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- 093427 - DENAR UPRES-JEFAD

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, de 19 de junio 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. **66-7-20217-23 mes de abril**

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:
Mediante comunicación oficial número 0448/AREAD-GRUCO del 22 de noviembre 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: 5**

No.	RADICADO GEPOL	FECHA DE PRESENTACION	PERIODO REPORTADO
1	GS-2024-102408-DENAR	04/07/2024	23/11/2023-30/11/2023
2	GS-2024-036811-DENAR	09/03/2024	01/12/2023-31/12/2023
3	GS-2024-036829-DENAR	09/03/2024	01/01/2024-31/01/2024
4	GS-2024-042041-DENAR	19/03/2024	01/02/2024-29/02/2024
5	GS-2024-068924-DENAR	06/05/2024	01/03/2024-31/03/2024

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20217-23**
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	**$31.500.000 TREINTA Y UN MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS** Siendo así: para la vigencia 2023: $4.000.000.00 Para la vigencia 2024: $27.500.000
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**N/A**
Valor total del contrato u orden de compra	**$31.500.000 TREINTA Y UN MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS** Siendo así: para la vigencia 2023: $4.000.000.00 Para la vigencia 2024: $27.500.000
Plazo de ejecución inicial	DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 2023 HASTA EL 31 DE MAYO DEL 2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**23/11/2023**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**31/05/2024**
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**N/A**
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**N/A**
Adiciones	**MEDIANTE OFICIO NUMERO GS-2024-045035-DENAR DE FECHA 23-03-2024 DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR EL JEFE DE LA UPRES DENAR SE SOLICITA REALIZAR ACTA MODIFICATORIA 002 AL CONTRATO 66-7-20217-23 EN SENTIDO DE ADICIONAR EL VALOR DE CONTRATO $10.000.000 PARA VIGENCIA 2024 QUEDANDO COMO NUEVO VALOR DE $31.500.000 Y PRORROGAR 01 MES**

	QUEDANDO UN NUEVO PLAZO DE 06 MESES Y 07 DÍAS, LA NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO ES EL 31/05/2024 NECESARIOS PARA CONTINUAR CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA NUESTROS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL
Modificatorios	N/A
Prorrogas	01 MES QUEDANDO UN NUEVO PLAZO DE 06 MESES Y 07 DÍAS, LA NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO ES EL 31/05/2024
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 noviembre 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. 7924366707 del 02/05/2024

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 abril, que cumpla con la presente condición
El contratista dispondrá de una persona encargada de la coordinación del contrato, con una linea telefonica 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 abril no se presentaron situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.
2. Se entregan factura número 130 de atenciones del mes de abril del año 2024, factura recibida el 07 del mes de mayo de 2024 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 (137) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (0) 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 auditoria 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 polimero quimicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las caracteristicas 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 auditoria 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 Cientifico 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 Cientifico 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	$ 31.500.000	100%
Valor total de las entregas	$20.740.000	66%
Valor total facturado	$ 3.200.000	10%
Valor facturado pendiente de pago	$ 3.200.000	10%
Valor pagado	$20.740.000	66%
Valor pendiente de entrega	$7.560.000	24%

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
005	$ 3.200.000	07/05/2024	$ 3.200.000	130	$ 3.200.000	$ 0	consultar SECOP II o Tesoreria 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 juridicas 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. 66-7-20217-23
Correo electrónico: Viviana.cardenas4095@correo.policia.gov.co
No. Celular:3177387918

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 19 de junio de 2024
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.	66-7-200217-23
Constancia de recibido No.	**5**
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:	VIGENCIA 2023: $ 4.000.000 CUATRO MILLONES DE PESOS VIGENCIA 2024: $ 27.500.000 VEINTISIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS
Plazo de ejecución:	DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2023 HASTA EL 31 DE MAYO DEL 2024
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:	abril 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	
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	$ 3.200.000	$ 3.200.000	$ 0	$ 3.200.000

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor Neto
FEUF68088	1/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68116	1/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68127	1/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68176	2/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68193	2/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68240	2/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68252	2/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68321	3/04/2024	302.000	0	302.000
FEUF68353	4/04/2024	270.000	0	270.000
FEUF68882	11/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68884	11/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68885	11/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68952	12/04/2024	46.000	0	46.000

FEUF68965	12/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF68987	12/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69025	13/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69093	15/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69095	15/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69149	15/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69269	16/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69343	17/04/2024	408.000	0	408.000
FEUF69603	22/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69758	23/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69825	24/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69851	24/04/2024	46.000	0	46.000
FEUF69963	25/04/2024	302.000	0	302.000
FEUF70104	27/04/2024	302.000	0	302.000
FEUF70107	27/04/2024	302.000	0	302.000
FEUF70191	29/04/2024	302.000	0	302.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$3.200.000**	**$ 0**	**$3.200.000**

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 QUIPU 130 y compromiso SIFF 33924

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

PT. VIVIANA CRISTINA CARDENAS BOLAÑOS
Supervisor Contrato No. 66-7-200217-23

IT Angie López
19/06/24

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. (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. NUMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 33924

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. NUMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN:	N/A	
9. NUMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN):	N/A	
10. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP		N/A
11. ACTA DE ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES PUBLICADOS EN SECOP		N/A
12. COPIA DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION ICC, CONTRATOS DE OBRA		N/A
13. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS PUBLICADO EN SECOP		N/A
14. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP		N/A
15. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL) (PARAGRAFO 2 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009).		✓

OBSERVACIONES :

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

FIRMA :

NOMBRES, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA:

CARGO:

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 16:15:28
Programa CPMRSPRD V.5000

adicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
27	RADICADA	09/05/2024	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

acturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
ENAR	68088	01/04/2024	46,000.00
ENAR	68116	01/04/2024	46,000.00
ENAR	681127	01/04/2024	46,000.00
ENAR	68176	02/04/2024	46,000.00
ENA	68193	02/04/2024	46,000.00
ENAR	68240	02/04/2024	46,000.00
ENAR	68252	02/04/2024	46,000.00
ENAR	68321	03/04/2024	302,000.00
ENAR	68353	04/04/2024	270,000.00
ENAR	68884	11/04/2024	46,000.00
ENAR	68885	11/04/2024	46,000.00
ENAR	68882	11/04/2024	46,000.00
ENAR	68952	12/04/2024	46,000.00
ENAR	68965	12/04/2024	46,000.00
ENA	68987	12/04/2024	46,000.00
ENAR	69025	13/04/2024	46,000.00
ENAR	69095	15/04/2024	46,000.00
ENAR	69149	15/04/2024	46,000.00
ENAR	69093	15/04/2024	46,000.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	130	2024	3,200,000.00

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

adicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
27	RADICADA	09/05/2024	901243673	UNIDAD DE FISIATRIA SAS

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
ENAR	69269	16/04/2024	46,000.00
ENAR	69343	17/04/2024	408,000.00
ENAR	69603	22/04/2024	46,000.00
ENAR	69758	23/04/2024	46,000.00
ENAR	69851	24/04/2024	46,000.00
ENA	69825	24/04/2024	46,000.00
ENAR	69963	25/04/2024	302,000.00
ENAR	70104	27/04/2024	302,000.00
ENAR	70107	27/04/2024	302,000.00
ENAR	70191	29/04/2024	302,000.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	130	2024	3,200,000.00

Página 1 de 1 Codigo: SAR-FIN-F026 Fecha: 14-12-2012 Vers. No. 2	PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO: CUENTAS POR PAGAR CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	POLICIA NACIONAL

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA UNIDAD DE FISIATRIA NIT 901243673 PARA PAGO POR CONTRATO Nº 066-7-200217-23

Nº RADICACION 2527 DEL 07 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	FEUF68088	01/04/2024	13/02/2024	KEVIN VILLOTA NIÑO	1.014.270.174	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FEUF68116	01/04/2024	22/01/2024	ERIK QUETAMA PARRA	1.075.214.475	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FEUF68127	01/04/2024	29/02/2024	HUGO PRADO CANCHALA	98.397.399	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FEUF68176	02/04/2024	08/02/2024	EDWIN GOMEZ JIMENEZ	1.085.256.031	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FEUF68193	02/04/2024	12/03/2024	MARTHA GOMEZ CADENA	30.726.265	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FEUF68240	02/04/2024	21/03/2024	MANUEL ARAUJO GOMEZ	1.829.560	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FEUF68252	02/04/2024	13/02/2024	ERICK CERON RUIZ	1.085.299.797	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FEUF68321	03/04/2024	13/02/2024	FRANCISCO QUINTERO ORDOÑEZ	12.996.413	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL ONDAS	302.000	17/06/2024	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	FEUF68353	04/04/2024	28/02/2024	MARIBEL ORTEGA NASPIRAN	30.734.629	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS	270.000	17/06/2024	0	N/A	270.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	FEUF68882	11/04/2024	29/02/2024	JUAN BENAVIDES CHIRAN	1.085.313.301	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	FEUF68884	11/04/2024	14/02/2024	AMANDA SANCHEZ	59.814.975	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	FEUF68885	11/04/2024	14/02/2024	MAURA FUERTES DE MUÑOZ	30.706.647	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	FEUF68952	12/04/2024	12/02/2024	EDWARD ANDRADE CORDOBA	1.084.223.787	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	FEUF68965	12/04/2024	19/01/2024	SARI LESMES JIMENEZ	14.227.596	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
15	FEUF68987	12/04/2024	14/03/2024	JESUS MARTINEZ BASTIDAS	87.573.809	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
16	FEUF69025	13/04/2024	15/03/2024	NICOLAS CHANA AWAD	1.030.622.397	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
17	FEUF69093	15/04/2024	13/03/2024	LUIS LOPEZ ESCRIBANO	12.964.167	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
18	FEUF69095	15/04/2024	12/02/2024	ALBEIRO ROSERO	98.381.096	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
19	FEUF69149	15/04/2024	13/02/2024	GERMAN ROBAYO ROBAYO	1.068.926.442	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
20	FEUF69269	16/04/2024	13/02/2024	YOAN LOPEZ [illegible]	98.196.797	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
21	FEUF69343	17/04/2024	14/02/2024	SANDRA BETIA DIAZ	59.837.333	REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL ONDAS	408.000	17/06/2024	0	N/A	408.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
22	FEUF69603	22/04/2024	12/02/2024	[illegible] MERCHANTEZ	12.996.4[illegible]	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
23	FEUF69758	[illegible]	29/02/2024	[illegible]	[illegible]	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
24	FEUF69825	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CONSULTA ESPECIALIZADA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
25	FEUF69851	24/04/2024	14/02/2024	LUISA MORA [illegible]NA	1.060.991.024	CONSULTA DE CONTROL POR FISIATRIA	46.000	17/06/2024	0	N/A	46.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
26	FEUF69963	25/04/2024	17/04/2024	WILMER CORAL GONZALES	1.085.261.243	NEUROLOGICO PALPEBRAL ONDAS REFLEJO	302.000	17/06/2024	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
27	FEUF70104	27/04/2024	18/04/2024	EDWIN GOMEZ JIMENEZ	1.085.256.031	NEUROLOGICO PALPEBRAL ONDAS REFLEJO	302.000	17/06/2024	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
28	FEUF70107	27/04/2024	23/04/2024	LUCIO TOBAR TELLO	5.193.356	ELECTRONEUROGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS)	302.000	17/06/2024	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
29	FEUF70191	29/04/2024	29/04/2024	ERICK CERON RUIZ	1.085.299.797	**NEUROCONDUCCIO N CADA NERVIO	302.000	17/06/2024	0	N/A	302.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							3.200.000		**0**		**3.200.000**		

Elaborado Por

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACION	901243673
NOMBRE O RAZON 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 ECONOMICA	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	801 - UNIDAD
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NUMERO PLANILLA			7924366707	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES	mayo AÑO	2024
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/05/02	NUMERO AUTORIZACIÓN			613558530

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	16	$ 3.698.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.698.700	$ 0	$ 3.698.700
25-14	25-14 COLPENSIONES	11	$ 2.988.800	$ 0	$ 0	$ 26.700	$ 26.700	$ 0	$ 0	$ 3.042.200	$ 0	$ 3.042.200
230201	230201- PROTECCIÓN	3	$ 1.076.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.076.400	$ 0	$ 1.076.400
SUBTOTALES										$ 7.817.300	$ 0	$ 7.817.300

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 420.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.600	$ 0	$ 0	$ 420.600
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 193.100	$ 0	$ 0	$ 193.100
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	14		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.210.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.210.100	$ 0	$ 0	$ 1.210.100
EPS017	EPS017-FAMISANAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 280.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.600	$ 0	$ 0	$ 280.600
SUBTOTALES:													$ 2.104.400	$ 0	$ 0	$ 2.104.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	31		$ 0	$ 0		$ 0	$ 772.300	$ 772.300	$ 0	$ 0	$ 772.300
SUBTOTALES:									$ 772.300	$ 0	$ 0	$ 772.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF35	CCF35-CCF DE NARIÑO	30	$ 1.896.500	$ 0	$ 1.896.500
SUBTOTALES			$ 1.896.500	$ 0	$ 1.896.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	IDENTIFICACIÓN	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	IRP
1	CC 1003191486	BARBOSA FLOREZ NOHEMI JULIETH	APRENDICES ETAPA PRODUCTIVA		$ 975.000				NO	11															
2	CC 1003191486	BARBOSA FLOREZ NOHEMI JULIETH	APRENDICES ETAPA LECTIVA		$ 650.000				NO		10														
3	CC 1004133473	[illegible] RODRIGUEZ LEIDY KATHERIN	DEPEND		$ 1.411.200	FIJO			SI																
4	CC 1004192303	[illegible] ROSERO MARIA ALEJANDRA	DEPEND		$ 4.260.060	FIJO			SI																
5	CC 1004214003	GUERRERO [illegible] ANDREA ESTEFANIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI											NE 18					
6	CC 1004214003	GUERRERO [illegible] ANDREA ESTEFANIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																
7	CC 1004214389	ROSERO MENESES GRABRIELA ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO			SI												01 30				
8	CC 1004233786	RODRIGUEZ LOPEZ NICOL ESTEFANIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	10															
9	CC 1004233786	RODRIGUEZ LOPEZ NICOL ESTEFANIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI											25-25					
10	CC 1004410510	[illegible] CONSTANZA JAQUELINE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																
11	CC 1007180279	[illegible] YAMILE	DEPEND		$ 910.000	FIJO			SI																
12	CC 1085266869	[illegible] DIEGO [illegible]	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

N°	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
2			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
3	230301-PORVENIR	30	$ 1.411.200	$ 225.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 225.800
4	230201-PROTECCION	30	$ 4.260.060	$ 681.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 681.700
5	230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000
6	230301-PORVENIR	29	$ 1.256.667	$ 201.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 201.100
7	230201-PROTECCION	30	$ 1.556.800	$ 249.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.100
8	230301-PORVENIR	20	$ 866.667	$ 138.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 138.700
9	230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000
10	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
11	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
12	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

N°	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A	20	$ 866.667	$ 108.400	$ 0	$ 108.400	14-25-COLMENA	20	$ 866.667		$ 9.100
2	EPS005-SANITAS S.A	10	$ 433.334	$ 54.200	$ 0	$ 54.200			$ 0		$ 0
3	ESSC18-EMSSANAR S.A.S	30	$ 1.411.200	$ 56.500	$ 0	$ 56.500	14-25-COLMENA	30	$ 1.411.200		$ 14.900
4	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 4.260.060	$ 170.500	$ 0	$ 170.500	14-25-COLMENA	30	$ 4.260.060		$ 44.500
5	ESSC18-EMSSANAR S.A.S	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-25-COLMENA	1	$ 43.334		$ 0
6	ESSC18-EMSSANAR S.A.S	29	$ 1.256.667	$ 50.300	$ 0	$ 50.300	14-25-COLMENA	29	$ 1.256.667		$ 30.700
7	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.556.800	$ 62.300	$ 0	$ 62.300	14-25-COLMENA	30	$ 1.556.800		$ 0
8	EPS037-NUEVA EPS	20	$ 866.667	$ 34.700	$ 0	$ 34.700	14-25-COLMENA	20	$ 866.667		$ 9.100
9	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-25-COLMENA	1	$ 43.334		$ 0
10	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 31.700
11	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 15.600
12	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 31.700

PARAFISCALES

N°	CCF DIAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 1.411.200	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 56.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	30	$ 4.260.060	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 170.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	1	$ 43.334	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	29	$ 1.256.667	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 50.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	30	$ 1.556.800	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 62.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	20	$ 866.667	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	1	$ 43.334	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	30	$ 910.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SCI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACION	901243673
NOMBRE O RAZON SOCIAL			UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	PASTO	DEPARTAMENTO	NARIÑO
DIRECCION	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 PRESENTACION	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	901 - UNIDAD
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7924366707	TIPO DE PLANILLA	E EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION OTROS	MES abril AÑO 2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES mayo AÑO 2024
DIAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/05/02	NUMERO AUTORIZACION	813556530

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COL. EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
13	CC 1085284211	ESPINOSA BACCA CINDY PATRICIA	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI												10-11					
14	CC 1085284211	ESPINOSA BACCA CINDY PATRICIA	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI																	
15	CC 1085287063	DIAZ NARVAEZ ANGHY STEPHANNY	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI																	
16	CC 1085287063	DIAZ NARVAEZ ANGHY STEPHANNY	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI												15-23					
17	CC 1085287063	DIAZ NARVAEZ ANGHY STEPHANNY	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI												01-02					
18	CC 1085287063	DIAZ NARVAEZ ANGHY STEPHANNY	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI												08-17					
19	CC 1085282959	BASTIDAS TORRES MAGDA CRISTINA	DEPEND		$ 824.466	FIJO		SI																	
20	CC 1085308245	[illegible] BOTINA ANGELA CAROLINA	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI																	
21	CC 1085320780	ARTEAGA SANTACRUZ WILMER ANDRES	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI																	
22	CC 1085322257	[illegible] NOGUERA MARIO ANDRES	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO		SI									01-30								
23	CC 1085323874	HERNANDEZ BASTIDAS LEIDY VIVIANA	DEPEND		$ 1.573.600	FIJO		SI									01-30								
24	CC 1085334831	[illegible] ACOSTA JUANITA MARLENE	DEPEND		$ 1.817.863	FIJO		SI									01-30								
25	CC 1085329397	VELASQUEZ CHAMORRO DANNYA MELISSA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
26	CC 1085335552	[illegible] KAREN ALEXANDRA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
27	CC 1085336955	TOBAR SANTACRUZ CARLOS DAVID	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
28	CC 1085342272	QUINTANA CUARAN NAYELA TATIANA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
29	CC 1085342907	PEÑA PERAFAN DARLYN [illegible]	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
30	CC 1085344006	[illegible] CALPA [illegible] CAMILA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
31	CC 1087674269	PANTOJA CASTRO EDER JESUS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
32	CC 1144141046	FLOREZ JIMENEZ YINNA VANESSA	DEPEND		$ 1.225.017	FIJO		SI																	
33	CC 1233194909	FAJARDO BARCENAS MARIA FERNANDA	DEPEND		$ 1.556.800	FIJO		SI																	
34	CC 27468301	ARAUJO RUIZ CLAUDIA XIMENA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
35	CC 27081217	[illegible] ALEXANDRA MILENA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI	10																
36	CC 37081481	SANTACRUZ MONTENEGRO JOHANNA	DEPEND		$ 5.322.405	FIJO		SI																	
37	CC 59835872	DELGADO ACHICANOY NANCY PATRICIA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI									01-30								
38	CC 98400868	BERNAL WILSON HERNAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
13	230301-PORVENIR	2	$ 103.787	$ 16.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 16.700
14	230301-PORVENIR	28	$ 1.453.014	$ 232.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 232.500
15	230301-PORVENIR	8	$ 415.147	$ 66.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 66.500
16	230301-PORVENIR	10	$ 433.334	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 69.400
17	230301-PORVENIR	2	$ 103.787	$ 16.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 16.700
18	230301-PORVENIR	10	$ 433.334	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 69.400
19	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
20	230301-PORVENIR	30	$ 1.556.800	$ 249.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.100
21	230301-PORVENIR	30	$ 1.556.800	$ 249.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.100
22	230301-PORVENIR	30	$ 2.236.000	$ 357.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 357.800
23	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.657.302	$ 265.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 265.200
24	230301-PORVENIR	30	$ 1.827.531	$ 292.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 292.500
25	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
26	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
27	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
28	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
29	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
30	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
31	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
32	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
33	230301-PORVENIR	30	$ 1.556.800	$ 249.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.100
34	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
35	230201-PROTECCION	21	$ 910.000	$ 145.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.600
36	25-14 COLPENSIONES	30	$ 5.322.405	$ 851.600	$ 26.700	$ 26.700	$ 0	$ 0	Normal	$ 905.000
37	230301-PORVENIR	30	$ 1.313.830	$ 210.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 210.300
38	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR UPC / ADICIONALES	TOTAL APORTE
13	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 103.787	$ 4.200	$ 0	$ 4.200
14	EPS005-SANITAS S.A.	28	$ 1.453.014	$ 58.200	$ 0	$ 58.200
15	EPS005-SANITAS S.A.	8	$ 415.147	$ 16.700	$ 0	$ 16.700
16	EPS005-SANITAS S.A.	10	$ 433.334	$ 17.400	$ 0	$ 17.400
17	EPS005-SANITAS S.A.	2	$ 103.787	$ 4.200	$ 0	$ 4.200
18	EPS005-SANITAS S.A.	10	$ 433.334	$ 17.400	$ 0	$ 17.400
19	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
20	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.556.800	$ 62.300	$ 0	$ 62.300
21	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.556.800	$ 62.300	$ 0	$ 62.300
22	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.236.000	$ 89.500	$ 0	$ 89.500
23	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.657.302	$ 66.300	$ 0	$ 66.300
24	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.827.531	$ 73.200	$ 0	$ 73.200
25	ESSC18-EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
26	ESSC18-EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
27	ESSC18-EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
28	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
29	ESSC18-EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
30	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
31	ESSC18-EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
32	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
33	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.556.800	$ 62.300	$ 0	$ 62.300
34	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
35	EPS005-SANITAS S.A.	21	$ 910.000	$ 36.400	$ 0	$ 36.400
36	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 5.322.405	$ 212.900	$ 0	$ 212.900
37	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.313.830	$ 52.600	$ 0	$ 52.600
38	ESSC18-EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
13	14-25-COLMENA	2	$ 103.787		$ 0
14	14-25-COLMENA	28	$ 1.453.014		$ 35.400
15	14-25-COLMENA	8	$ 415.147		$ 4.400
16	14-25-COLMENA	10	$ 433.334		$ 0
17	14-25-COLMENA	2	$ 103.787		$ 0
18	14-25-COLMENA	10	$ 433.334		$ 0
19	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 31.700
20	14-25-COLMENA	30	$ 1.556.800		$ 38.000
21	14-25-COLMENA	30	$ 1.556.800		$ 18.300
22	14-25-COLMENA	30	$ 2.236.000		$ 54.500
23	14-25-COLMENA	30	$ 1.657.302		$ 40.400
24	14-25-COLMENA	30	$ 1.827.531		$ 44.600
25	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 31.700
26	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 31.700
27	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 13.600
28	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 13.600
29	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 13.600
30	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 31.700
31	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 13.600
32	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 31.700
33	14-25-COLMENA	30	$ 1.556.800		$ 16.300
34	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 31.700
35	14-25-COLMENA	21	$ 910.000		$ 9.400
36	14-25-COLMENA	30	$ 5.322.405		$ 55.600
37	14-25-COLMENA	30	$ 1.313.830		$ 13.800
38	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000		$ 13.600

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
13	2	$ 103.787	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 4.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	28	$ 1.453.014	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 58.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	8	$ 415.147	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 16.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	10	$ 345.956	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 13.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	2	$ 103.787	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 4.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	10	$ 345.956	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 13.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	30	$ 824.466	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 33.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	30	$ 1.556.800	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 62.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	30	$ 1.556.800	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 62.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	30	$ 2.236.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 89.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	30	$ 1.657.302	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 66.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	30	$ 1.827.531	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 73.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
31	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
32	30	$ 1.226.017	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 49.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
33	30	$ 1.556.800	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 62.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
34	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
35	21	$ 910.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 36.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
36	30	$ 5.322.405	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 212.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
37	30	$ 1.313.830	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
38	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 12.589.500

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre-Radicado	487502	Fecha Pre-Radicado	5/4/2024 12:05:45 PM
Nombre de la Entidad	UNIDAD DE PSIQUIATRIA SAS	Valor de Cargue	$3,200,000
Cantidad de Facturas Recibidas	29	Valor de Cargue	$3,200,000.00
PASES UPRISHOSPITAL	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI		

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, 06 de Mayo 2024

Unidad Fisiatría

CUENTA DE COBRO NO. 05

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

NIT. 805.022.186-6

DEBE A:

UNIDAD DE FISIATRIA Y ORTHOINTEGRAL SAS

NIT. 901243673-8

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

LA SUMA DE:

$ 3,200,000

TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS

POR CONCEPTO DE:

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA Y ESTUDIOS DE ELECTRODIAGNOSTICO EN LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA DURANTE EL MES DE ABRIL DEL AÑO 2024

WILMER ANDRES ARTEAGA SANTACRUZ
LIDER DE FACTURACION Y CUENTAS