Página 1 de 7	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		

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.

Noviembre y Diciembre.
* Informe final
* Formato cualitativo
* Ubicación.

No.GS-2024-036756-DENAR UPRES-JEFAD

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, de 9 marzo de 2024

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

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. **66-7-20041-23 mes** de noviembre

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/11/2023**	**Hasta**	**30/11/2023**

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

INFORMACIÓN GENERAL:
Mediante comunicación oficial número 0073/AREAD-GRUCO del 17 de abril de 2023, la Región de aseguramiento en salud No. 4, nombró como supervisor del contrato del asunto a la PT. VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 7**

No.	RADICADO GEPOL	FECHA DE PRESENTACION	PERIODO REPORTADO
1	GS-2023-111917- DENAR	17/08/2023	17/04/2023 al 30/04/2023
2	GS-2023-095723- DENAR	14/07/2023	01/05/2023 al 31/05/2023
3	GS-2023-106848- DENAR	14/07/2023	01/06/2023 al 30/06/2023
4	GS-2023-122185- DENAR	30/08/2023	01/07/2023 al 31/07/2023
5	GS-2023-153342- DENAR	31/10/2023	01/08/2023 al 31/08/2023
6	GS-2023-153398- DENAR	31/10/2023	01/09/2023 al 30/09/2023
7	GS-2023-167003- DENAR	27/11/2023	01/10/2023 al 31/10/2023

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20041-23**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIATRIA; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONALEN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TECNICA Y CIENTIFICAMENTEEN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL). Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO No 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2002, QUE SEAN APROBADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN- BOGOTA DC, O AQUELLOS APARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA".
Contratista	UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
Representante legal	**FERNANDO ALIRIO ENRIQUEZ TORRES**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**$ 35.000.000 TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**N/A**
Valor total del contrato u orden de compra	**$ 35.000.000 TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS**
Plazo de ejecución inicial	DEL 17 DE ABRIL DE 2023 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**17/04/2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**31/12/2023**
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**30/08/2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**31/12/2023**
Adiciones	Mediante comunicado oficial No. GS-2023-119609-REGI4 de fecha 30 de agosto de 2023, debidamente autorizado por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 (E), la supervisora del contrato solicita realizar el acta modificatoria **001** al contrato **66-7-20041-23**, en sentido de adicionar el valor del contrato en **DIECISIETE MILLONES DE PESOS ($17.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, para la vigencia **2023**, quedando como nuevo valor total del contrato en **CINCUENTA Y DOS MILLONES DE PESOS (52.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, para la vigencia **2023** **VIGENCIA 2023: $ 52.000.000**
Modificatorios	**MODIFICACION 001 del 30 de agosto de 2023** • **Clausula valor** • **Clausula plazo de ejecución**

	Clausula garantía
Prorrogas	**N/A**
Otros	**N/A**

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

Se realiza visita a instalaciones de la UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS., en el mes de abril y se toma contacto con el gerente y el jefe administrativo para generar buenas relaciones con la institución y tener claro las condiciones del contrato, así mismo se realiza recorrido por las instalaciones del hospital para corroborar las condiciones contractuales.

1.1 Acciones adelantadas: N/A

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	Planilla No. 79036123394 del 09/11/2023

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)		
La atención por consulta externa debe prestarse previa autorización expedida solamente por el funcionario de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, anexando copia del documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil.). Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos.	SI	Se verifica cuenta del mes de septiembre, que cumpla con la presente condición
El contratista dispondrá de una persona encargada de la coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. De ello deberá notificar a la Unidad Prestadora de Salud Nariño mediante documento escrito una vez le sea entregada la respectiva carta de inicio del contrato.	SI	El contratista cumple con esta condición, donde presenta un funcionario encargados de solucionar y atender los requerimientos del personal de la UPRES NARIÑO
En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	SI	Esta condición se aplicara cuando se presenten glosas

a. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

1. Durante el desarrollo del presente contrato en el mes de octubre no se presentaron situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.
2. Se entregan factura número 6907 de atenciones del mes de noviembre del año 2023, factura recibida el 20 del mes de noviembre de 2023 en la oficina de central de cuentas.

3. Se entregan factura número 7107 de atenciones del mes de noviembre del año 2023, factura recibida el 01 del mes de diciembre de 2023 en la oficina de central de cuentas.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (134) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (25) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

2. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El supervisor del contrato emitirá el respectivo Recibido a Satisfacción Técnico – Económico del contrato.
La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 pagará el valor del contrato al Oferente en la ciudad de Cali, mensualmente, dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a la presentación de la factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única de la oficina central de cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, dentro de los primeros cinco (05) días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. El RECIBO A SATISFACCIÓN (RAS) expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes.

Una vez radicada la factura por parte del Oferente, el Coordinador de la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, deberá remitir la cuenta al Supervisor del Contrato, quien dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico y devolverla junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite correspondiente.

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

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

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

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

"ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.".

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

La radicación de la facturación Impresa de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con:

- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La facturación debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada al lado izquierdo, máximo 250 folios y 50 facturas por paquete o envío, hojas alineadas, 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. La facturación no debe tener ganchos metálicos de cosedora ni papel carbón.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Oferente no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

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

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.

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

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.
Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

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

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente.

La atención del evento adverso entendido como "el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño en el paciente" será asumido por el prestador una vez agotado el debido proceso (Comité de seguridad de paciente extra institucional, Protocolo de Londres).

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 (el cual puede ser en el formato que el Oferente maneje ajustado a lo normado).

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.

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.

En el caso que el contratista haya cambiado de representante legal, además de la documentación anterior, se debe anexar certificado de representación legal expedido por la autoridad correspondiente, donde esté estipulada la nueva representación, así como la fotocopia de la cédula de ciudadanía de éste.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
CUENTA No. 88100013550
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA

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	$ 52.000.000	100%
Valor total de las entregas	$ 43.082.391	97%
Valor total facturado	$ 1.135.609	3%
Valor facturado pendiente de pago	$ 1.135.609	3%
Valor pagado	$ 50.864.391	97%
Valor pendiente de entrega	$ 0	0%

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
011	$ 833.609	20/11/2023	$ 833.609	6907	$ 833.609	$ 0	consultar SECOP II o Tesorería unidad
012	$ 302.000	01/12/2023	$ 302.000	7107	$ 302.000	$ 0	consultar SECOP II o Tesorería unidad

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

3. 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 ha sido resolutivos en los requerimientos que se han hecho al contratista frente a la atención en servicios médicos.

4. 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_____

Patrullera VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS
Responsable Talento Humano UPRES NARIÑO
Supervisor Contrato No. 66-7-20041-23
Correo electrónico: Viviana.cardenas4095@correo.policia.gov.co
No. Celular:3177387918

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 24 de noviembre de 2023
Unidad:	REGION DE ASEGURAMIENTO No. 4
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-7-20041-23
Constancia de recibido No.	**11**
Contratista:	UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
NIT del contratista:	NIT. 901243673-8
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIATRIA; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONALEN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TECNICA Y CIENTIFICAMENTEEN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL). Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO No 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2002, QUE SEAN APROBADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN- BOGOTA DC,O AQUELLOS APARADOS 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:	$ 35.000.000 TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS
Plazo de ejecución:	DEL 17 DE ABRIL DE 2023 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	PT. VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS Responsable de Talento Humano
Fecha de entrega certificada:	Noviembre
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023.	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
Regi. 4	16	Servicios de Salud	$ 833.609	$ 833.609	$ 0	$ 833.609

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
FEUF58551	1/11/2023	46.000	0	46.000
FEUF58564	2/11/2023	520.000	0	520.000
FEUF58623	2/11/2023	46.000	0	46.000
FEUF58688	3/11/2023	46.000	0	46.000
FEUF58708	3/11/2023	46.000	0	46.000
FEUF58729	4/11/2023	46.000	0	46.000
FEUF58771	7/11/2023	46.000	0	46.000
FEUF58873	8/11/2023	37.609	0	37.609
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$833.609**	**$ 0**	**$833.609**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.
De igual forma solicito se tramite cuenta con compromiso QUPU 529 y compromiso SIFF 66223

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	SI	CUMPLE

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

PT. **VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS**
Supervisora Contrato No. 66-7-20041-23

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

Radicado GECOP No.

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No. 6907 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 529

No. CONTRATO: 66-7-20041123

FECHA DE RECIBIDO : 20-11-2023

VALOR PAGO: 833.609

NUMERO DE RADICADO SIIF:

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: 0

CONTRATISTA: Unidad de Fisrealiza

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: CONO 10

NIT DEL CONTRATISTA: 901243673

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) 66223
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ✓
6. FACTURA ORIGINAL: ✓
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: ____ ✓
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): N/A
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP — N/A
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP — N/A
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. — N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP — N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. — N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ✓

OBSERVACIONES : ____

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

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

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

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

SI_____ **NO**_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

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

20/11/2023 18:23:10
Programa CPMRSIPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
6907	RADICADA	20/11/2023	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	58551	01/11/2023	46,000.00
DENAR	58564	02/11/2023	520,000.00
DENAR	58623	02/11/2023	46,000.00
DENAR	58688	03/11/2023	46,000.00
IAR	58708	03/11/2023	46,000.00
DENAR	58729	04/11/2023	46,000.00
DENAR	58771	07/11/2023	46,000.00
DENAR	58873	08/11/2023	37,609.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	529	2023	833,609.00

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

Factura 10

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA UNIDAD DE FISIATRIA NIT 901243673 PARA PAGO POR CONTRATO N° 068-7-20041-23

No. RADICACION 6907 DEL 20 DE NOVIEMBRE DE 2023, ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS.CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	FEUF58551	01/11/2023	17/10/2023	ANDRES BOTINA ACHICANOY	1.085.331.308	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	22/11/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FEUF58564	02/11/2023	18/10/2023	YEISON MELO LOPEZ	1.089.289.168	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES +	520.000	22/11/2023	0	N/A	520.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FEUF58623	02/11/2023	13/10/2023	EDINSON PANTOJA HUERTAS	94.416.750	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	22/11/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FEUF58688	03/11/2023	18/10/2023	ENRIQUE FAJARDO BASTIDAS	5.197.550	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	22/11/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FEUF58708	03/11/2023	04/10/2023	MARIA MONCAYO DE TREJO	27.057.501	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	22/11/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FEUF58729	04/11/2023	09/10/2023	MARINO HURTADO HERNANDEZ	12.800.046	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	22/11/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FEUF58771	07/11/2023	12/10/2023	JHON ROJAS JOJOA	1.086.133.358	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	22/11/2023	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FEUF58873	08/11/2023	18/10/2023	JHON MAFLA CASTRO	1.085.941.381	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	37.609	22/11/2023	0	N/A	37.609	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							833.609		**0**		**833.609**		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACION:	901243673
NOMBRE O RAZON SOCIAL:		UNIDAD DE HISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS	
CIUDAD/MUNICIPIO	PASTO	DEPARTAMENTO:	NARIÑO
DIRECCIÓN:	CARRERA 33 # 20 - 27 EDIFICIO V1501 PISO	TELEFONO:	7220595
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN.	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7903623394	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	noviembre	AÑO 2023
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/11/09	NUMERO AUTORIZACION			267484997

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS			FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA		COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	16	$ 3.388.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.388.700	$ 0	$ 3.388.700
230201	230201 - PROTECCION	2	$ 831.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 831.000	$ 0	$ 831.000
25-14	25-14 COLPENSIONES	9	$ 2.325.500	$ 0	$ 0	$ 24.700	$ 24.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.374.900	$ 0	$ 2.374.900
SUBTOTALES:											**$ 6.594.600**	**$ 0**	**$ 6.594.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 139.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 139.200	$ 0	$ 0	$ 139.200
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S	7		$ 0		$ 0		$ 0	$ 328.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 328.800	$ 0	$ 0	$ 328.800
EPS017	EPS017-FAMISANAR	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 148.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 148.700	$ 0	$ 0	$ 148.700
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	15		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.073.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.073.000	$ 0	$ 0	$ 1.073.000
SUBTOTALES:													**$ 1.689.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.689.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	27		$ 0	$ 0		$ 0	$ 704.000	$ 704.000	$ 0	$ 0	$ 704.000
SUBTOTALES:									**$ 704.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 704.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF35	CCF35-CCF DE NARIÑO	27	$ 1.595.700	$ 0	$ 1.595.700
SUBTOTALES:			**$ 1.595.700**	**$ 0**	**$ 1.595.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VIP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1003191496	BABILONIA FLOREZ NOHEMI JULIETH	APRENDICES (ETAPA LECTIVA		$ 580.000				NO	20																	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 425.334	$ 53.200	$ 0	$ 53.200			$ 0		$ 0				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1064133473	CIRCULO RODRIGUEZ LEIDY TATIANA	DEPEND		$ 1.260.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.260.000	$ 201.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 201.600	ESSC18 - EMSSANA R S.A.S	30	$ 1.260.000	$ 50.400	$ 0	$ 50.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.260.000		$ 13.200	30	$ 1.260.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 50.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1004192303	ENRIQUEZ ROSERO MARIA ALEJANDRA	DEPEND		$ 3.803.624	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 3.803.624	$ 608.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 608.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.803.624	$ 152.200	$ 0	$ 152.200	14-25-COLMENA	30	$ 3.803.624		$ 39.800	30	$ 3.803.624	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 152.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1004214389	ROSERO MENESES ISABELA ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.390.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.390.000	$ 222.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 222.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.390.000	$ 55.600	$ 0	$ 55.600	14-25-COLMENA	30	$ 1.390.000		$ 14.600	30	$ 1.390.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 55.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1004410510	ESPAÑO BUCHELI CONSTANZA VALENTINE	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 26.300	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1007180219	GETIAL PUJAN AURA YAMILE	DEPEND		$ 812.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 12.200	30	$ 812.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 32.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1085265669	CUARTE TIMANA DIEGO ARMANDO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 26.300	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1085284211	ESPINOSA BACCA JONDY PATRICIA	DEPEND		$ 1.390.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.390.000	$ 222.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 222.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.390.000	$ 55.600	$ 0	$ 55.600	14-25-COLMENA	30	$ 1.390.000		$ 33.900	30	$ 1.390.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 55.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1085287063	DIAZ NARVAEZ ANGHY STEPHANY	DEPEND		$ 1.390.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.390.000	$ 222.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 222.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.390.000	$ 55.600	$ 0	$ 55.600	14-25-COLMENA	30	$ 1.390.000		$ 14.600	30	$ 1.390.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 55.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1085308245	ACHICANOY DE LEON BOTINA ANGELA CAROLINA	DEPEND		$ 1.390.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.390.000	$ 222.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 222.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.390.000	$ 55.600	$ 0	$ 55.600	14-25-COLMENA	30	$ 1.390.000		$ 33.900	30	$ 1.390.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 55.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1085120780	ARTEAGA SANTACRUZ WILMER ANDRES	DEPEND		$ 1.390.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.390.000	$ 222.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 222.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.390.000	$ 55.600	$ 0	$ 55.600	14-25-COLMENA	30	$ 1.390.000		$ 14.600	30	$ 1.390.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 55.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1085323874	HERNANDEZ BASTIDAS LEIDY VIVIANA	DEPEND		$ 1.405.000	FIJO			SI																01-30	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.479.734	$ 236.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.479.734	$ 59.200	$ 0	$ 59.200	14-25-COLMENA	30	$ 1.479.734		$ 36.100	30	$ 1.479.734	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 59.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901243673
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO	DEPARTAMENTO:	NARIÑO
DIRECCIÓN	CARRERA 33 # 20 - 27 EDIFICIO V1501 PISO	TELÉFONO	7220595
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades de la práctica medica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7903623394	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/11/09	NUMERO AUTORIZACIÓN:		267484997

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
13	CC 1085324831	ESPAÑA ACOSTA JUANITA MARLENE	DEPEND		$ 1.714.964	FIJO			SI																	
14	CC 1085329397	VELASQUEZ CHAMORRO DANNYA MELISSA	DEPEND		$ 831.334	FIJO			SI																	
15	CC 1085333903	ARCINIEGAS GUZMAN JUAN DIEGO	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			SI									01-30								
16	CC 1085335552	NASNER HIDALGO KAREN ALEXANDRA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
17	CC 1085335955	TOBAR SANTACRUZ CARLOS DAVID	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
18	CC 1085342907	VEGA PERAFAN DARLYN MADELEYN	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
19	CC 1085344006	BENITES CALPA SILVIA CAMILA	DEPEND		$ 1.150.000	FIJO			SI																	
20	CC 1087026484	CHAMORRO BENAVIDES ANA CRISTINA	DEPEND		$ 797.872	FIJO			SI									01-30								
21	CC 1087674269	PANTOJA CASTRO EDER JESUS	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
22	CC 1087960058	SANTANDER DELGADO JOHANA PAOLA	DEPEND		$ 1.260.000	FIJO			SI		31															
23	CC 1144141046	FLOREZ JIMENEZ YINNA VANESSA	DEPEND		$ 1.165.281	FIJO			SI																	
24	CC 27488301	ARAUJO RUIZ CLAUDIA JIMENA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
25	CC 36751996	BENAVIDES YELA MARIA DEL CARMEN	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
26	CC 37081081	SANTACRUZ MONTENEGRO JOHANNA	DEPEND		$ 4.928.153	FIJO			SI																	
27	CC 59835872	DELGADO ACHICANOY NANCY PATRICIA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	
28	CC 98400658	BERNAL WILSON HERNAN	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
13	230301-PORVENIR	30	$ 1.714.964	$ 274.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 274.400
14	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
15	230301-PORVENIR	30	$ 2.104.000	$ 336.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 336.700
16	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
17	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
18	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
19	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
20	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
21	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
22	230301-PORVENIR	30	$ 1.260.000	$ 201.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 201.600
23	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.165.281	$ 186.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 186.500
24	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
25	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
26	25-14 COLPENSIONES	30	$ 4.928.153	$ 788.600	$ 24.700	$ 24.700	$ 0	$ 0	Normal	$ 838.000
27	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600
28	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
13	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.714.964	$ 68.600	$ 0	$ 68.600	14-25-COLMENA	30	$ 1.714.964		$ 41.800
14	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 28.300
15	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.104.000	$ 84.200	$ 0	$ 84.200	14-25-COLMENA	30	$ 2.104.000		$ 51.300
16	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 28.300
17	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 12.200
18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 12.200
19	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 28.300
20	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 28.300
21	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 12.200
22	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.260.000	$ 50.400	$ 0	$ 50.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.260.000		$ 30.700
23	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.165.281	$ 46.700	$ 0	$ 46.700	14-25-COLMENA	30	$ 1.165.281		$ 28.400
24	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 28.300
25	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 28.300
26	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 4.928.153	$ 197.200	$ 0	$ 197.200	14-25-COLMENA	30	$ 4.928.153		$ 51.500
27	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 12.200
28	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.160.000		$ 12.200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
13	30	$ 1.714.964	CCF35-CCF DE NARINO	$ 68.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	30	$ 831.334	CCF35-CCF DE NARINO	$ 33.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	30	$ 2.104.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 84.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	30	$ 812.726	CCF35-CCF DE NARINO	$ 32.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	30	$ 1.260.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 50.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	30	$ 1.165.281	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	30	$ 4.928.153	CCF35-CCF DE NARINO	$ 197.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	30	$ 1.160.000	CCF35-CCF DE NARINO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 10.584.000

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	422192	Fecha Pre-Radicado	11/20/2023 11:14:12 AM
Nombre de la Entidad	UNIDAD DE FISIATRIA SAS	Vlr Ini de Cargue	[redacted]
Cantidad de Facturas Registradas	8	Vlr Fin de Cargue	$833,609.00
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

San Juan de Pasto, 20 de Noviembre de 2023

Unidad de Fisiatría
Contribuimos con tu Bienestar

CUENTA DE COBRO NO. 10

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

NIT. 805.022.186-6

DEBE A:

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

LA SUMA DE:

$ 833,609

OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS

Dal 6907
QUPN 529
Glit 66223
Excel 1705

POR CONCEPTO DE:

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA Y ESTUDIOS DE ELECTRODIAGNOSTICO EN LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2023

WILMER ANDRES ARTEAGA SANTACRUZ
LIDER DE FACTURACION Y CUENTAS

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO
AREA DE SANIDAD
CENTRAL DE CUENTAS
FECHA: 20-11-2023
RECIBE: IT Anaclopm

1

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS
RELACION DE FACTURAS POR EMPRESA
REGIONAL DE AEGURAMIENTO EN SALUD N 4

Factura	Fecha	No Historia	Admision	Paciente	Vr Neto
58551	01/11/2023	1085331308	161801	BOTINA ACHICANOY ANDRES ARTURO	46,000
58564	02/11/2023	1089289168	161814	MELO LOPEZ YEISON ARLEY	520,000
58623	02/11/2023	94416750	161878	PANTOJA HUERTAS EDINSON	46,000
58688	03/11/2023	5197550	161947	FAJARDO BASTIDAS ENRIQUE OLARTE	46,000
58708	03/11/2023	27057501	161970	MONCAYO DE TREJO MARIA DEL ROS/	46,000
58729	04/11/2023	12800046	161992	HURTADO HERNANDEZ MARINO OLIVE	46,000
58771	07/11/2023	1086133358	162037	ROJAS JOJOA JHON EIDER	46,000
58873	08/11/2023	1085941381	162143	MAFLA CASTRO JHON JAMES	37,609
TOTAL FACTURAS:	9				833,609

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 21 de diciembre de 2023
Unidad:	REGION DE ASEGURAMIENTO No. 4
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-7-20041-23
Constancia de recibido No.	**12**
Contratista:	UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
NIT del contratista:	NIT. 901243673-8
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN FISIATRIA; PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONALEN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TECNICA Y CIENTIFICAMENTEEN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL). Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO No 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2002, QUE SEAN APROBADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN- BOGOTA DC,O AQUELLOS APARADOS 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:	$ 35.000.000 TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS
Plazo de ejecución:	DEL 17 DE ABRIL DE 2023 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	IJ. JOSE LUIS ESCOBAR TIMANA Responsable de GUPAS
Fecha de entrega certificada:	Noviembre
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023.	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
Regi. 4	16	Servicios de Salud	$ 302.000	$ 302.000	$ 0	$ 302.000

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
FEUF60134	24/11/2023	302.000	0	302.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$302.000**	**$ 0**	**$302.000**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.
De igual forma solicito se tramite cuenta con compromiso QUPU 529 y compromiso SIFF 66223

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	**SI**	CUMPLE

	actualizada.		
4	El oferente deberá presentar certificado de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se reporte que cuentan con SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312 DEL 13 de febrero de 2019.	**SI**	CUMPLE

Jose Luis Escobar.

IJ. **JOSE LUIS ESCOBAR TIMANA**
Supervisor Contrato No. 66-7-20041-23 (E)

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: $302.000

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

TURNO No. 7107 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 529

FECHA DE RECIBIDO : 01-12-2023

NUMERO DE RADICADO SIIF:

CONTRATISTA: Unidad de Fisiatria

NIT DEL CONTRATISTA: 901249673

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) 66223

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES : ____

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

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

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

SI_____ NO_____

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

FIRMA _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____

NÚM. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

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

27/11/2023 11:22:37
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
7107	RADICADA	27/11/2023	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	60134	24/11/2023	302,000.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	529	2023	302,000.00

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

Fisiatria

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA UNIDAD DE FISIATRIA NIT 901243673 PARA PAGO POR CONTRATO N° 066-7-20041-23

No. RADICACION 7107 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2023. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS.CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	FEUF60134	24/11/2023	21/11/2023	OSCAR BASANTE MORA	87.070.026	**NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	302.000	05/12/2023	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							302.000		0		302.000		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por: