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- 093326 **UPRES-JEFAD**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 19 de Junio 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 Abril 2024.

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/04/2024**	**Hasta**	**30/04/2024**

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: 4**

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	23/03/2024	FEBRERO 2024
4	GS-2024-093047-DENAR	17/04/2024	MARZO 2024

Información del contrato u orden de compra

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	DISIENTO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 200.000.000,00)
Valor total del contrato u orden de compra	SEISCIENTOS MILLONES PESOS ($600.000.000,00)
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)	01/06/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	15/07/2024
Adiciones	Acta No. 001 ADICION AL VALOR Y PRORROGA AL PLAZO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 66-7-20226-23 DE FECHA 23/04/2024.
Modificatorios	Acta No. 001 ADICION AL VALOR Y PRORROGA AL PLAZO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 66-7-20131-23 DE FECHA 23/04/2024.
Prorrogas	Acta No. 001 ADICION AL VALOR Y PRORROGA AL PLAZO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 66-7-20131-23 DE FECHA 23/04/2024.

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

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	9466888449

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 clinica	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	SI	No Aplica

acarreara los respectivas glosas, multa y sanciones pactadas de acuerdo a la normatividad establecida en la minuta del contrato.		
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 clinico (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	SI	No Aplica

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 se ejecute no podemos pagar servicios; sin embargo es necesario tener en cuenta servicios prestados como hospitalizaciones prolongadas o tratamientos de rehabilitación.		
La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa PACTADA según el caso.	SI	No Aplica
el OFERENTE deberá presentar la cuenta de cobro junto con la relación con el formato que maneja auditoría médica de la Unidad Prestadora de Salud Nariño mensualmente con los siguientes datos por cada cuenta radicada en formato Excel en medio magnético que conste de las siguientes variables: fecha de la atención de la factura, nombre e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 10, Diagnóstico, edad, valor de la factura el cual será enviado al correo: denar.upres-acm@policia.gov.co. Este contrato se entregará al supervisor para que lo haga llegar al OFERENTE.	SI	No Aplica

a. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el mes de Abril, por parte de la entidad COMPLEMEDICA SA presento una cuenta de cobro, así: Cuenta de Cobro No. 31 mes de Abril /2024 por un valor de $ 83.978.855 de acuerdo a auditoría de cuentas medicas de la unidad no presenta glosa; por lo anterior para el mes de Abril valor facturado: $ 83.978.855, se deja a claridad que dicha cuenta se encontraba en auditoría de cuentas medicas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño y debido a que no se contaba con auditor medico por termino de contrato el día 15 de mayo de 2024, la cuenta No. 31 no ha sido enviada con anterioridad.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido **(137)** días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, **restando (76)** días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud "RASES" de Cali pagará en moneda legal Colombiana al OFERENTE el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Pasto- Nariño, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, las ordenes de servicio (solicitud de examen), copia del informe del resultado del estudio de manera impresa o en medio magnético, autorización para la realización del examen, acreditación del oferente de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud , pensiones y riesgos profesionales.

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

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS (RECIBO A SATISFACCIÓN)
Una vez radicada la factura y entregados los elementos por parte del adjudicatario Oferente, el supervisor del contrato, previa revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes a la Central de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico-económico, para que se realice la auditoria, la cual será expedida dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelto junto con los soportes a la Central de cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con los tiempos establecidos en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO 3: CONCILIACIÓN DE GLOSAS.
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el oferente tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en aso tal de reiterarse la glosa se procederá a citar para conciliación de estas al oferente en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.
Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Unidad Prestadora de Salud Nariño y la Regional de Aseguramiento en Salud "RASES" de Cali, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

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

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS
La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnética) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con:

- ✓ Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- ✓ Requisitos establecidos por la DIAN.
- ✓ Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- ✓ La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- ✓ Presentar original de la autorización del servicio.
- ✓ Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. El sistema que genere el RIPS deberá adicionar en una última columna para las prestaciones "Consulta Médica Especializada primera vez (890202)" y "Consulta Médica Especializada control (890302)" el detalle sobre qué tipo de consulta es. (Ej: Otorrinolaringología, Cirugía General, Dermatología, Oftalmología).

- ✓ 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.

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	$ 600.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 390.550.571,00	65%
Valor total facturado	$ 390.550.571,00	65%
Valor facturado pendiente de pago	$ 83.978.855,00	14,0%
Valor pagado	$ 306.571.716,00	51%
Valor pendiente de entrega	$ 209.449.429,00	35%

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
008 del 19/06/2024	$ 83.978.855	07/05/2023	$ 83.978.855	No. 31	$ 83.978.855	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 abril, cuenta de cobro no.31 mes de Abril 2024, parafiscales, relación de facturas auditoria médica.

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 19 de Junio 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.	**008** **Cuenta de cobro No. 31**
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: $** 600.000.000,00 **Vigencia 2023:** $ 50.000.000,00 **Vigencia 2024: $** 550.000.000,00
Plazo de ejecución:	16 DE DICIEMBRE DE 2023 A 15 DE JULIOO DE 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes	NO APLICA

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:	MAYO 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	**$ 83.978.855,00**	**$ 83.978.855,00**	$ 0.00	**$ 83.978.855,00**

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

N.	N° DE FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURA	NOTA CREDITO O DEBIDO	VALOR. NETO
1	FE201878	7/05/2024	1.594.424	0	1.594.424
2	FE201879	7/05/2024	6.010.596	0	6.010.596
3	FE201880	7/05/2024	5.970.104	0	5.970.104
4	FE201881	7/05/2024	3.130.916	0	3.130.916
5	FE201882	7/05/2024	1.663.200	0	1.663.200
6	FE201883	7/05/2024	4.839.390	0	4.839.390
7	FE201884	7/05/2024	4.839.390	0	4.839.390
8	FE201885	7/05/2024	3.215.664	0	3.215.664
9	FE201886	7/05/2024	2.434.860	0	2.434.860
10	FE201887	7/05/2024	347.024	0	347.024
11	FE201888	7/05/2024	1.663.200	0	1.663.200
12	FE201889	7/05/2024	347.024	0	347.024
13	FE201890	7/05/2024	1.596.432	0	1.596.432
14	FE201891	7/05/2024	520.536	0	520.536
15	FE201892	7/05/2024	4.678.077	0	4.678.077
16	FE201893	7/05/2024	1.594.424	0	1.594.424
17	FE201894	7/05/2024	2.353.698	0	2.353.698
18	FE201895	7/05/2024	3.606.066	0	3.606.066
19	FE201896	7/05/2024	1.164.240	0	1.164.240

21	FE201898	7/05/2024	7.042.290		0	7.042.290
22	FE201899	7/05/2024	6.057.988		0	6.057.988
23	FE201900	7/05/2024	1.873.200		0	1.873.200
24	FE201901	7/05/2024	4.164.212		0	4.164.212
25	FE201902	7/05/2024	374.220		0	374.220
26	FE201903	7/05/2024	2.530.760		0	2.530.760
27	FE201904	7/05/2024	1.804.424		0	1.804.424
28	FE201905	7/05/2024	347.024		0	347.024
29	FE201906	7/05/2024	173.512		0	173.512
30	FE201907	7/05/2024	86.756		0	86.756
31	FE201908	7/05/2024	1.438.538		0	1.438.538
32	FE201909	7/05/2024	173.512		0	173.512
33	FE201910	7/05/2024	347.024		0	347.024
34	FE201911	7/05/2024	1.247.400		0	1.247.400
35	FE201912	8/05/2024	1.836.712		0	1.836.712
36	FE201913	8/05/2024	477.158		0	477.158
Valor total bienes y/o servicios recibidos			**83.978.855**		**0**	**83.978.855**

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 reunión conciliatoria deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	**SI**	CUMPLE
4	El contratista deberá presentar certificado de la	**SI**	CUMPLE

	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.		

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

IT Arelio López
2024/06/19.

Pagina 1 de 1 Codigo: 1AR-FR-0026 Fecha: 14-12-2012 Version: 0		PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	POLICIA NACIONAL

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

No. RADICACION 2598 DEL 08 DE MAYO 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	FE201878	07/05/2024	15/04/2024	ADRIANA ANDRADE POPAYAN	1.089.482.434	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.594.424	18/06/2024	0	N/A	1.594.424	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FE201879	07/05/2024	15/04/2024	ALEXANDER ROMERO MENDOZA	5.269.498	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	6.010.596	18/06/2024	0	N/A	6.010.596	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FE201880	07/05/2024	15/04/2024	ANGEL CHAVEZ MEZA	5.278.338	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	5.970.104	18/06/2024	0	N/A	5.970.104	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FE201881	07/05/2024	15/04/2024	ARISTIDES CAICEDO VALLEJO	5.191.745	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.130.916	18/06/2024	0	N/A	3.130.916	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FE201882	07/05/2024	15/04/2024	DIEGO QUIROZ PADILLA	12.986.168	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.663.200	18/06/2024	0	N/A	1.663.200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FE201883	07/05/2024	15/04/2024	DOLORES ORTIZ DE ROJAS	27.446.599	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	4.839.390	18/06/2024	0	N/A	4.839.390	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FE201884	07/05/2024	15/04/2024	JAIRO AGUIRRE NARVAEZ	1.085.251.768	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	4.839.390	18/06/2024	0	N/A	4.839.390	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FE201885	07/05/2024	15/04/2024	JANETH ANGULO	27.080.899	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.215.664	18/06/2024	0	N/A	3.215.664	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	FE201886	07/05/2024	15/04/2024	JAVIER RIOBAMBA BURBANO	18.195.310	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.434.860	18/06/2024	0	N/A	2.434.860	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	FE201887	07/05/2024	15/04/2024	JOSE PATIÑO VALENCIA	10.255.977	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	18/06/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	FE201888	07/05/2024	15/04/2024	JOSE SALCEDO RODRIGUEZ	15.906	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.663.200	18/06/2024	0	N/A	1.663.200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	FE201889	07/05/2024	15/04/2024	JOSE BOLAÑOS PINTA	1.080.051.618	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	347.024	18/06/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	FE201890	07/05/2024	15/04/2024	KARINA MARTINEZ RIVERA	1.114.540.287	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.596.432	18/06/2024	0	N/A	1.596.432	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	FE201891	07/05/2024	15/04/2024	KAROL MONTENEGRO VILLOTA	1.085.902.552	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	520.536	18/06/2024	0	N/A	520.536	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
15	FE201892	07/05/2024	15/04/2024	LEONILA VILLAREAL DE LOPEZ	27.053.148	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	4.678.077	18/06/2024	0	N/A	4.678.077	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
16	FE201893	07/05/2024	15/04/2024	LUIS ENRIQUEZ TREJO	1.842.476	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.594.424	18/06/2024	0	N/A	1.594.424	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
17	FE201894	07/05/2024	15/04/2024	MARIA LOPEZ CERON	1.030.023.772	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.353.698	18/06/2024	0	N/A	2.353.698	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
18	FE201895	07/05/2024	15/04/2024	MARIA SALAS GOMEZ	1.138.524.066	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.606.066	18/06/2024	0	N/A	3.606.066	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
19	FE201896	07/05/2024	15/04/2024	MARIA URBINA DE MARTINEZ	27.072.446	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.164.240	18/06/2024	0	N/A	1.164.240	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
20	FE201897	07/05/2024	15/04/2024	MERCEDES LARIO DE SILVA	27.102.957	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.434.860	18/06/2024	0	N/A	2.434.860	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
21	FE201898	07/05/2024	15/04/2024	NICOLAS CHAR ABUAD	1.030.022.397	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	7.042.290	18/06/2024	0	N/A	7.042.290	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A

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	FE201899	07/05/2024	15/04/2024	OMAR ERAZO MAYA	1.085.312.999	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	6.057.988	18/06/2024	0	N/A	6.057.988	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
23	FE201900	07/05/2024	15/04/2024	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1.030.624.208	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.873.200	18/06/2024	0	N/A	1.873.200	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
24	FE201901	07/05/2024	15/04/2024	TANIA RIVAS CHAVES	1.085.330.215	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	4.164.212	18/06/2024	0	N/A	4.164.212	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
25	FE201902	07/05/2024	15/04/2024	ENRIQUETA CORTEZ DE RODRIGUEZ	27.056.363	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	374.220	18/06/2024	0	N/A	374.220	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
26	FE201903	07/05/2024	15/04/2024	JOSE OJEDA OJEDA	1.085.686.037	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.530.760	18/06/2024	0	N/A	2.530.760	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
27	FE201904	07/05/2024	29/04/2024	MANUEL ARGOTE GUERRERO	1.795.538	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.804.424	18/06/2024	0	N/A	1.804.424	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
28	FE201905	07/05/2024	29/04/2024	EURIPIDES CABRERA TIMANA	5.353.311	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	18/06/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
29	FE201906	07/05/2024	29/04/2024	YINETH MEZA VALDEZ	1.233.189.576	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	173.512	18/06/2024	0	N/A	173.512	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
30	FE201907	07/05/2024	29/04/2024	SARA CIFUENTES CORDOBA	1.081.066.181	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +	86.756	18/06/2024	0	N/A	86.756	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
31	FE201908	07/05/2024	29/04/2024	HENRY REALPE BASANTE	87.470.498	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.438.538	18/06/2024	0	N/A	1.438.538	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
32	FE201909	07/05/2024	29/04/2024	HENRY REALPE BASANTE	87.470.498	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	173.512	18/06/2024	0	N/A	173.512	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
33	FE201910	07/05/2024	29/04/2024	LIVIO GOMEZ	5.597.402	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	18/06/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
34	FE201911	07/05/2024	29/04/2024	MANUEL LEGARDA LEGARDA	1.796.624	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.247.400	18/06/2024	0	N/A	1.247.400	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
35	FE201912	08/05/2024	15/04/2024	CARLOS VALENCIA ROSERO	1.086.016.468	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.836.712	18/06/2024	0	N/A	1.836.712	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
36	FE201913	08/05/2024	29/04/2024	JHON CASTILLO CABRERA	1.081.594.235	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	477.158	18/06/2024	0	N/A	477.158	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							83.978.855		**0**		**83.978.855**		

Elaborado Por

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por

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. 2598 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. CONTRATO: 66-3-20226-23

VALOR PAGO: 83.978.855

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : 0

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO 31

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 389

FECHA DE RECIBIDO : 08-09-2024

NUMERO DE RADICADO SIIF:

CONTRATISTA: Complemedica

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

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP)	
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)	✓
6. FACTURA ORIGINAL:	✓
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	✓
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.	✓
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,	

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

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

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

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

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

ción

	Estado	Fecha	Nit	Descripción
	RADICADA	10/05/2024	901079938	COMPLEMEDICA

	Factura	Fecha	Valor
R	201896	07/05/2024	1,164,240.00
R	201897	07/05/2024	2,434,860.00
J	201898	07/05/2024	7,042,290.00
AR	201899	07/05/2024	6,057,988.00
AR	201900	07/05/2024	1,873,200.00
AR	201901	07/05/2024	4,164,212.00
AR	201902	07/05/2024	374,220.00
IAR	201903	07/05/2024	2,530,760.00
NAR	201904	07/05/2024	1,804,424.00
NAR	201905	07/05/2024	347,024.00
NA	201906	07/05/2024	173,512.00
INA	201907	07/05/2024	86,756.00
ENA	201908	07/05/2024	1,438,538.00
NAR	201909	07/05/2024	173,512.00
NAR	201910	07/05/2024	347,024.00
NAR	201912	08/05/2024	1,836,712.00
NAR	201913	08/05/2024	477,158.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	889	2023	83,978,855.00

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

10/05/2024 12:37:41
Programa CPMRSPRD V.5000

dicación

nero	Estado	Fecha	Nit	Descripción
8	RADICADA	10/05/2024	901079938	COMPLEMEDICA

cturas Relacionadas

fijo	Factura	Fecha	Valor
VA	201889	04/05/2024	347,024.00
	201880	07/05/2024	5,970,104.00
AR	201881	07/05/2024	3,130,916.00
AR	201882	07/05/2024	1,663,200.00
AR	201883	07/05/2024	4,839,390.00
AR	201884	07/05/2024	4,839,390.00
AR	201885	07/05/2024	3,215,664.00
AR	201886	07/05/2024	2,434,860.00
AR	201887	07/05/2024	347,024.00
AR	201888	07/05/2024	1,663,200.00
AR	201878	07/05/2024	1,594,424.00
	201879	07/05/2024	6,010,596.00
R	201911	07/05/2024	1,247,400.00
R	201890	07/05/2024	1,596,432.00
R	201891	07/05/2024	520,536.00
R	201892	07/05/2024	4,678,077.00
R	201893	07/05/2024	1,594,424.00
R	201894	07/05/2024	2,353,698.00
R	201895	07/05/2024	3,606,066.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	889	2023	83,978,855.00

COMPLEMEDICA S.A.S

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

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO
AREA DE SANIDAD
CENTRAL DE CUENTAS
FECHA:
RECIBE:

SECCION FACTURACION
Pasto, 08/05/2024

CUENTA DE COBRO N° 31

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 ABRIL 2024	$83.978.855

LA SUMA DE

VALOR EN NÚMERO	VALOR EN LETRAS
$83.978.855	OCHENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

REALIZAR EL PAGO EN

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

COMPLEMEDICA S.A.S

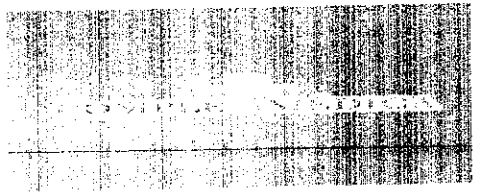
Nit. 901079938-1
Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan de Dios – Pasto
Tel. 3123614586 - 3123615095

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



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 31 MES DE ABRIL 2024

FACTURA	FECHA DE FACTURA	MES DE FACTURA	NOMBRE DE PACIENTES	IDENTIFICACIÓN	VALOR
FE201878	7/5/2024	ABRIL	ADRIANA YAMILETH ANDRADE POPAYAN	1,089,482,434	$ 1,594,424
FE201879	7/5/2024	ABRIL	ALEXANDER MAURICIO ROMERO MENDEZ	5,269,498	$ 6,010,596
FE201880	7/5/2024	ABRIL	ANGEL LEONARDO CHAVEZ	5.278.338	$ 5,970,104
FE201881	7/5/2024	ABRIL	ARISTIDES TEODULO CAICEDO VALLEJO	5,191,745	$ 3,130,916
FE201882	7/5/2024	ABRIL	DIEGO BERNARDO QUIROZ PADILLA	12,986,168	$ 1,663,200
FE201883	7/5/2024	ABRIL	DOLORES EFIGENIA ORTIZ DE ROJAS	27,446,599	$ 4,839,390
FE201884	7/5/2024	ABRIL	JAIRO ESTEBAN AGUIRRE NARVAEZ	1,085,251,768	$ 4,839,390
FE201885	7/5/2024	ABRIL	JANETH ROCIO ANGULO	27,080,899	$ 3,215,664
FE201886	7/5/2024	ABRIL	JAVIER ANDRES RIOBAMBA BURBANO	18,195,310	$ 2,434,860
FE201887	7/5/2024	ABRIL	JOSE DELIO PATIÑO VALENCIA	10,255,977	$ 347,024
FE201888	7/5/2024	ABRIL	JOSE ERNESTO SALCEDO RODRIGUEZ	15,906	$ 1,663,200
FE201889	7/5/2024	ABRIL	JOSE MANUEL BOLAÑOS PINTA	1,080,051,618	$ 347,024
FE201890	7/5/2024	ABRIL	KARINA ANDREA MARTINEZ RIVERA	1,114,540,287	$ 1,596,432
FE201891	7/5/2024	ABRIL	KAROL ISABELLA MONTENEGRO	1,085,902,552	$ 520,536
FE201892	7/5/2024	ABRIL	LEONILA CONCEPCION VILLAREAL	27,053,148	$ 4,678,077
FE201893	7/5/2024	ABRIL	LUIS OLMEDO ENRIQUEZ TREJO	1,842,476	$ 1,594,424
FE201894	7/5/2024	ABRIL	MARIA JOSE LOPEZ CERON	1,030,023,772	$ 2,353,698
FE201895	7/5/2024	ABRIL	MARIA JOSE SALAS GOMEZ	1,138,524,066	$ 3,606,066
FE201896	7/5/2024	ABRIL	MARIA TIRZA URBINA	27,072,446	$ 1,164,240
FE201897	7/5/2024	ABRIL	MERCEDES LASSO DE SILVA	27,102,867	$ 2,434,860
FE201898	7/5/2024	ABRIL	NICOLAS ALEJANDRO CHANA	1,030,022,397	$ 7,042,290
FE201899	7/5/2024	ABRIL	OMAR YAMID ERAZO MAYA	1,085,312,999	$ 6,057,988
FE201900	7/5/2024	ABRIL	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1,030,024,208	$ 1,873,200

FE201901	7/5/2024	ABRIL	TANIA ESMERALDA RIVAS CHAVEZ	1,085,330,215	$	4,164,212
FE201902	7/5/2024	ABRIL	ENRIQUETA CORTEZ DE RODRIGUEZ	27,056,363	$	374,220
FE201903	7/5/2024	ABRIL	JOSE MAURICIO OJEDA OJEDA	1,085,686,037	$	2,530,760
FE201904	7/5/2024	ABRIL	MANUEL JESUS ARGOTI GUERRERO	1,795,538	$	1,804,424
FE201905	7/5/2024	ABRIL	EURIPIDES CABRERA TIMANA	5,353,311	$	347,024
FE201906	7/5/2024	ABRIL	YINETH YOHANA MEZA VALDEZ	1,233,189,576	$	173,512
FE201907	7/5/2024	ABRIL	SARA VICTORIA CIFUENTES	1,081,068,181	$	86,756
FE201908	7/5/2024	ABRIL	HENRY HERBER REALPE BASANTE	87,470,499	$	1,438,538
FE201909	7/5/2024	ABRIL	HENRY HERBER REALPE BASANTE	87,470,499	$	173,512
FE201910	7/5/2024	ABRIL	LIVIO EDMUNDO GOMEZ	5,197,402	$	347,024
FE201911	7/5/2024	ABRIL	MANUEL JESUS LEGARDA LEGARDA	1,797,820	$	1,247,400
FE201912	8/5/2024	ABRIL	CARLOS ALBERTO VALENCIA ROSERO	1,086,016,468	$	1,836,712
FE201913	8/5/2024	ABRIL	JHON JAIRO CASTILLO	1,081,594,233	$	477,158
TOTAL A PAGAR					$	83,978,855

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	160660	Fecha Pre-Radicado	5/8/2024 12:19:55 PM
Nombre de la Entidad	COMPLEMÉDICA SAS	Vlr Ini de Cargue	$83,978,855
Cantidad de Facturas Registradas	36	Vlr Fin de Cargue	$83,978,855.00
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

COMPLEMÉDICA

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

aportes en línea

Planilla Integrada

						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 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	
																				$913,000						$228,300	
																				$913,000						$228,300	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SANITAS	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$2,400,000	No	Fijo	COLPENSIONES	9	$720,000	16%	SIN RIESGO	$115,200	$0	$0	$0	$0	$0	$115,200		SANITAS	9	$720,000	4%	$28,800	
						$2,400,000	No	Fijo	PORVENIR	18	$1,440,000	16%	SIN RIESGO	$230,400	$0	$0	$0	$0	$0	$230,400		NUEVA E.P.S.	18	$1,440,000	4%	$57,600	
						$2,400,000	No	Fijo	PORVENIR	12	$693,280	16%	SIN RIESGO	$111,000	$0	$0	$0	$0	$0	$111,000		NUEVA E.P.S.	12	$693,280	4%	$27,800	
						$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 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	
																				$2,337,000						$584,300	

2024/05/08 01:16 p.m.

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
2024-04	2024-05	626641104	9466888449	E	2024/05/10	2024/05/08	BANCOLOMBIA	0	$3,720,900

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 (7 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	27088864	GUERRERO BENAVIDES VILMA MAGDALY	Dependiente	0	No	No																											
3	CC	1085277732	MANTILLA INAMPUEZ LILIANA MAYELI	Dependiente	0	No	No																											
Centro de Trabajo: RIESGO 3(4 Afiliados)																																		
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO(4 Afiliados)																																		
4	CC	59177496	GAVIRIA PANTOJA ELIANA YANERY	Dependiente	0	No	No																											
5	CC	1085318793	MARTINEZ MARCILLO BRAYAN JOSE	Dependiente	0	No	No		X	2024/04/22																								
6	CC	1085332727	MUÑOZ ROSERO MARIA FERNANDA	Dependiente	0	No	No																											
7	CC	1085332727	MUÑOZ ROSERO MARIA FERNANDA	Dependiente	0	No	No																	X	2024/04/19	2024/04/30								
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(8)																																

2024/05/08 01:16 p.m.

			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
	$228,300						$228,300						$122,300				$0		$0		$0		$0	
	$228,300						$228,300						$122,300				$0		$0		$0		$0	
$0	$52,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	2.436%	3	$31,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$28,800		COMFAMILIAR NARIÑO	9	$720,000	4%	$28,800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	9	$720,000	2.436%	3	$17,600	9	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$57,600		COMFAMILIAR NARIÑO	18	$1,440,000	4%	$57,600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	18	$1,440,000	2.436%	3	$35,100	18	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$27,800		COMFAMILIAR NARIÑO	12	$693,280	4%	$27,800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	12	$693,280	0%	3	$0	12	$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
	$584,300						$584,300						$215,300				$0		$0		$0		$0	

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	8 - 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
2024-04	2024-05	626641104	9466888449	E	2024/05/10	2024/05/08	BANCOLOMBIA	0	$3,720,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				8	$2,337,000	$0	$0	$2,337,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$323,200	$0	$0	$323,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$2,013,800	$0	$0	$2,013,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$215,300	$0	$0	$215,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	8	$215,300	$0	$0	$215,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				8	$584,300	$0	$0	$584,300
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	7	$532,300	$0	$0	$532,300
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				8	$584,300	$0	$0	$584,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$241,400	$0	$0	$241,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$342,900	$0	$0	$342,900
TOTAL				8	$3,720,900	$0	$0	$3,720,900

2024/05/08 01:16 p.m.