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- 103808 UPRES-GUSAP

San Juan de Pasto, 22 de Junio de 2024

Señor mayor
CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento de Salud No.4
Avenida 10N No. 16N-21 B/Granada
Cali (Valle del Cauca)

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato 66-7-200221-23 – 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:

Se notifica al señor Patrullero LUIS ALBERTO TERMAL PORTILLA, responsable SST UPRES NARIÑO, el contrato de apoyo terapéutico en CIREN ABA bajo No. 66-7-200221-23, entidad CIREN ABA.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 04**

GS-2023-181607-DENAR - Informe de supervisión DICIEMBRE 2023
GS-2024-022607-DENAR - Informe de supervisión CIREN ENERO 2024
GS-2024-042503-DENAR - Informe de supervisión CIREN FEBRERO 2024
GS-2024-064136-DENAR - Informe de supervisión CIREN MARZO 2024

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	66-7-200221-23
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN AYUDA TERAPEUTICA QUE INCLUYE VALORACION, TRATAMIENTO Y CONTROL INSTITUCIONAL Y DOMICILIARIO. PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE O TEMPORAL, USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR 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 O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Contratista	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA CIREN ABA SAS
Representante legal	ANA MILENA REYES SANTACRUZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	SESENTA MILLONES DE PESOS. $ 60.000.000,00
Valor adiciones del contrato u orden de compra	NO APLICA.
Valor total del contrato u orden de compra	SESENTA MILLONES DE PESOS. $ 60.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	CINCO (05) MESES
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	01/12/2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/04/2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA.
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA.
Adiciones	NO APLICA.
Modificatorios	NO APLICA.
Prorrogas	NO APLICA.
Otros	NO APLICA

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

1.1 Acciones adelantadas:

Para el mes de abril de la vigencia 2024, la entidad CIREN ABA, no presentó novedades con la cuenta de cobro.

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 Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	No presentaron Certificación de parafiscales
Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato	SI	Se verifica la presenta cuenta, encontrándose activa.
El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios.	SI	Se toma contacto con el área administrativa de la entidad CIREN, a fin de que se preste oportunamente el servicio.
El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato o del resorte administrativo a través del supervisor o Coordinador de contrato.	SI	Se mantiene constante comunicación con el área administrativa a fin de dar oportunidad en la prestación de los servicios de apoyo terapéutico.
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, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de referencia y contra referencia de UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO.	SI	Se cuenta con la linea 3015257926, a fin de gestionar la oportunidad en la prestación de servicios de salud, a fin de que los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, tengan un adecuado servicio.
El contratista se compromete a cargar la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II.	SI	Se verifica en la plataforma SECOP II el cargue del documento equivalente (cuenta de cobro)

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)		
EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 2003 del 2014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO incluyendo LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA	SI	Por parte de la empresa CIREN ABA, ha prestado a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, los servicios de apoyo terapéutica de manera oportuna.

SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE.		
Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.	SI	La entidad contratada mantiene al día sus permisos administrativos.
Deberá contar con personal idóneo responsable del proceso de referencia y Contra referencia y atención al usuario, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y ágil con la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO para el manejo de la prestación del servicio.	SI	Los servicios prestados a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, han sido efectivos.
EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,	SI	En coordinación con el área de referencia y contra referencia se mantiene un constante control de la cantidad de presupuesto gastado, a fin de generar los actos administrativos contractuales para adquirir adiciones.
La atención por consulta externa debe prestarse previa autorización expedida solamente por el Funcionario de Referencia y Contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, anexando copia del carné del usuario por ambas caras o constancia vigente, además copia de documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil.).Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné por trámite, pueden presentar constancia VIGENTE, expedida únicamente por las Oficinas de Talento Humano de los Comandos de Departamentos de Policía y Comandos de las Metropolitanas, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN).	SI	Se mantiene un estricto control con la asignación de servicios, siempre y cuando los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, presenten la documentación respectiva para la prestadora del mismo.
Todo cambio de horario de atención y/o lugar de prestación del servicio deberá ser notificado a la Jefatura de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO o al señor Supervisor de Contrato con un mínimo de 96 horas previas al cambio. 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	La comunicación continua entre supervisor y contratista ha permitido generar contratiempos con los usuarios que se reasignan citas.
Una vez ejecutado el 100% del contrato, el Contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante	SI	A través del área de referencia y contra referencia UPRES NARIÑO, se controla la cantidad de presupuesto gastado, a fin de no prestar el servicio en relación.
El oferente deberá disponer de los especialistas en cada área, personal profesional de salud con experiencia, personal de apoyo técnica asistencial y administrativo que le permitirá dar cumplimiento al objeto del presente contrato	SI	El talento humano de la empresa CIREN ABA, ha permitido abarcar las necesidades de los usuarios que requieren apoyo terapéutico.
EL DILIGENCIAMIENTO DE ALGÚN TIPO DE FORMATO INSTITUCIONAL bien sea para justificar medicamentos fuera del manual único de medicamentos, formatos en papel de seguridad para medicina laboral, justificación de prestaciones excepcionales, formatos de fármaco vigilancia JAMÁS	SI	Dentro del área de referencia y contra referencia existe capital humano, que permite coordinar y verificar este tipo de autorizaciones.

DERIVARA EN LA EXPEDICIÓN DE UNA NUEVA ORDEN DE SERVICIOS POR PARTE DEL CONTRATANTE. El diligenciamiento de estos formatos no deberá sobrepasar los cinco (5) días hábiles		
El contratista se obliga a **REMITIR todos los RIPS** de las atenciones a los usuarios de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, anexos a las cuentas de cobro y junto con los indicadores solicitados por la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO durante los cinco primeros días hábiles del mes y paralelamente a los correos electrónicos alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co Además se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro.	SI	Por parte de la empresa CIREN ABA, durante los 05 primeros de cada mes, radica en el área de contratos de la UPRES NARIÑO, las cuentas respectivas a fin de generar contra tiempos.

2.1 NOVEDADES SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el mes de Abril, por parte de la entidad CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA CIREN ABA SAS presento una cuenta de cobro, así: Cuenta de Cobro No. 5 mes de Abril /2024 por un valor de $ 6.843.407 de acuerdo a auditoría de cuentas medicas de la unidad no presenta glosa; por lo anterior para el mes de Abril valor facturado: $ 6.843.407, 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. 5 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 (123) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (27) días calendario para que finalice el plazo de ejecución de 150 días.

4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 pagará el valor del contrato al CONTRATISTA 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.

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.

El CONTRATISTA y posterior CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se obliga a cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 053 del 01 de diciembre de 2020 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de Marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de Mayo de 2020".

NOTA: Las facturas que se radiquen por fuera del término anteriormente señalado se entenderán como radicadas en el mes siguiente. Para mayor información al respecto, se podrá comunicar a la línea telefónica No. 6605795, Oficina Central de Cuentas.

PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4:
Una vez radicada la factura por parte del CONTRATISTA, 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 CONTRATISTA, 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 y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con:

- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen. La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el CONTRATISTA no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

  En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 o Policía Nacional, según sea el origen del usuario beneficiado.
Discriminado de la factura.
Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo 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.

PLATAFORMA SECOP II
El CONTRATISTA 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: CIREN ABA SAS
CUENTA No. 466648870
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DE BOGOTA

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	$ 60.000.000,00	100,0%
Valor total de las entregas	$ 53.156.593,00	88,6%
Valor total facturado	$ 53.156.593,00	88,6%
Valor facturado pendiente de pago	$ 6.843.407,00	11,4%
Valor pagado	$ 46.313.186,00	77%
Valor pendiente de entrega	$ 00	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
72-REGIONAL-0424	$ 6.843.407	01/04/2024 AL 30/04/2024	$ 6.843.407	01	$$ 6.843.407	0	consultar SECOP II o Tesoreria unidad

4.2 Entrada de Bienes *(NO 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 ha sido resolutivo en los requerimientos que se le han hecho frente a la prestación del servicio a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Nariño.

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: María Huertas

Patrullera **MARIA FERNANDA HUERTAS GOMEZ**
Responsable archivo UPRES DENAR (E)
Supervisora contrato 66-7-200221-23
Correo electrónico: maria.huertasg@correo.policia.gov.co
Celular: 3182542791

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 22 de Junio de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	066-7-200221-23
Constancia de recibido No.	N° 70-REGIONAL-0324-02
Contratista:	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA CIREN ABA SAS
NIT del contratista:	NIT. 900632798-5
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN AYUDA TERAPEUTICA QUE INCLUYE VALORACION, TRATAMIENTO Y CONTRCL INSTITUCIONAL Y DOMICILIARIO. PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE O TEMPORAL, USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR 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 O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCIÓN 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:	$ 60.000.000 - SESENTA MILLONES DE PESOS.
Plazo de ejecución:	01 de diciembre de 2023 al 30 de abril de 2024 o hasta agotar el valor de presupuesto.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	San Juan de Pasto
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Patrullero LUIS ALBERTO TERMAL PORTILLA Responsable SGSST UPRES NARIÑO
Fecha de entrega certificada:	Mayo de 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	Unidad: RASES 4 / Recurso: 16 / Descripción del bien o servicios recibidos: Servicios de Salud / Valor recibido: $ 6.843.407 / Valor Facturado: $ 6.843.407 / Valor amortizar y/o descontar: 0 / Valor a pagar: $ 6.843.407
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
31131	3/05/2024	199.090	0	199.090
31132	3/05/2024	159.272	0	159.272
31133	3/05/2024	159.272	0	159.272
31134	3/05/2024	159.272	0	159.272
31135	3/05/2024	768.000	0	768.000
31136	3/05/2024	768.000	0	768.000
31137	3/05/2024	768.000	0	768.000
31138	3/05/2024	480.000	0	480.000
31139	3/05/2024	480.000	0	480.000
31140	3/05/2024	480.000	0	480.000
31141	3/05/2024	240.000	0	240.000
31142	3/05/2024	71.229	0	71.229
31143	3/05/2024	159.272	0	159.272
31144	3/05/2024	800.000	0	800.000
31145	3/05/2024	384.000	0	384.000
31146	3/05/2024	384.000	0	384.000
31147	3/05/2024	384.000	0	384.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**6.843.407**	**0**	**6.843.407**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas. De igual forma solicito se Tramite cuenta con Compromiso QUIPU 838 y Compromiso SIIF 8924.

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

Atentamente,

María Huertas

Patrullero **MARIA FERNANDA HUERTAS GOMEZ**
Responsable SGSST UPRES NARIÑO
Supervisor contrato (E) No. 066-7-200221-23 – CIREN ABA

It Angie López
22/06/24

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR

CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA

POLICIA NACIONAL

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA CIREN NIT 900632798 PARA PAGO POR CONTRATO N° 66-7-20221-23

No. RADICACION 2492 DEL 06 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	31131	03/05/2024	04/03/2024	BRAYAN CABRERA CABRERA	1086019321	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE: EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA	199.090	17/06/2024	0	N/A	199.090	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	31132	03/05/2024	01/03/2024	MAXIMO CAMPOS ESCOBAR	1112166065	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL INCLUYE EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA	159.272	17/06/2024	0	N/A	159.272	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	31133	03/05/2024	01/03/2024	MAXIMO CAMPOS ESCOBAR	1112166065	TERAPIA FISICA INTEGRAL	159.272	17/06/2024	0	N/A	159.272	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	31134	03/05/2024	01/03/2024	MAXIMO CAMPOS ESCOBAR	1112166065	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	159.272	17/06/2024	0	N/A	159.272	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	31135	03/05/2024	09/04/2024	MARIA LOPEZ CERON	1030023772	TERAPIA FISICA INTEGRAL	768.000	17/06/2024	0	N/A	768.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	~~31136~~	~~03/05/2024~~	~~09/04/2024~~	~~MARIA LOPEZ CERON~~	~~1030023772~~	~~ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +~~	~~768.000~~	~~17/06/2024~~	~~0~~	~~N/A~~	~~768.000~~	~~SIN MOTIVO DE GLOSA~~	~~N/A~~
7	31137	03/05/2024	09/04/2024	MARIA LOPEZ CERON	1030023772	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	768.000	17/06/2024	0	N/A	768.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	31138	03/05/2024	22/03/2024	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1030024208	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	480.000	17/06/2024	0	N/A	480.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	31139	03/05/2024	22/03/2024	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1030024208	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	480.000	17/06/2024	0	N/A	480.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	31140	03/05/2024	22/03/2024	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1030024208	TERAPIA FISICA INTEGRAL	480.000	17/06/2024	0	N/A	480.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	31141	03/05/2024	08/02/2024	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1030024208	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	240.000	17/06/2024	0	N/A	240.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	31142	03/05/2024	31/01/2024	YRAIDA ORDOÑEZ OTAYA	27143153	**ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	71.229	17/06/2024	0	N/A	71.229	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	31143	03/05/2024	09/04/2024	MATHIAS ROSERO PABON	1081063349	TERAPIA FISICA INTEGRAL	159.272	17/06/2024	0	N/A	159.272	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	~~31144~~	~~03/05/2024~~	~~09/04/2024~~	~~DIANA SAMANIEGO ROSERO~~	~~1085334289~~	~~**ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)~~	~~800.000~~	~~17/06/2024~~	~~0~~	~~N/A~~	~~800.000~~	~~SIN MOTIVO DE GLOSA~~	~~N/A~~
15	31145	03/05/2024	10/01/2024	CLAUDIA VIVEROS ESTRELLA	1115089455	TERAPIA FISICA INTEGRAL	384.000	17/06/2024	0	N/A	384.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
16	31146	03/05/2024	10/01/2024	CLAUDIA VIVEROS ESTRELLA	1115089455	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	384.000	17/06/2024	0	N/A	384.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
17	31147	03/05/2024	10/01/2024	CLAUDIA VIVEROS ESTRELLA	1115089455	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	384.000	17/06/2024	0	N/A	384.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							6.843.407		**0**		**6.843.407**		

Elaborado Por:

ORTOPEDISTA ANDREA ERAZO ROSERO

Revisado 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. 2173 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN):

No. CONTRATO:

FECHA DE RECIBIDO :

VALOR PAGO:

NUMERO DE RADICADO SIIF:

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

CONTRATISTA:

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

NIT DEL CONTRATISTA:

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

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

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

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

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO 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:

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

ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS

PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS

POLICÍA NACIONAL

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: _____

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

09/05/2024 08:31:33
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Numero	Estado	Fecha	Nit	Descripción
2492	RADICADA	08/05/2024	900632798	CIREN ABA S.A.S.

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
NAR	31131	03/05/2024	199,090.00
DENAR	31147	03/05/2024	384,000.00
DENAR	31133	03/05/2024	159,272.00
DENAR	31134	03/05/2024	159,272.00
DENAR	31135	03/05/2024	768,000.00
DENAR	31136	03/05/2024	768,000.00
DENAR	31137	03/05/2024	768,000.00
DENAR	31138	03/05/2024	480,000.00
DENAR	31139	03/05/2024	480,000.00
DENAR	31140	03/05/2024	480,000.00
DENAR	31141	03/05/2024	240,000.00
DENAR	31142	03/05/2024	71,229.00
DENAR	31143	03/05/2024	159,272.00
DENAR	31144	03/05/2024	800,000.00
DENAR	31145	03/05/2024	384,000.00
DENAR	31146	03/05/2024	384,000.00
DENAR	31132	03/05/2024	159,272.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	838	2023	6,843,407.00

CUENTA DE COBRO 72_REGIONAL_0424

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

INFORMACION DEL PRESTADOR:	
NOMBRE:	CIREN ABA SAS
NIT:	900632798 - 5
DIRECCIÓN:	CARRERA 29 N°19-45 B/ LAS CUADRAS
TELEFONO:	7226557 - 3023195352
SITIO WEB:	WWW.CIRENABA.COM
E-MAIL:	cirenaba@hotmail.com

PERIODO FACTURADO	
PERIODO:	**ABRIL/2024AUDITORIA**
PLAN_BENEFICIOS	**POS**

CIREN
Centro Integral de Rehabilitación y Educación Neurológica
WWW.CIRENABA.COM

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

RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS: CUENTA DE COBRO 72_REGIONAL_0424

FACTURA Nº FE	TIPO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	Nº AUTORIZACIÓN	CUPS	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS	CANT	VALOR PAGADO USUARIO	VALOR TOTAL	FECHA DE EXPEDICION FACTURA.
31131	CC	REG-1086019321	CABRERA CABRERA BRAYAN CAMILO	7098193	938303	SESION TERAPIA OCUPACIONAL	10	0	199090	3/05/2024
31132	RC	REG-1112166065	CAMPOS ESCOBAR MAXIMO	7086517	938303	SESION TERAPIA OCUPACIONAL	8	0	159272	3/05/2024
31133	RC	REG-1112166065	CAMPOS ESCOBAR MAXIMO	7086377	931001	SESION TERAPIA FISICA	8	0	159272	3/05/2024
31134	RC	REG-1112166065	CAMPOS ESCOBAR MAXIMO	7086514	937000	SESION TERAPIA LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGÍA	8	0	159272	3/05/2024
31135	RC	R-1030023772	LOPEZ CERON MARIA JOSE	7322209	931001	SESION TERAPIA FISICA DOMICILIARIA	32	0	768000	3/05/2024
31136	RC	R-1030023772	LOPEZ CERON MARIA JOSE	7322205	890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA	32	0	768000	3/05/2024
31137	RC	R-1030023772	LOPEZ CERON MARIA JOSE	7322187	937000	SESION DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA	32	0	768000	3/05/2024
31138	RC	R-1030024208	MUÑOZ JULIO SANTIAGO	7228946	937000	SESION DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA	20	0	480000	3/05/2024
31139	RC	R-1030024208	MUÑOZ JULIO SANTIAGO	7229055	890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA	20	0	480000	3/05/2024
31140	RC	R-1030024208	MUÑOZ JULIO SANTIAGO	7229006	931001	SESION TERAPIA FISICA DOMICILIARIA	20	0	480000	3/05/2024
31141	RC	R-1030024208	MUÑOZ JULIO SANTIAGO	6916945	937000	SESION DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA	10	0	240000	3/05/2024
31142	CC	R-27143153	ORDOÑEZ OTAYA YRAIDA RUTH	6851461	940701	ADMINISTRACION (APLICACIÓN) DE PREUBA NEUROPSICOLOGICA (CUELAQUIER TIPO) (CADA	1	0	80000	3/05/2024
31143	RC	R-1081063349	ROSERO PABON MATHIAS ALEJANDRO	7322217	931001	SESION TERAPIA FISICA	8	0	159272	3/05/2024
31144	CC	R-1085334289	SAMANIEGO ROSERO DIANA CAMILA	7322413	940701	ADMINISTRACION (APLICACIÓN) DE PREUBA NEUROPSICOLOGICA (CUELAQUIER TIPO) (CADA	10	0	800000	3/05/2024
31145	CC	R-1115089455	VIVEROS ESTRELLA CLAUDIA VANESSA	6677784	931001	SESION TERAPIA FISICA DOMICILIARIA	16	0	384000	3/05/2024
31146	CC	R-1115089455	VIVEROS ESTRELLA CLAUDIA VANESSA	6677767	937000	SESION DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA	16	0	384000	3/05/2024
31147	CC	R-1115089455	VIVEROS ESTRELLA CLAUDIA VANESSA	6677790	890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA	16	0	384000	3/05/2024

FACTURA Nº FE	TIPO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	Nº AUTORIZACIÓN	CUPS	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTOS	CANT	VALOR PAGADO USUARIO	VALOR TOTAL	FECHA DE EXPEDICION FACTURA

ANA MILENA REYES SANTACRUZ
REPRESENTANTE LEGAL CIREN ABA SAS
C.C 1085250972
TEL: 7226557 - 3023195352
CARRERA 29 N° 19-45 B/ LAS CUADRAS

CIREN	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA - CIREN ABA SAS	VERSION 1 DE 2014
	NIT: 900632798 - 5	PAGINA 1 DE 1
	CUENTA DE COBRO	

CUENTA DE COBRO Nº 72_REGIONAL_0424

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 4 _NIT 805022186-6			
INFORMACION DEL PRESTADOR:			
NOMBRE:	CIREN ABA S.A.S.	NIT:	900632798 - 5
DIRECCIÓN:	CARRERA 29 Nº 19-45 B/ LAS CUADRAS	TELEFONO:	7226557 - 3023195352
PERIODO FACTURADO:	ABRIL/2024AUDITORIA		

CUPS	CONCEPTO	CANT	V/U	V/TOTAL
940701	ADMINISTRACION (APLICACIÓN) DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUELAQUIER TIPO) (CADA UNA)	11	$80.000,00	$880.000,00
937000	SESION DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA	78	$24.000,00	$1.872.000,00
931001	SESION TERAPIA FISICA	16	$19.909,00	$318.544,00
931001	SESION TERAPIA FISICA DOMICILIARIA	68	$24.000,00	$1.632.000,00
937000	SESION TERAPIA LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGÍA	8	$19.909,00	$159.272,00
938303	SESION TERAPIA OCUPACIONAL	18	$19.909,00	$358.362,00
890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA	68	$24.000,00	$1.632.000,00

VALOR TOTAL FACTURADO	**$6.852.178,00**
VALOR COPAGOS	**$0,00**
VALOR DESCUENTOS	**$8.771,00**
VALOR NETO A PAGAR POR: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SAL	**$6.843.407,00**
VALOR EN LETRAS:	
SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS M/CTE	

ANA MILENA REYES SANTACRUZ
REPRESENTANTE LEGAL IPS CIREN ABA SAS

EPS REGIONAL MES_FACTURADO ABRIL/2024AUDIT PLAN_BENEFICIOS POS

CIREN	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION Y EDUCACION NEUROLOGICA - CIREN ABA SAS	VERSION 1 DE 2014
	NIT: 900632798 - 5	PAGINA 1 DE 1
	CUENTA DE COBRO	

CUENTA DE COBRO Nº 72_REGIONAL_0424

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 4 _NIT 805022186-6			
INFORMACION DEL PRESTADOR:			
NOMBRE:	CIREN ABA S.A.S.	NIT:	900632798 - 5
DIRECCIÓN:	CARRERA 29 Nº 19-45 B/ LAS CUADRAS	TELEFONO:	7226557 - 3023195352
PERIODO FACTURADO:	ABRIL/2024AUDITORIA		

CUPS	CONCEPTO	CANT	V/U	V/TOTAL
940701	ADMINISTRACION (APLICACIÓN) DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	11	$80.000,00	$880.000,00
937000	SESION DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA	78	$24.000,00	$1.872.000,00
931001	SESION TERAPIA FISICA	16	$19.909,00	$318.544,00
931001	SESION TERAPIA FISICA DOMICILIARIA	68	$24.000,00	$1.632.000,00
937000	SESION TERAPIA LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGÍA	8	$19.909,00	$159.272,00
938303	SESION TERAPIA OCUPACIONAL	18	$19.909,00	$358.362,00
890113	SESION TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA	68	$24.000,00	$1.632.000,00

VALOR TOTAL FACTURADO	**$6.852.178,00**
VALOR COPAGOS	**$0,00**
VALOR DESCUENTOS	**$8.771,00**
VALOR NETO A PAGAR POR: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SAL	**$6.843.407,00**
VALOR EN LETRAS:	
SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS M/CTE	

ANA MILENA REYES SANTACRUZ
REPRESENTANTE LEGAL IPS CIREN ABA SAS

EPS REGIONAL MES_FACTURADO ABRIL/2024AUDIT PLAN_BENEFICIOS POS

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	486500	Fecha Pre-Radicado	5/3/2024 9:52:16 AM
Nombre de la Entidad	CIREN ABA SAS	Vlr Ini de Cargue	$6,843,407
Cantidad de Facturas Registradas	17	Vlr Fin de Cargue	$6,843,407.00
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

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 29638684
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2024-04-24

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	CIREN ABA SAS	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	900632798	D.V.	5	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CR 29 19 45	DEPARTAMENTO	NARINO	MUNICIPIO	PASTO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8692	CORREO ELECTRÓNICO	CIRENABA@HOTMAIL.COM	TELÉFONO	7226557
FAX	7226557	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1085250972	PRIMER APELLIDO	REYES	SEGUNDO APELLIDO	SANTACRUZ
PRIMER NOMBRE	ANA	SEGUNDO NOMBRE	MILENA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2024	Mes: 03	Año: 2024	Mes: 04	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
23		$29.575.000		29638684

SISTEMA DE INDICADORES DECALIDAD **PAGINA 1 DE 1**

IPS **IPS CIREN ABA SAS**
QUIEN REPORTA: **JIMY PORTILLA - COORDINACION TECNICA**
PERIODO: **abr-24**

CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	ESTANDAR	CONCLUSION	ANALISIS *
I.I- 15	**OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN TERAPIAS**	17	5,6	3	<5	LA OPORTUNIDAD DE LAS CITAS ES OPORTUNA, CASI INMEDIATA	EL TALENTO HUMANO DISPONIBLE, CORRESPONDE A LAS NECESIADES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA IPS
I.C.U-06	**PROPORCION DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS**	0	0	0	0%	NO SE PRESENTARON QUEJAS EN EL MES EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	NO SE PRESENTARON QUEJAS EN EL MES, LAS REUNIONES DE LOS PROFESIONALES RESUELVEN DUDAS DE LOS TRATAMIENTOS
I.C.U.-03	**TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL**	17	17	100%	100%	EL 100% DE USUARIO ENCUESTADOS SE ENCUENTRAN SATISFECHOS CON EL SERVICIO	ADOPCION DE MEDIDAS COSNSTRUCTIVAS PARA GARANTIZAR LA ATENCION DE USUARIOS DE MANERA OPORTUNA, EFICIENTE, LA DEDICACIÒN DE TIEMPO ESTABLECIDO PARA CADA PACIENTE, LA SUPERVISION Y EDUCACIÒN CONTINÙA DEL USUARIO Y SU ACUDIENTE.
I.C.U-05	**PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS**	0	0	0	80%	NO SE PRESENTA EVENTOS ADVERSOS EN LA INSTITUCION	NO SE PRESENTA EVENTOS ADVERSOS.
II-16	**NIVEL DE COBERTURA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA UNIDAD DE TERAPIAS**	17	17	100%	80%	TODOS LOS USUARIOS QUE INGRESAN POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO PRESENTAN EN SU HISTORIA CLINICA CONSENTIMIENTO INFORMADO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO.	HAY CUMPLIMIENTO TOTAL EN ESTE INDICADOR EVIDENCIANDO LA EFICIENCIA DEL PERSONAL DE ENCARGADO DE ESTE PROCESO.