, procedimientos como: cambio de sonda, cateterismos, curaciones básicas (I, II y III) , vigilar permeabilidad de venas y cambios según protocolo, toma de muestras; manejo de plan casero como apoyo para el mantenimiento de las condición física requeridas, de acuerdo a cada paciente etc, y demás procedimientos de enfermería requeridos por el usuario, ordenados por el medico tratante lo cuales deben estar registrados en la historia clínica	SI	No Aplica
Debe garantizarse el cubrimiento del servicio todos los días de la semana incluyendo domingos y festivos sin interrupción alguna, contar con el recurso humano suficiente para garantizar la normal prestación del servicio con el personal de reemplazos, en caso de presentarse incapacidades del personal, calamidades domesticas etc.; el reemplazo debe acudir en un lapso de tiempo no mayor a dos (2) horas, sin abandonar al paciente en ningún momento; debe tener previa capacitación para manejo de cualquier tipo de paciente. El incumplimiento del servicio acarreara los respectivas glosas, multa y sanciones pactadas de acuerdo a la normatividad establecida en la minuta del contrato.	SI	No Aplica

El personal contratado debe cumplir con el conocimiento técnico, académico, contar con curso de RCP VIGENTE, experiencia laboral en el área que se le asigne previamente certificada.	SI	No Aplica
El personal de Enfermería debe asistir a turno, portando adecuadamente el uniforme, con el documento de identidad y el respectivo carne de la empresa y con el equipo de toma de signos vitales	SI	No Aplica
El oferente que resulte adjudicatario, deberá supervisar, verificar y controlar permanentemente el personal de auxiliares de enfermería que se encuentran en los domicilios de los pacientes, esta supervisión, verificación y control será realizada por enfermera(o)Jefe en cumplimiento de todas las funciones del manual de enfermería	SI	No Aplica
Toma de muestras y traslado de las mismas al respectivo laboratorio clínico (incluye insumos)	SI	No Aplica
Administración de medicamentos por dosis (incluye insumos) pertinencia auxiliar de enfermería, medicamento alto costo pertinencia enfermera superior	SI	No Aplica
Curación Enterostomal por sección (incluye insumos), enfermera superior con certificación en terapia enterostomal.	SI	No Aplica
Cambios de Sonda (Incluye insumos). Auxiliar de enfermería y/o enfermera superior	SI	No Aplica
INSUMOS PARA PERSONAL ASISTENCIAL. Para el presente proceso de contratación, se tiene que tanto los equipos médicos, como los insumos de bioseguridad que utilizan los profesionales y el personal de auxiliares en el manejo del paciente, así como los insumos que requiera el paciente mismo dentro de su tratamiento específico, relacionados en el anexo Condiciones Técnicas, deben ser aportados por el oferente que resulte adjudicatario, cuyo costo debe estar incluido dentro de la oferta a presentar ante la Regional de aseguramiento en salud No 4, dentro de este proceso, como quiera que los mismos hacen parte esencial de la ejecución del objeto contractual	SI	No Aplica
EQUIPOS: El proponente deberá **ofertar la totalidad de los equipos en calidad de alquiler**, necesarios para la prestación del objeto contractual y entregarlos en un término no superior de 48 horas después de generada la autorización de servicio, para los municipios adscritos a la Unidad Prestadora de Salud Nariño (incluye todos sus barrios y corregimientos).	SI	No Aplica
Los equipos en calidad de alquiler, con cargo al contrato deben ser entregados e instalados en los domicilios de los pacientes, previa inducción al cuidador y personal asistencial del servicio domiciliario que asistirá al paciente. Verificando la funcionalidad, mantenimiento y oportuna reposición de los mismos, los soportes de la entrega serán enviados al supervisor del contrato, en un término no mayor a 24 horas.	SI	No Aplica
Orden de prestación de los servicios expedida por la oficina de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de referencia y contra referencia, debidamente firmada por el usuario o acudiente. Se exceptúa el caso de atención por Urgencias anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente. Fotocopia del carne o constancia vigente del documento de identificación del paciente. La facturación se debe relacionar en un cuadro Excel el cual se anexa, con las siguientes especificaciones: número y fecha de radicación, número de factura, fecha de atención, nombre e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 010, Diagnóstico, valor facturado No se recibirán facturas que no correspondan al mes inmediatamente anterior esto teniendo en cuenta que el contrato maneja un presupuesto y un tiempo de ejecución y que una vez	SI	No Aplica

1083348777

- ✓ 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 días (30) 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
- ✓ 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 Área de Referencia, Contra referencia y autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud N°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 y / 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.

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:

- ✓ Historias clínicas.
- ✓ Autorizaciones.
- ✓ Documento de identificación.

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

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.

1083348777

La atención del evento adverso 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" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN siempre y cuando esto sea lo dispuesto por la autoridad competente después de agotar el debido proceso.

Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central.
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 DISAN – Dirección de Sanidad (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 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

PAGOS: Los pagos se harán a la cuenta presentada por el Contratista.

En el evento de que la facturación la efectúe un consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del decreto 3050 de 1997, la factura, además de señalar el porcentaje o el valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicara el nombre o la razón social y NIT de cada uno de ellos, estas facturas deben de cumplir con los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias.
Las facturas que se radiquen por fuera del término anteriormente señalado se entenderán como radicadas en el mes siguiente.

TIEMPO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS
El contratista debe sostener los precios durante la ejecución del contrato

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: COMPLEMEDICA SAS
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 97200000894

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	$ 400.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 306.571.716,00	77%
Valor total facturado	$ 306.571.716,00	77%
Valor facturado pendiente de pago	$ 83.501.123,00	20,9%
Valor pagado	$ 223.070.593,00	56%
Valor pendiente de entrega	$ 93.428.284,00	23%

1083348777

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
006 del 17/04/2024	$ 81.998.707	07/04/2023	$ 81.998.707	No. 30	$ 81.998.707	N/A	consultar SECOP II o Tesorería unidad
007 del 17/04/2024	$ 1.502.416	07/04/2023	$ 1.502.416	Abono cuenta de cobro No 30	$ 1.502.416	N/A	consultar SECOP II o Tesorería unidad

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

5. RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo durante el desarrollo de la ejecución no se han presentado situaciones de relevancia que afecten el cumplimiento del objeto contratado. Es de precisar que el contratista junto con su personal han sido resolutivos en los requerimientos que se han hecho al contratista frente a la atención en servicios médicos.

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_____

Subintendente **ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS**
Responsable de Planeación UPRES Nariño
Correo electrónico: alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3136003455

Anexo: Recibido a satisfacción mes Marzo y abono a la misma, cuenta de cobro no.30 mes de Marzo 2024, parafiscales, relación de facturas auditoria médica.

1083348777

Página 1 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 17 de abril de 2024.
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.4
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>X</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></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	Contrato No 66-7-20226-23
Constancia de recibido No.	**006** **Cuenta de cobro No. 30**
Contratista:	COMPLEMEDICA SAS
NIT del contratista:	901.079.938-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	ES PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE CUIDADO MÉDICO EN CASA PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS MEDICOS DE INCLUSIÓN: SIGNOS VITALES ESTABLES, PACIENTE CRONICO CON Y SIN VENTILACIÓN MECÁNICA, MOVILIDAD REDUCIDA, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS VIA ENTERAL O PARENTERAL QUE SEAN REMITIDOS POR ESPECIALISTA: PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA, NEUROCIRUGÍA, ONCOLOGÍA YA SEA EN EL AMBITO DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS U HOSPITALIZACIÓN Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN – BOGOTÁ DC. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**Valor total: $** 400.000.000,00 **Vigencia 2023:** $ 50.000.000,00 **Vigencia 2024: $** 350.000.000,00
Plazo de ejecución:	16 DE DICIEMBRE DE 2023 A 31 DE MAYO DE 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes	NO APLICA

1083348777

Página 2 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

de compra)	
Lugar de ejecución y/o entrega	PRESTACION DE SERVICIOS EN LA RESIDENCIA DE LOS USUARIOS DE SANIDAD POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_	No presenta incumplimientos.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS** Supervisor de Contrato
Fecha de entrega certificada:	MARZO 2024
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
RASES NO.4	16	Servicios de Salud	**$ 81.998.707,00**	**$ 81.998.707,00**	$ 0.00	**$ 81.998.707,00**

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

N.	N° DE FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURA	NOTA CREDITO O DEBIDO	VALOR. NETO
1	FE201739	4/04/2024	1.344.944	0	1.344.944
2	FE201740	4/04/2024	6.171.909	0	6.171.909
3	FE201740	ABONO	-1.502.416	0	-1.502.416
4	FE201741	4/04/2024	7.249.401	0	7.249.401
5	FE201742	4/04/2024	3.212.078	0	3.212.078
6	FE201743	4/04/2024	1.670.392	0	1.670.392
7	FE201744	4/04/2024	1.496.880	0	1.496.880
8	FE201745	4/04/2024	4.355.451	0	4.355.451
9	FE201746	4/04/2024	4.355.451	0	4.355.451
10	FE201747	4/04/2024	3.817.362	0	3.817.362
11	FE201748	4/04/2024	2.516.022	0	2.516.022
12	FE201749	4/04/2024	347.024	0	347.024
13	FE201750	4/04/2024	1.524.600	0	1.524.600
14	FE201751	4/04/2024	347.024	0	347.024
15	FE201752	4/04/2024	1.638.012	0	1.638.012
16	FE201753	4/04/2024	390.402	0	390.402
17	FE201754	4/04/2024	3.387.573	0	3.387.573

1083348777

Página 3 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

18	FE201755	4/04/2024	1.303.364	0	1.303.364
19	FE201756	4/04/2024	2.476.440	0	2.476.440
20	FE201757	4/04/2024	3.817.362	0	3.817.362
21	FE201758	4/04/2024	1.718.640	0	1.718.640
22	FE201759	4/04/2024	2.462.580	0	2.462.580
23	FE201760	4/04/2024	6.375.279	0	6.375.279
24	FE201761	4/04/2024	6.388.447	0	6.388.447
25	FE201762	4/04/2024	1.706.880	0	1.706.880
26	FE201763	4/04/2024	4.253.690	0	4.253.690
27	FE201764	4/04/2024	1.288.980	0	1.288.980
28	FE201765	4/04/2024	2.586.200	0	2.586.200
29	FE201766	4/04/2024	1.679.684	0	1.679.684
30	FE201767	4/04/2024	347.024	0	347.024
31	FE201768	4/04/2024	173.512	0	173.512
32	FE201769	4/04/2024	347.024	0	347.024
33	FE201770	4/04/2024	260.268	0	260.268
34	FE201771	4/04/2024	1.437.340	0	1.437.340
35	FE201772	4/04/2024	347.024	0	347.024
	FE201773	4/04/2024	706.860	0	706.860
Valor total bienes y/o servicios recibidos			**81.998.707**	**0**	**81.998.707**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: 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 servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas. **REGISTRO QUIPU: 889, COMPROMISO SIIF: 14424.**

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	SI	CUMPLE

1083348777

	reunión conciliatoria deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.		
4	El contratista 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

Subintendente **ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS**
Supervisor de Contrato 66-7-20226-23

1083348777

GS-2024-093047-DENAR

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

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

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

Cargo del funcionario _____

TURNO No. 2175 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. CONTRATO: _____

VALOR PAGO: $1'998.707

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: _____

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 889

FECHA DE RECIBIDO: 05-04-2024

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

CONTRATISTA: Complemicol SA

NIT DEL CONTRATISTA: 901079938

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

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

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

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

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

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 14424

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). 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

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

CARGO Y UNIDAD

1083348777

GS-2024-093047-DENAR

Página 2 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		

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

1083348777

GS-2024-093047-DENAR

COMPLEMEDICA S.A.S

Nit. 901079938-1
Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan de Dios – Pasto
Tel. 3123614586 - 3123615095

SECCION FACTURACION
Pasto, 05/04/2024

Reg 889 / 888
Sist 14424 / 27123
Pl 2007
Sol 547

CUENTA DE COBRO N° 30

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

DEBE A:

INFORMACIÓN BENEFICIARIO DEL PAGO	
NOMBRE CONTRATISTA	COMPLEMEDICA SAS
NIT	901079938-1
NÚMERO DE CONTRATO	66-7-20226-23
DIRECCIÓN BENEFICIARIO DEL PAGO	CALLE 14 A # 43-33 SAN JUAN DE DIOS
TELÉFONOS	3123615095-3116224149
CORREO ELECTRÓNICO	complemedica@hotmail.com
SEDE	PASTO-NARIÑO

POR CONCEPTO DE	**VALOR**
PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD PACIENTES COMPLEMEDICA SAS MES DE MARZO 2024	**$ 83.501.123**

LA SUMA DE

VALOR EN NÚMERO	VALOR EN LETRAS
$ 83.501.123	OCHENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS UN MIL CIENTO VEINTITRES PESOS M/CTE

REALIZAR EL PAGO EN

NÚMERO DE CUENTA	97200000894
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA
SUCURSAL DE CUENTA	PASTO-NARIÑO

1083348777

GS-2024-093047-DENAR

COMPLEMEDICA S.A.S

Nit. 901079938-1
Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan de Dios – Pasto
Tel. 3123614586 - 3123615095

CORDIALMENTE:

DANIELA BURBANO
FACTURACION

NOTA DE RECIBIDO:
Recibimos las facturas de venta de servicios aquí relacionadas con sus respectivos soportes

Firma y sello de recibido

1083348777

GS-2024-093047-DENAR

COMPLEMEDICA S.A.S

Nit. 901079938-1
Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan de Dios – Pasto
Tel. 3123614586 - 3123615095

SECCION FACTURACION
Pasto, 05/04/2024

Regg 889 / 888
Siif 14424 / 27/23
Pl 2007
Sol 547

CUENTA DE COBRO N° 30

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

DEBE A:

INFORMACIÓN BENEFICIARIO DEL PAGO

NOMBRE CONTRATISTA	COMPLEMEDICA SAS
NIT	901079938-1
NÚMERO DE CONTRATO	66-7-20226-23
DIRECCIÓN BENEFICIARIO DEL PAGO	CALLE 14 A # 43-33 SAN JUAN DE DIOS
TELÉFONOS	3123615095-3116224149
CORREO ELECTRÓNICO	complemedica@hotmail.com
SEDE	PASTO-NARIÑO

POR CONCEPTO DE	**VALOR**
PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD PACIENTES COMPLEMEDICA SAS MES DE MARZO 2024	**$ 83.501.123**

LA SUMA DE

VALOR EN NÚMERO	VALOR EN LETRAS
$ 83.501.123	OCHENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS UN MIL CIENTO VEINTITRES PESOS M/CTE

REALIZAR EL PAGO EN

NÚMERO DE CUENTA	97200000894
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA
SUCURSAL DE CUENTA	PASTO-NARIÑO

1083348777

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FACTURA NRO: FE201740
FECHA: 04/04/2024 14:48:00
MONEDA: COP
FORMA DE PAGO: Crédito, Vence: 04/05/2024

COMPLEMEDICA SAS

NIT : 901079938-1 Cod. Prestador salud: 5200102580
CARRERA 40 Nª 16D-125. EL DORADO
Tel: 3123614586
Pasto, Nariño, CO
Régimen Ordinario

Cliente: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nª4

NIT : 805022186 - 6
av 10 norte 16 n 21. VALLE DEL CAUCA
Tel: 3505592860
Cali, Valle del Cauca, CO
Régimen Ordinario

CUFE: b35b5de990b93ec895dafde3ef0e12526161cdb73535cf582ffdcf9b49798c5728c40b7c1b57d5f5cc6d6292ec2c6912

Nro.	Referencia	Descripción	Cant.	Precio	Dcto.	Total Dcto.	IVA	Subtotal
Periodo facturado desde 2024-03-01 **hasta** 2024-04-30								
Modalidad: Por servicio **Cobertura:** Cobertura Régimen Especial o Excepción								
Datos del paciente: CC - 5269498 - alexander mauricio romero MENDOZA - 66-7-20226-23 - CONTRIBUTIVO								
1	890105-	AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS . AUTORIZACIÓN: 7230880	31,00	$ 161.313,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 5.000.703,00
2	890110	SESION TERAPIA DE LENGUAJE . AUTORIZACIÓN: 7230884	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00
3	890111	SESION DE TERAPIA FISICA . AUTORIZACIÓN: 7230890	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00
4	890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL . AUTORIZACIÓN: 7230892	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00

Subtotal	**$ 6.171.909,00**
Descuento	**$ 0,00**
IVA	**$ 0,00**
Total	**$ 6.171.909,00**

Numeración autorizada del FE200001 al FE300000 resolución DIAN #18764049008469 del 2023-05-15 hasta 2024-05-15.

Firma digital:

Y5LOpAMiASZHnWz7yUaipBAdgbZCVLFcm5fK7E3M4ldeO/Xieo02BNO31phtLTmgQpCxFTJge3TYYYjU3CAmwU1ivAEgZGh2Zl9jpu9NLSUmZq+uUMJoiCAOTWir0b7XSDK0tFYteucZr9gvap3JhQRrSktRJ0Xl92V37RIEO6F36TFiJnBI9/a17AsrKON2bbbP5SLH4jrsJB6Dnv4obXC/Ii8z6oL1a14aqnGvlgN/Jh95i3A0XYTiJbnt8njL21R03jnEHN62k9puBlE5kO3/VZHuVDCFIbviNz1CtvvPVOaUjt8BYxyt30vkfzy8giDUOqILCIyA/ECk9CVbIQ==

Observación:
SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS MES DE MARZO 2024 CONTRATO N° 066-7-200226-23 #$16-01-02-034;805022186;alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co#$

GRACIAS POR SU COMPRA

1083348777

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FACTURA NRO: FE201740
FECHA: 04/04/2024 14:48:00
MONEDA: COP
FORMA DE PAGO: Crédito, Vence: 04/05/2024

COMPLEMEDICA SAS

NIT : 901079938-1 Cod. Prestador salud: 5200102580
CARRERA 40 Nª 16D-125. EL DORADO
Tel: 3123614586
Pasto, Nariño, CO
Régimen Ordinario

Cliente: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nª4

NIT : 805022186 - 6
av 10 norte 16 n 21. VALLE DEL CAUCA
Tel: 3505592860
Cali, Valle del Cauca, CO
Régimen Ordinario

CUFE: b35b5de990b93ec895dafde3ef0e12526161cdb73535cf582ffdcf9b49798c5728c40b7c1b57d5f5cc6d6292ec2c6912

Nro.	Referencia	Descripción	Cant.	Precio	Dcto.	Total Dcto.	IVA	Subtotal
Periodo facturado desde 2024-03-01 **hasta** 2024-04-30								
Modalidad: Por servicio **Cobertura:** Cobertura Régimen Especial o Excepción								
Datos del paciente: CC - 5269498 - alexander mauricio romero MENDOZA - 66-7-20226-23 - CONTRIBUTIVO								
1	890105-	AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS. AUTORIZACIÓN: 7230880	31,00	$ 161.313,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 5.000.703,00
2	890110	SESION TERAPIA DE LENGUAJE. AUTORIZACIÓN: 7230884	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00
3	890111	SESION DE TERAPIA FISICA. AUTORIZACIÓN: 7230890	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00
4	890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL. AUTORIZACIÓN: 7230892	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00

Subtotal	**$ 6.171.909,00**
Descuento	**$ 0,00**
IVA	**$ 0,00**
Total	**$ 6.171.909,00**

Numeración autorizada del FE200001 al FE300000 resolución DIAN #18764049008469 del 2023-05-15 hasta 2024-05-15.

Firma digital:
Y5LOpAMiASZHnWz7yUaipBAdgbZCVLFcm5fK7E3M4ldeO/Xieo02BNO31phtLTmgQpCxFTJge3TYYYjU3CAmwU1ivAEgZGh2Zl9jpu9NLSUmZq+uUMJoiCAOTWir0
b7XSDK0tFYteucZr9gvap3JhQRrSktRJ0Xl92V37RIEO6F36TFiJnBI9/a17AsrKON2bbP5SLH4jrsJB6Dnv4obXC/Ii8z6oL1a14aqnGvlgN/Jh95i3A0XYTiJbnt8njL21R03jnEHN
62k9puBlE5kO3/VZHuVDCFIbviNz1CtvvPVOaUjt8BYxyt30vkfzy8giDUOqILCIyA/ECk9CVbIQ==

Observación:
SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS MES DE MARZO 2024 CONTRATO N° 066-7-200226-23 #$16-01-02-034;805022186;alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co#$

GRACIAS POR SU COMPRA

1083348777

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FACTURA NRO: FE201740
FECHA: 04/04/2024 14:48:00
MONEDA: COP
FORMA DE PAGO: Crédito, Vence: 04/05/2024

COMPLEMEDICA SAS

NIT : 901079938-1 Cod. Prestador salud: 5200102580
CARRERA 40 Nª 16D-125. EL DORADO
Tel: 3123614586
Pasto, Nariño, CO
Régimen Ordinario

Cliente: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nª4

NIT : 805022186 - 6
av 10 norte 16 n 21. VALLE DEL CAUCA
Tel: 3505592860
Cali, Valle del Cauca, CO
Régimen Ordinario

CUFE: b35b5de990b93ec895dafde3ef0e12526161cdb73535cf582ffdcf9b49798c5728c40b7c1b57d5f5cc6d6292ec2c6912

Nro.	Referencia	Descripción	Cant.	Precio	Dcto.	Total Dcto.	IVA	Subtotal
Periodo facturado desde 2024-03-01 **hasta** 2024-04-30								
Modalidad: Por servicio **Cobertura:** Cobertura Régimen Especial o Excepción								
Datos del paciente: CC - 5269498 - alexander mauricio romero MENDOZA - 66-7-20226-23 - CONTRIBUTIVO								
1	890105-	AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS. AUTORIZACIÓN: 7230880	31,00	$ 161.313,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 5.000.703,00
2	890110	SESION TERAPIA DE LENGUAJE. AUTORIZACIÓN: 7230884	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00
3	890111	SESION DE TERAPIA FISICA. AUTORIZACIÓN: 7230890	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00
4	890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL. AUTORIZACIÓN: 7230892	18,00	$ 21.689,00	0,00 %	$ 0,00	0,00 %	$ 390.402,00

Subtotal	**$ 6.171.909,00**
Descuento	**$ 0,00**
IVA	**$ 0,00**
Total	**$ 6.171.909,00**

Numeración autorizada del FE200001 al FE300000 resolución DIAN #18764049008469 del 2023-05-15 hasta 2024-05-15.

Firma digital:

Y5LOpAMiASZHnWz7yUaipBAdgbZCVLFcm5fK7E3M4ldeO/Xieo02BNO31phtLTmgQpCxFTJge3TYYYjU3CAmwU1ivAEgZGh2Zl9jpu9NLSUmZq+uUMJoiCAOTWir0
b7XSDK0tFYteucZr9gvap3JhQRrSktRJ0Xl92V37RIEO6F36TFiJnBI9/a17AsrKON2bbbP5SLH4jrsJB6Dnv4obXC/Ii8z6oL1a14aqnGvlgN/Jh95i3A0XYTiJbnt8njL21R03jnEHN
62k9puBlE5kO3/VZHuVDCFlbviNz1CtvvPVOaUjt8BYxyt30vkfzy8giDUOqILCIyA/ECk9CVbIQ==

Observación:
SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS MES DE MARZO 2024 CONTRATO N° 066-7-200226-23 #$16-01-02-034;805022186;alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co#$

GRACIAS POR SU COMPRA

1083348777

Nit: 901079938

Relación de servicios de la factura # FE201740

Cant	Fecha	Usuario	Tipo doc	Cédula	Carnet	Autor/Orden	Codigo	Serv. Prestado	Vlr.Unitario	Vlr.Total	Copago	Consec
31.00	04/04/2024	alexander mauricio romero MENDOZA	CC	5269498		7230880	890105	AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS	161,313	5,000,703		
18.00	04/04/2024	alexander mauricio romero MENDOZA	CC	5269498		7230884	890110	SESION TERAPIA DE LENGUAJE	21,689	390,402		
18.00	04/04/2024	alexander mauricio romero MENDOZA	CC	5269498		7230890	890111	SESION DE TERAPIA FISICA	21,689	390,402		
18.00	04/04/2024	alexander mauricio romero MENDOZA	CC	5269498		7230892	890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL	21,689	390,402		

Total anexo a la factura

SEIS MILLONES CIENTO SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

	Subtotal	Copago	Descuento	Neto
Totales	6,171,909	0	0	6,171,909

GS-2024-093047-DENAR

24

FORMATO UNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

323 - UPRES NARINO

Número de Autorización 7230889 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/22/2024 1:27:44 PM

Información del Prestador

Nombre COMPLEMEDICA SAS **Identificación Prestador** 901079938

Departamento NARIÑO **Municipio** PASTO

Dirección CARRERA 40 N° 16D-125 AV PANAMERICANA **Teléfono** 3242752736

Información del Paciente

Nombre ALEXANDER MAURICIO ROMERO MENDOZA **Identificación Paciente** CC 5269498

Departamento NARIÑO **Municipio** IPIALES

Dirección AV. FERREA NRO 1 - 40 B/ AV. FERREA **Teléfono** 7271159

Fecha de Nacimiento 7/14/1982

Servicio(s) Autorizado(s)

Descripción P5ENF24 SERVICIO DE ENFERMERIA 24 HORAS

Cantidad Autorizada 31

Número de Solicitud Origen 240300697

Fecha de Solicitud Origen 2024-03-16

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones SERVICIO DE ENFERMERIA 24 HORAS
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 066-7-200226-23

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre YURANY ANDREA ROSERO GUALTERO

Registro Médico 1127206303

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

IMPORTANTE: Autorización Válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

1083348777

FORMATO UNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

323 - UPRES NARINO

Numero de Autorización 7230884 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/22/2024 1:28:50 PM

Información del Prestador

Nombre	COMPLEMEDICAS SAS	**Identificación Prestador**	901079938
Departamento	NARIÑO	**Municipio**	PASTO
Dirección	CARRERA 40 N; 16D-125 AVENIDA PANAMERICANA	**Teléfono**	3212752736

Información del Paciente

Nombre	ALEXANDER MAURICIO ROMERO MENDOZA	**Identificación Paciente**	CC 5269498
Departamento	NARIÑO	**Municipio**	IPIALES
Dirección	AV. FERREA NRO 4 - 40 B/ AV. FERREA	**Teléfono**	7271159
Fecha de Nacimiento	7/11/1983		

Servicio(s) Autorizado(s)

Descripción	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACION
Cantidad Autorizada	18	
Número de Solicitud Origen	2403006972	
Fecha de Solicitud Origen	2024/03/16	
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización	Consulta Externa	
Observaciones	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACION Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 066-7-200226-23.	

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	YURANY ANDREA ROSERO GUETIO
Registro Médico	1127206303
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IMPORTANTE : Autorización Válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

1083348777

ap.arevalo

GS-2024-093047-DENAR

FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

323 - UPRES NARINO

Número de Autorización 7230890 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/22/2024 1:29:43 PM

Información del Prestador

Nombre COMPLEMEDICA SAS **Identificación Prestador** 901079938

Departamento NARIÑO **Municipio** PASTO

Dirección CARRERA 40 N; 16D-125 AVENIDA PANAMERICANA **Teléfono** 3242752736

Información del Paciente

Nombre ALEXANDER MAURICIO ROMERO MENDOZA **Identificación Paciente** CC 5269498

Departamento NARIÑO **Municipio** IPIALES

Dirección AV. FERREA NRO 1-40 B/ AV. FERREA **Teléfono** 7271159

Fecha de Nacimiento 7/11/1983

Servicio(s) Autorizado(s)

Descripcion 931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPEÑO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED)

Cantidad Autorizada 18

Número de Solicitud Origen 2403006989

Fecha de Solicitud Origen 2024/03/16

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPEÑO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 066-7-200226-23.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre YURANY ANDREA ROSERO GUETIO

Registro Médico 1127206303

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

IMPORTANTE : Autorización Válida por 90 dias. Sujeta a Auditoria de Cuentas Médicas.

1083348777

FORMATO UNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

323 - UPRES NARIÑO

Número de Autorización 7230893 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/22/2024 1:30:47 PM

Información del Prestador

Nombre	COMPLEMEDICA SAS	**Identificación Prestador**	901079938
Departamento	NARIÑO	**Municipio**	PASTO
Dirección	CARRERA 40 N; 16D-125 AV PANIDA PANAMERICANA	**Teléfono**	3242752736

Información del Paciente

Nombre	ALEXANDER MAURICIO ROMERO MENDOZA	**Identificación Paciente**	CC 5269498
Departamento	NARIÑO	**Municipio**	IPIALES
Dirección	AV. FERREA NRO 4 - 40 B/ AV. FERREA	**Teléfono**	7271159
Fecha de Nacimiento	7/14/1982		

Servicio(s) Autorizado(s)

Descripción	938303 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE: INTERVENCION TERAPEUTICA (SALUD FISICA, SALUD MENTAL) EN LOS COMPONENTES DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL: SENSORIOMOTOR, NEUROMUSCULOESQUELETICO, COGNITIVO, PSICOSOCIAL, EDUCATIVO Y DEL AMBIENTE PARA EL FUNCIONAMIENTO
Cantidad Autorizada	18
Número de Solicitud Origen	2403006990
Fecha de Solicitud Origen	2024-03-16
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización	Consulta Externa
Observaciones	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE: INTERVENCION TERAPEUTICA (SALUD FISICA, SALUD MENTAL) EN LOS COMPONENTES DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 066-7-200226-23.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	YURANY ANDREA ROSERO GUETIO
Registro Médico	1127206303
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA

IMPORTANTE : Autorización Válida por 90 días. Sujeta a Auditoria de Cuentas Médicas.

1083348777

COMPLEMÉDICA
NIT. 901079938-1

COMPLEMÉDICA

RTEGISTRO Y CONTROL FIRMAS

Fecha : SEPTIEMBRE 2022

RESPONSABLE:
Coordinación Terapia Integral

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO:

NOMBRES Y APELLIDOS: NEXANDER MAURICIO ROMERO MENDOZA

NÚMERO DE DOCUMENTO: 5.269.498 | EAPB: SANIDAD POLICIA NACIONAL

DIAGNÓSTICO: ESCLEROSIS LATERAL PRIMARIA - ENF DE LAS NEURONAS MOTORAS

No.	DD	MM	AAAA	HORA	TF	TR	TO	TL	PSC	AUX ENF.	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE
01	01	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
02	01	03	2024	12						X	CAROLINA López	Dany López
03	02	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
04	02	03	2024	12						X	CAROLINA López	Dany López
05	03	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
06	03	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
07	04	03	2024	12						X	CAROLINA López	Dany López
08	04	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
09	05	03	2024	12						X	CAROLINA López	Dany López
10	05	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
11	06	03	2024	12						X	CAROLINA López	Dany López
12	06	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
13	07	03	2024	12						X	CAROLINA López	Dany López
14	07	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
15	08	03	2024	12						X	CAROLINA López	Dany López
16	08	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López
17	09	03	2024	12						X	CAROLINA López	Dany López
18	09	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	Dany López

No.	DD	MM	AAAA	HORA	TF	TR	TO	TL	PSC	AUX ENF.	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE
19	10	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
20	10	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
21	11	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
22	11	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
23	12	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
24	12	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
25	13	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
26	13	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
27	14	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
28	14	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
29	15	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
30	15	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
31	16	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
32	16	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
33	17	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
34	17	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
35	18	03	2024	12						X	CARCLINA LÓPEZ	Dlury López
36	18	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
37	19	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
38	19	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
39	20	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
40	20	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
41	21	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
42	21	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
43	22	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
44	22	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López
45	23	03	2024	12						X	CAROLINA LÓPEZ	Dlury López
46	23	03	2024	12						X	LEONELA CASTILLO	Dlury López

No.	DD	MM	AAAA	HORA	TF	TR	TO	TL	PSC	AUX ENF.	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE
47	24	03	2024	12						X	CAROLINA López	dlury López
48	24	03	2024	12						X	CAROLINA López	dlury López
49	25	03	2024	12						X	Leonela Castillo	dlury López
50	25	03	2024	12						X	CAROLINA López	dlury López
51	26	03	2024	12						X	Leonela Castillo	dlury López
52	26	03	2024	12						X	CAROLINA López	dlury López
53	27	03	2024	12						X	Leonela Castillo	dlury López
54	27	03	2024	12						X	CAROLINA López	dlury López
55	28	03	2024	12						X	Leonela Castillo	dlury López
56	28	03	2024	12						X	CAROLINA López	dlury López
57	29	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	dlury López
58	29	03	2024	12						X	CAROLINA López	dlury López
59	30	03	2024	12						X	Leonela Castillo	dlury López
60	30	03	2024	12						X	CAROLINA López	dlury López
61	31	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	dlury López
62	31	03	2024	12						X	Leonela Castrillo	dlury López
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												

ap.arevalo

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR

CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA

POLICIA NACIONAL

Complemedica N 30

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA COMPLEMEDICA S.A.S. NIT 901079938 PARA PAGO POR CONTRATO N° 066-7-200226-23

No. RADICACION 2007 DEL 05 DE ABRIL 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 CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	FE201739	04/04/2024	22/03/2024	ADRIANA ANDRADE POPAYAN	1.089.482.434	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.344.944	15/04/2024	0	N/A	1.344.944	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FE201740	04/04/2024	22/03/2024	ALEXANDER ROMERO MENDOZA	5.269.498	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	6.171.909	15/04/2024	0	N/A	6.171.909	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FE201741	04/04/2024	22/03/2024	ANGEL CHAVEZ MEZA	5.278.338	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	7.249.401	15/04/2024	0	N/A	7.249.401	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FE201742	04/04/2024	22/03/2024	ARISTIDES CAICEDO VALLEJO	5.191.745	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.212.078	15/04/2024	0	N/A	3.212.078	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FE201743	04/04/2024	22/03/2024	CARLOS VALENCIA ROSERO	1.086.016.468	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.670.392	15/04/2024	0	N/A	1.670.392	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FE201744	04/04/2024	22/03/2024	DIEGO QUIROZ PADILLA	12.986.168	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.496.880	15/04/2024	0	N/A	1.496.880	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FE201745	04/04/2024	22/03/2024	DOLORES ORTIZ DE ROJAS	27.446.599	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	4.355.451	15/04/2024	0	N/A	4.355.451	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FE201746	04/04/2024	22/03/2024	JAIRO AGUIRRE NARVAEZ	1.085.251.768	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	4.355.451	15/04/2024	0	N/A	4.355.451	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	FE201747	04/04/2024	22/03/2024	JANETH ANGULO	27.080.899	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.817.362	15/04/2024	0	N/A	3.817.362	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	FE201748	04/04/2024	22/03/2024	JAVIER RIOBAMBA BURBANO	18.195.310	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.516.022	15/04/2024	0	N/A	2.516.022	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	FE201749	04/04/2024	22/03/2024	JOSE PATIÑO VALENCIA	10.255.977	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	15/04/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	FE201750	04/04/2024	22/03/2024	JOSE SALCEDO RODRIGUEZ	15.906	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.524.600	15/04/2024	0	N/A	1.524.600	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	FE201751	04/04/2024	22/03/2024	JOSE BOLAÑOS PINTA	1.080.051.618	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	347.024	15/04/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	FE201752	04/04/2024	22/03/2024	KARINA MARTINEZ RIVERA	1.114.540.287	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.638.012	15/04/2024	0	N/A	1.638.012	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
15	FE201753	04/04/2024	22/03/2024	KAROL MONTENEGRO VILLOTA	1.085.902.552	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	390.402	15/04/2024	0	N/A	390.402	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
16	FE201754	04/04/2024	22/03/2024	LEONILA VILLAREAL DE LOPEZ	27.053.148	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.387.573	15/04/2024	0	N/A	3.387.573	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
17	FE201755	04/04/2024	22/03/2024	LUIS ENRIQUEZ TREJO	1.842.476	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.303.364	15/04/2024	0	N/A	1.303.364	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
18	FE201756	04/04/2024	22/03/2024	MARIA LOPEZ CERON	1.030.023.772	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.476.440	15/04/2024	0	N/A	2.476.440	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
19	FE201757	04/04/2024	22/03/2024	MARIA SALAS GOMEZ	1.138.524.066	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.817.362	15/04/2024	0	N/A	3.817.362	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
20	FE201758	04/04/2024	22/03/2024	MARIA URBINA DE MARTINEZ	27.072.446	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.718.640	15/04/2024	0	N/A	1.718.640	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
21	FE201759	04/04/2024	22/03/2024	MERCEDES LASSO DE SILVA	27.102.897	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.462.580	15/04/2024	0	N/A	2.462.580	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A

GS-2024-093047-DENAR
1083348777

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
22	FE201760	04/04/2024	26/03/2024	NICOLAS CHANA AWAD	1.030.022.397	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	6.375.279	15/04/2024	0	N/A	6.375.279	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
23	FE201761	04/04/2024	26/03/2024	OMAR ERAZO MAYA	1.085.312.999	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	6.388.447	15/04/2024	0	N/A	6.388.447	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
24	FE201762	04/04/2024	26/03/2024	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1.030.024.208	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.706.880	15/04/2024	0	N/A	1.706.880	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
25	FE201763	04/04/2024	26/03/2024	TANIA RIVAS CHAVES	1.085.330.215	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	4.253.690	15/04/2024	0	N/A	4.253.690	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
26	FE201764	04/04/2024	26/03/2024	ENRIQUETA CORTEZ DE RODRIGUEZ	27.056.363	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.288.980	15/04/2024	0	N/A	1.288.980	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
27	FE201765	04/04/2024	26/03/2024	JOSE OJEDA OJEDA	1.085.686.037	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.586.200	15/04/2024	0	N/A	2.586.200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
28	FE201766	04/04/2024	26/03/2024	MANUEL ARGOTE GUERRERO	1.795.538	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.679.684	15/04/2024	0	N/A	1.679.684	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
29	FE201767	04/04/2024	26/03/2024	EURIPIDES CABRERA TIMANA	5.353.311	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	15/04/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
30	FE201768	04/04/2024	26/03/2024	YINETH MEZA VALDEZ	1.233.189.576	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	173.512	15/04/2024	0	N/A	173.512	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
31	FE201769	04/04/2024	26/03/2024	SARA CIFUENTES CORDOBA	1.081.068.181	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	15/04/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
32	FE201770	04/04/2024	26/03/2024	JHON CASTILLO CABRERA	1.081.594.233	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	260.268	15/04/2024	0	N/A	260.268	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
33	FE201771	04/04/2024	26/03/2024	HENRY REALPE BASANTE	87.470.499	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.437.340	15/04/2024	0	N/A	1.437.340	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
34	FE201772	04/04/2024	26/03/2024	LIVIO GOMEZ	5.197.402	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	15/04/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
35	FE201773	04/04/2024	26/03/2024	MANUEL LEGARDA LEGARDA	1.797.820	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	706.860	15/04/2024	0	N/A	706.860	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							83.501.123		**0**		**83.501.123**		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

GS-2024-093047-DENAR

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

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
2175	RADICADA	16/04/2024	901079938	COMPLEMEDICA

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	201757	04/04/2024	3,817,362.00
DENAR	201758	04/04/2024	1,718,640.00
DENAR	201759	04/04/2024	2,462,580.00
DENAR	201760	04/04/2024	6,375,279.00
DENAR	201761	04/04/2024	6,388,447.00
DENAR	201762	04/04/2024	1,706,880.00
DENAR	201763	04/04/2024	4,253,690.00
DENAR	201764	04/04/2024	1,288,980.00
DENAR	201765	04/04/2024	2,586,200.00
DENAR	201766	04/04/2024	1,679,684.00
DENAR	201767	04/04/2024	347,024.00
DENAR	201768	04/04/2024	173,512.00
DENAR	201769	04/04/2024	347,024.00
DENAR	201770	04/04/2024	260,268.00
DENAR	201771	04/04/2024	1,437,340.00
DENAR	201772	04/04/2024	347,024.00
DENAR	201740	04/04/2024	6,171,909.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	889	2023	81,998,707.00

1083348777

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

16/04/2024 17:18:44
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
2175	RADICADA	16/04/2024	901079938	COMPLEMEDICA

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	201739	04/04/2024	1,344,944.00
DENAR	201773	04/04/2024	706,860.00
ABONO	201740	04/04/2024	-1,502,416.00
DENAR	201741	04/04/2024	7,249,401.00
DENAR	201742	04/04/2024	3,212,078.00
DENAR	201743	04/04/2024	1,670,392.00
DENAR	201744	04/04/2024	1,496,880.00
DENAR	201745	04/04/2024	4,355,451.00
DENAR	201746	04/04/2024	4,355,451.00
DENAR	201747	04/04/2024	3,817,362.00
DENAR	201748	04/04/2024	2,516,022.00
DENAR	201749	04/04/2024	347,024.00
DENAR	201750	04/04/2024	1,524,600.00
DENAR	201751	04/04/2024	347,024.00
DENAR	201752	04/04/2024	1,638,012.00
DENAR	201753	04/04/2024	390,402.00
DENAR	201754	04/04/2024	3,387,573.00
DENAR	201755	04/04/2024	1,303,364.00
DENAR	201756	04/04/2024	2,476,440.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	889	2023	81,998,707.00

1083348777

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

1083348777



COMPLEMEDICA S.A.S

Nit. 901079938-1

Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan De Dios - Pasto

Tel. 3123614586 - 3123615095

ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

AREA DE FACTURACIÓN

RELACIÓN DE CUENTA DE COBRO 30 MES DE MARZO 2024

FACTURA	FECHA DE FACTURA	MES DE FACTURA	NOMBRE DE PACIENTES	IDENTIFICACIÓN	VALOR
FE201739	4/4/2024	MARZO	ADRIANA YAMILETH ANDRADE POPAYAN	1,089,482,434	$ 1,344,944
FE201740	4/4/2024	MARZO	ALEXANDER MAURICIO ROMERO MENDEZ	5,269,498	$ 6,171,909
FE201741	4/4/2024	MARZO	ANGEL LEONARDO CHAVEZ	5.278.338	$ 7,249,401
FE201742	4/4/2024	MARZO	ARISTIDES TEODULO CAICEDO VALLEJO	5,191,745	$ 3,212,078
FE201743	4/4/2024	MARZO	CARLOS ALBERTO VALENCIA ROSERO	1,086,016,468	$ 1,670,392
FE201744	4/4/2024	MARZO	DIEGO BERNARDO QUIROZ PADILLA	12,986,168	$ 1,496,880
FE201745	4/4/2024	MARZO	DOLORES EFIGENIA ORTIZ DE ROJAS	27,446,599	$ 4,355,451
FE201746	4/4/2024	MARZO	JAIRO ESTEBAN AGUIRRE NARVAEZ	1,085,251,768	$ 4,355,451
FE201747	4/4/2024	MARZO	JANETH ROCIO ANGULO	27,080,899	$ 3,817,362
FE201748	4/4/2024	MARZO	JAVIER ANDRES RIOBAMBA BURBANO	18,195,310	$ 2,516,022
FE201749	4/4/2024	MARZO	JOSE DELIO PATIÑO VALENCIA	10,255,977	$ 347,024
FE201750	4/4/2024	MARZO	JOSE ERNESTO SALCEDO RODRIGUEZ	15,906	$ 1,524,600
FE201751	4/4/2024	MARZO	JOSE MANUEL BOLAÑOS PINTA	1,080,051,618	$ 347,024
FE201752	4/4/2024	MARZO	KARINA ANDREA MARTINEZ RIVERA	1,114,540,287	$ 1,638,012
FE201753	4/4/2024	MARZO	KAROL ISABELLA MONTENEGRO	1,085,902,552	$ 390,402
FE201754	4/4/2024	MARZO	LEONILA CONCEPCION VILLAREAL	27,053,148	$ 3,387,573
FE201755	4/4/2024	MARZO	LUIS OLMEDO ENRIQUEZ TREJO	1,842,476	$ 1,303,364
FE201756	4/4/2024	MARZO	MARIA JOSE LOPEZ CERON	1,030,023,772	$ 2,476,440
FE201757	4/4/2024	MARZO	MARIA JOSE SALAS GOMEZ	1,138,524,066	$ 3,817,362
FE201758	4/4/2024	MARZO	MARIA TIRZA URBINA	27,072,446	$ 1,718,640
FE201759	4/4/2024	MARZO	MERCEDES LASSO DE SILVA	27,102,867	$ 2,462,580
FE201760	4/4/2024	MARZO	NICOLAS ALEJANDRO CHANA	1,030,022,397	$ 6,375,279
FE201761	4/4/2024	MARZO	OMAR YAMID ERAZO MAYA	1,085,312,999	$ 6,388,447

GS-2024-093047-DENAR

FE201762	4/4/2024	MARZO	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1,030,024,208	$	1,706,880
FE201763	4/4/2024	MARZO	TANIA ESMERALDA RIVAS CHAVEZ	1,085,330,215	$	4,253,690
FE201764	4/4/2024	MARZO	ENRIQUETA CORTEZ DE RODRIGUEZ	27,056,363	$	1,288,980
FE201765	4/4/2024	MARZO	JOSE MAURICIO OJEDA OJEDA	1,085,686,037	$	2,586,200
FE201766	4/4/2024	MARZO	MANUEL JESUS ARGOTI GUERRERO	1,795,538	$	1,679,684
FE201767	4/4/2024	MARZO	EURIPIDES CABRERA TIMANA	5,353,311	$	347,024
FE201768	4/4/2024	MARZO	YINETH YOHANA MEZA VALDEZ	1,233,189,576	$	173,512
FE201769	4/4/2024	MARZO	SARA VICTORIA CIFUENTES	1,081,068,181	$	347,024
FE201770	4/4/2024	MARZO	JHON JAIRO CASTILLO	1,081,594,233	$	260,268
FE201771	4/4/2024	MARZO	HENRY HERBER REALPE BASANTE	87,470,499	$	1,437,340
FE201772	4/4/2024	MARZO	LIVIO EDMUNDO GOMEZ	5,197,402	$	347,024
FE201773	4/4/2024	MARZO	MANUEL JESUS LEGARDA LEGARDA	1,797,820	$	706,860
TOTAL A PAGAR					$	83,501,123

GS-2024-093047-DENAR

COMPLEMÉDICA
SERVICIO MÉDICO COMUNITARIO
24 HORAS

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002,

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE COMPLEMEDICA S.A.S.

NIT. 901079938-1

CERTIFICA:

Que COMPLEMEDICA S.A.S., identificada con Nit. 901079938-1, se encuentra al día con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto a Sistema de Seguridad Social en cuanto a Salud, pensión, riesgos laborales y aportes parafiscales.

Se expide en la ciudad de Pasto a los 05 días del mes Abril 2024.

MAGDALY GUERRERO BENAVIDES
GERENTE

GS-2024-093047-DENAR

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901079938	1	COMPLEMEDICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR	CARRERA 40 N°16D-125 EL DORADO	PASTO-NARIÑO	7372620	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-03	2024-04	552335965	9465323184	E	2024/04/09	2024/04/03	BANCOLOMBIA	0	$3,587,000	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO — NOVEDADES

No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: COMFAMILIAR (6 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: RIESGO 2(3 Afiliados)																																		
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO(3 Afiliados)																																		
1	CC	1193029263	BURBANO MARTINEZ ANGELA DANIELA	Dependiente	0	No	No																											
2	CC	27088884	GUERRERO BENAVIDES VILMA MAGDALY	Dependiente	0	No	No																											
3	CC	1085277732	MANTILLA INAMPUEZ LILIANA MAYELI	Dependiente	0	No	No																											
Centro de Trabajo: RIESGO 3(3 Afiliados)																																		
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO(3 Afiliados)																																		
4	CC	59177496	GAVIRIA PANTOJA ELIANA YANERY	Dependiente	0	No	No																											
5	CC	59177496	GAVIRIA PANTOJA ELIANA YANERY	Dependiente	0	No	No																	X	2024/03/05	2024/03/06								
6	CC	1085332727	MUÑOZ ROSERO MARIA FERNANDA	Dependiente	0	No	No																											
7	CC	1085332727	MUÑOZ ROSERO MARIA FERNANDA	Dependiente	0	No	No																	X	2024/03/12	2024/03/16								
8	CC	1085286755	RIASCOS LOPEZ JESSICA YESENIA	Dependiente	0	No	No																											

EMPLEADO — NOVEDADES

No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: COMFENALCO CARTAGENA (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: COMFENALCO CARTAGENA(1 Afiliados)																																		
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR(1 Afiliados)																																		
9	CC	1007049700	ACUÑA RAMOS YOLIVETH	Dependiente	0	No	No																											
Total	**Afiliados(7)**																																	

2024/04/03 02:56 p.m.

1083348777

						SALARIO			PENSION															SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
																				$1,216,000						$304,000	
																				$1,216,000						$304,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$5,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$5,000,000	16%	SIN RIESGO	$800,000	$0	$0	$0	$0	$0	$800,000		SANITAS	30	$5,000,000	4%	$200,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
																				$827,700						$207,000	
																				$827,700						$207,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	28	$1,213,334	16%	SIN RIESGO	$194,200	$0	$0	$0	$0	$0	$194,200		SANITAS	28	$1,213,334	4%	$48,600	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	2	$86,667	16%	SIN RIESGO	$13,900	$0	$0	$0	$0	$0	$13,900		SANITAS	2	$86,667	4%	$3,500	
						$2,400,000	No	Fijo	PORVENIR	25	$2,000,000	16%	SIN RIESGO	$320,000	$0	$0	$0	$0	$0	$320,000		NUEVA E.P.S.	25	$2,000,000	4%	$80,000	
						$2,400,000	No	Fijo	PORVENIR	5	$319,984	16%	SIN RIESGO	$51,200	$0	$0	$0	$0	$0	$51,200		NUEVA E.P.S.	5	$319,984	4%	$12,800	
						$1,552,211	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,552,211	16%	SIN RIESGO	$248,400	$0	$0	$0	$0	$0	$248,400		SANITAS	30	$1,552,211	4%	$62,100	

						SALARIO			PENSION															SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
																				$208,000						$52,000	
																				$208,000						$52,000	
						$1,300,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
																				$2,251,700						$563,000	

GS-2024-093047-DENAR

2024/04/03 02:56 p.m.

1083348777

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$304,000						$304,000						$79,400				$0		$0		$0		$0	
	$304,000						$304,000						$79,400				$0		$0		$0		$0	
$0	$52,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$200,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$5,000,000	4%	$200,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$5,000,000	1.044%	2	$52,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$207,000						$207,000						$116,300				$0		$0		$0		$0	
	$207,000						$207,000						$116,300				$0		$0		$0		$0	
$0	$48,600		COMFAMILIAR NARIÑO	28	$1,213,334	4%	$48,600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	28	$1,213,334	2.436%	3	$29,600	28	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$3,500		COMFAMILIAR NARIÑO	2	$86,667	4%	$3,500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2	$86,667	0%	3	$0	2	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,000		COMFAMILIAR NARIÑO	25	$2,000,000	4%	$80,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	25	$2,000,000	2.436%	3	$48,800	25	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$12,800		COMFAMILIAR NARIÑO	5	$319,984	4%	$12,800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	5	$319,984	0%	3	$0	5	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$62,100		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,552,211	4%	$62,100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,552,211	2.436%	3	$37,900	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$52,000						$52,000						$13,600				$0		$0		$0		$0	
	$52,000						$52,000						$13,600				$0		$0		$0		$0	
$0	$52,000		COMFENALCO CARTAGENA	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$563,000						$563,000						$209,300				$0		$0		$0		$0	

GS-2024-093047-DENAR

1083847777

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901079938	1	COMPLEMEDICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR	CARRERA 40 N°16D-125 EL DORADO	PASTO-NARIÑO	7372620	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	552335965	9465323184	E	2024/04/09	2024/04/03	BANCOLOMBIA	0	$3,587,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$2,251,700	$0	$0	$2,251,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$2,043,700	$0	$0	$2,043,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$209,300	$0	$0	$209,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	7	$209,300	$0	$0	$209,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$563,000	$0	$0	$563,000
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	6	$511,000	$0	$0	$511,000
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$563,000	$0	$0	$563,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$248,800	$0	$0	$248,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$314,200	$0	$0	$314,200
TOTAL				7	$3,587,000	$0	$0	$3,587,000

GS-2024-093047-DENAR

2024/04/03 02:56 p.m.

1083348777

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 17 de abril de 2024.
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.4
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>X</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></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	Contrato No 66-7-20226-23
Constancia de recibido No.	**007** **Abono Cuenta de cobro No. 30**
Contratista:	COMPLEMEDICA SAS
NIT del contratista:	901.079.938-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	ES PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE CUIDADO MÉDICO EN CASA PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS MEDICOS DE INCLUSIÓN: SIGNOS VITALES ESTABLES, PACIENTE CRONICO CON Y SIN VENTILACIÓN MECÁNICA, MOVILIDAD REDUCIDA, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS VIA ENTERAL O PARENTERAL QUE SEAN REMITIDOS POR ESPECIALISTA: PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA, NEUROCIRUGÍA, ONCOLOGÍA YA SEA EN EL AMBITO DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS U HOSPITALIZACIÓN Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN – BOGOTÁ DC. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**Valor total: $** 400.000.000,00 **Vigencia 2023:** $ 50.000.000,00 **Vigencia 2024: $** 350.000.000,00
Plazo de ejecución:	16 DE DICIEMBRE DE 2023 A 31 DE MAYO DE 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes	NO APLICA

GS-2024-093047-DENAR

de compra)	
Lugar de ejecución y/o entrega	PRESTACION DE SERVICIOS EN LA RESIDENCIA DE LOS USUARIOS DE SANIDAD POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_	No presenta incumplimientos.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS** Supervisor de Contrato
Fecha de entrega certificada:	MARZO 2024
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
RASES NO.4	16	Servicios de Salud	**$ 1.502.416,00**	**$ 1.502.416,00**	$ 0.00	**$ 1.502.416,00**

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

N.	N° DE FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURA	NOTA CREDITO O DEBIDO	VALOR. NETO
1	FE201739	4/04/2024	6.171.909	0	6.171.909
2	FE201740	ABONO	-4.669.493	0	-4.669.493
Valor total bienes y/o servicios recibidos			**1.502.416**	**0**	**1.502.416**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: 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 servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas. **REGISTRO QUIPU: 888, COMPROMISO SIIF: 87123.**

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	SI	CUMPLE

GS-2024-093047-DENAR

	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		
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 contratista 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

Subintendente **ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS**
Supervisor de Contrato 66-7-20226-23

GS-2024-093047-DENAR

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

Radicado GECOP No.

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

No. SISCO:

No. CONTRATO:

VALOR PAGO: 1.502.416.

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

TURNO No. 2176 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 888

FECHA DE RECIBIDO : 16-04-2024

NUMERO DE RADICADO SIIF:

CONTRATISTA: Ocuplemedica.

NIT DEL CONTRATISTA:

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI ____ NO X
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI ____ NO X
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI ____ NO X

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

CUENTA BANCARIA:

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 87123
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. ROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP N/A
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP N/A
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ✓

OBSERVACIONES :

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

GS-2024-093047-DENAR

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

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

GS-2024-093047-DENAR

COMPLEMEDICA S.A.S

Nit. 901079938-1
Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan de Dios – Pasto
Tel. 3123614586 - 3123615095

SECCION FACTURACION
Pasto, 05/04/2024

Regq 889 / 888
Siif 14424 / 87 / 23
Pf 2007
Cuf 547

CUENTA DE COBRO N° 30

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

DEBE A:

INFORMACIÓN BENEFICIARIO DEL PAGO	
NOMBRE CONTRATISTA	COMPLEMEDICA SAS
NIT	901079938-1
NÚMERO DE CONTRATO	66-7-20226-23
DIRECCIÓN BENEFICIARIO DEL PAGO	CALLE 14 A # 43-33 SAN JUAN DE DIOS
TELÉFONOS	3123615095-3116224149
CORREO ELECTRÓNICO	complemedica@hotmail.com
SEDE	PASTO-NARIÑO

POR CONCEPTO DE	**VALOR**
PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD PACIENTES COMPLEMEDICA SAS MES DE MARZO 2024	**$ 83.501.123**

LA SUMA DE	
VALOR EN NÚMERO	VALOR EN LETRAS
$ 83.501.123	OCHENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS UN MIL CIENTO VEINTITRES PESOS M/CTE

REALIZAR EL PAGO EN	
NÚMERO DE CUENTA	97200000894
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA
SUCURSAL DE CUENTA	PASTO-NARIÑO

GS-2024-093047-DENAR

COMPLEMEDICA S.A.S

Nit. 901079938-1
Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan de Dios – Pasto
Tel. 3123614586 - 3123615095

CORDIALMENTE:

DANIELA BURBANO
FACTURACION

NOTA DE RECIBIDO:
Recibimos las facturas de venta de servicios aquí relacionadas con sus respectivos soportes

Firma y sello de recibido

GS-2024-093047-DENAR

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

16/04/2024 17:21:01
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
2176	RADICADA	16/04/2024	901079938	COMPLEMEDICA

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
ABONO.	201740	04/04/2024	-4,669,493.00
DENAR.	201740	04/04/2024	6,171,909.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	888	2023	1,502,416.00

GS-2024-093047-DENAR



COMPLEMEDICA S.A.S

Nit. 901079938-1

Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan De Dios - Pasto

Tel. 3123614586 - 3123615095

ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

AREA DE FACTURACIÓN

RELACIÓN DE CUENTA DE COBRO 30 MES DE MARZO 2024

FACTURA	FECHA DE FACTURA	MES DE FACTURA	NOMBRE DE PACIENTES	IDENTIFICACIÓN	VALOR
FE201739	4/4/2024	MARZO	ADRIANA YAMILETH ANDRADE POPAYAN	1,089,482,434	$ 1,344,944
FE201740	4/4/2024	MARZO	ALEXANDER MAURICIO ROMERO MENDEZ	5,269,498	$ 6,171,909
FE201741	4/4/2024	MARZO	ANGEL LEONARDO CHAVEZ	5.278.338	$ 7,249,401
FE201742	4/4/2024	MARZO	ARISTIDES TEODULO CAICEDO VALLEJO	5,191,745	$ 3,212,078
FE201743	4/4/2024	MARZO	CARLOS ALBERTO VALENCIA ROSERO	1,086,016,468	$ 1,670,392
FE201744	4/4/2024	MARZO	DIEGO BERNARDO QUIROZ PADILLA	12,986,168	$ 1,496,880
FE201745	4/4/2024	MARZO	DOLORES EFIGENIA ORTIZ DE ROJAS	27,446,599	$ 4,355,451
FE201746	4/4/2024	MARZO	JAIRO ESTEBAN AGUIRRE NARVAEZ	1,085,251,768	$ 4,355,451
FE201747	4/4/2024	MARZO	JANETH ROCIO ANGULO	27,080,899	$ 3,817,362
FE201748	4/4/2024	MARZO	JAVIER ANDRES RIOBAMBA BURBANO	18,195,310	$ 2,516,022
FE201749	4/4/2024	MARZO	JOSE DELIO PATIÑO VALENCIA	10,255,977	$ 347,024
FE201750	4/4/2024	MARZO	JOSE ERNESTO SALCEDO RODRIGUEZ	15,906	$ 1,524,600
FE201751	4/4/2024	MARZO	JOSE MANUEL BOLAÑOS PINTA	1,080,051,618	$ 347,024
FE201752	4/4/2024	MARZO	KARINA ANDREA MARTINEZ RIVERA	1,114,540,287	$ 1,638,012
FE201753	4/4/2024	MARZO	KAROL ISABELLA MONTENEGRO	1,085,902,552	$ 390,402
FE201754	4/4/2024	MARZO	LEONILA CONCEPCION VILLAREAL	27,053,148	$ 3,387,573
FE201755	4/4/2024	MARZO	LUIS OLMEDO ENRIQUEZ TREJO	1,842,476	$ 1,303,364
FE201756	4/4/2024	MARZO	MARIA JOSE LOPEZ CERON	1,030,023,772	$ 2,476,440
FE201757	4/4/2024	MARZO	MARIA JOSE SALAS GOMEZ	1,138,524,066	$ 3,817,362
FE201758	4/4/2024	MARZO	MARIA TIRZA URBINA	27,072,446	$ 1,718,640
FE201759	4/4/2024	MARZO	MERCEDES LASSO DE SILVA	27,102,867	$ 2,462,580
FE201760	4/4/2024	MARZO	NICOLAS ALEJANDRO CHANA	1,030,022,397	$ 6,375,279
FE201761	4/4/2024	MARZO	OMAR YAMID ERAZO MAYA	1,085,312,999	$ 6,388,447

GS-2024-093047-DENAR

ap.arevalo

1083348777

FE201762	4/4/2024	MARZO	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1,030,024,208	$ 1,706,880
FE201763	4/4/2024	MARZO	TANIA ESMERALDA RIVAS CHAVEZ	1,085,330,215	$ 4,253,690
FE201764	4/4/2024	MARZO	ENRIQUETA CORTEZ DE RODRIGUEZ	27,056,363	$ 1,288,980
FE201765	4/4/2024	MARZO	JOSE MAURICIO OJEDA OJEDA	1,085,686,037	$ 2,586,200
FE201766	4/4/2024	MARZO	MANUEL JESUS ARGOTI GUERRERO	1,795,538	$ 1,679,684
FE201767	4/4/2024	MARZO	EURIPIDES CABRERA TIMANA	5,353,311	$ 347,024
FE201768	4/4/2024	MARZO	YINETH YOHANA MEZA VALDEZ	1,233,189,576	$ 173,512
FE201769	4/4/2024	MARZO	SARA VICTORIA CIFUENTES	1,081,068,181	$ 347,024
FE201770	4/4/2024	MARZO	JHON JAIRO CASTILLO	1,081,594,233	$ 260,268
FE201771	4/4/2024	MARZO	HENRY HERBER REALPE BASANTE	87,470,499	$ 1,437,340
FE201772	4/4/2024	MARZO	LIVIO EDMUNDO GOMEZ	5,197,402	$ 347,024
FE201773	4/4/2024	MARZO	MANUEL JESUS LEGARDA LEGARDA	1,797,820	$ 706,860
TOTAL A PAGAR					$ 83,501,123

GS-2024-093047-DENAR

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	477637	Fecha Pre-Radicado	4/4/2024 6:01:48 PM
Nombre de la Entidad	COMPLEMEDICA SAS	Vlr Ini de Cargue	$83,501,123
Cantidad de Facturas Registradas	35	Vlr Fin de Cargue	$83,501,123.00
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

GS-2024-093047-DENAR

COMPLEMÉDICA
SERVICIO MEDICO DOMICILIARIO
24 HORAS

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002,

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE COMPLEMEDICA S.A.S.

NIT. 901079938-1

CERTIFICA:

Que COMPLEMEDICA S.A.S., identificada con Nit. 901079938-1, se encuentra al día con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto a Sistema de Seguridad Social en cuanto a Salud, pensión, riesgos laborales y aportes parafiscales.

Se expide en la ciudad de Pasto a los 05 días del mes Abril 2024.

MAGDALY GUERRERO BENAVIDES
GERENTE

Planilla Integrada

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901079938	1	COMPLEMEDICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR	CARRERA 40 N°16D-125 EL DORADO	PASTO-NARIÑO	7372620	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2024-03	2024-04	552335965	9465323184	E	2024/04/09	2024/04/03	BANCOLOMBIA	0	$3,587,000	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: COMFAMILIAR (6 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: RIESGO 2(3 Afiliados)																																		
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO(3 Afiliados)																																		
1	CC	1193029263	BURBANO MARTINEZ ANGELA DANIELA	Dependiente	0	No	No																											
2	CC	27088884	GUERRERO BENAVIDES VILMA MAGDALY	Dependiente	0	No	No																											
3	CC	1085277732	MANTILLA INAMPUEZ LILIANA MAYELI	Dependiente	0	No	No																											
Centro de Trabajo: RIESGO 3(3 Afiliados)																																		
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO(3 Afiliados)																																		
4	CC	59177496	GAVIRIA PANTOJA ELIANA YANERY	Dependiente	0	No	No																											
5	CC	59177496	GAVIRIA PANTOJA ELIANA YANERY	Dependiente	0	No	No																	X	2024/03/05	2024/03/06								
6	CC	1085332727	MUÑOZ ROSERO MARIA FERNANDA	Dependiente	0	No	No																											
7	CC	1085332727	MUÑOZ ROSERO MARIA FERNANDA	Dependiente	0	No	No																	X	2024/03/12	2024/03/16								
8	CC	1085286755	RIASCOS LOPEZ JESSICA YESENIA	Dependiente	0	No	No																											
Sucursal: COMFENALCO CARTAGENA (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: COMFENALCO CARTAGENA(1 Afiliados)																																		
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR(1 Afiliados)																																		
9	CC	1007049700	ACUÑA RAMOS YOLIVETH	Dependiente	0	No	No																											
Total	**Afiliados(7)**																																	

2024/04/03 02:56 p.m.

GS-2024-093047-DENAR
1083348777
ap.arevalo

						SALARIO			PENSION														SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	Vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP
																				$1,216,000						$304,000	
																				$1,216,000						$304,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$5,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$5,000,000	16%	SIN RIESGO	$800,000	$0	$0	$0	$0	$0	$800,000		SANITAS	30	$5,000,000	4%	$200,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
																				$827,700						$207,000	
																				$827,700						$207,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	28	$1,213,334	16%	SIN RIESGO	$194,200	$0	$0	$0	$0	$0	$194,200		SANITAS	28	$1,213,334	4%	$48,600	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	2	$86,667	16%	SIN RIESGO	$13,900	$0	$0	$0	$0	$0	$13,900		SANITAS	2	$86,667	4%	$3,500	
						$2,400,000	No	Fijo	PORVENIR	25	$2,000,000	16%	SIN RIESGO	$320,000	$0	$0	$0	$0	$0	$320,000		NUEVA E.P.S.	25	$2,000,000	4%	$80,000	
						$2,400,000	No	Fijo	PORVENIR	5	$319,984	16%	SIN RIESGO	$51,200	$0	$0	$0	$0	$0	$51,200		NUEVA E.P.S.	5	$319,984	4%	$12,800	
						$1,552,211	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,552,211	16%	SIN RIESGO	$248,400	$0	$0	$0	$0	$0	$248,400		SANITAS	30	$1,552,211	4%	$62,100	

						SALARIO			PENSION														SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	Vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP
																				$208,000						$52,000	
																				$208,000						$52,000	
						$1,300,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
																				$2,251,700						$563,000	

GS-2024-093047-DENAR

1083348777

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$304,000						$304,000						$79,400				$0		$0		$0		$0	
	$304,000						$304,000						$79,400				$0		$0		$0		$0	
$0	$52,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$200,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$5,000,000	4%	$200,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$5,000,000	1.044%	2	$52,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$207,000						$207,000						$116,300				$0		$0		$0		$0	
	$207,000						$207,000						$116,300				$0		$0		$0		$0	
$0	$48,600		COMFAMILIAR NARIÑO	28	$1,213,334	4%	$48,600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	28	$1,213,334	2.436%	3	$29,600	28	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$3,500		COMFAMILIAR NARIÑO	2	$86,667	4%	$3,500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2	$86,667	0%	3	$0	2	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,000		COMFAMILIAR NARIÑO	25	$2,000,000	4%	$80,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	25	$2,000,000	2.436%	3	$48,800	25	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$12,800		COMFAMILIAR NARIÑO	5	$319,984	4%	$12,800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	5	$319,984	0%	3	$0	5	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$62,100		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,552,211	4%	$62,100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,552,211	2.436%	3	$37,900	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$52,000						$52,000						$13,600				$0		$0		$0		$0	
	$52,000						$52,000						$13,600				$0		$0		$0		$0	
$0	$52,000		COMFENALCO CARTAGENA	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$563,000						$563,000						$209,300				$0		$0		$0		$0	

GS-2024-093047-DENAR

1083348777

GS-2024-093047-DENAR

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901079938	1	COMPLEMEDICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR	CARRERA 40 N° 16D-125 EL DORADO	PASTO-NARIÑO	7372620	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-04	552335965	9465323184	E	2024/04/09	2024/04/03	BANCOLOMBIA	0	$3,587,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$2,251,700	$0	$0	$2,251,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$2,043,700	$0	$0	$2,043,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$209,300	$0	$0	$209,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	7	$209,300	$0	$0	$209,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$563,000	$0	$0	$563,000
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	6	$511,000	$0	$0	$511,000
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$563,000	$0	$0	$563,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$248,800	$0	$0	$248,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$314,200	$0	$0	$314,200
TOTAL				7	$3,587,000	$0	$0	$3,587,000