GS-2024-111498-DENAR

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

**No. GS-2024-** **UPRES-JEFAT-29.25**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 01 de Marzo del 2024

Mayor
**CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**
Jefe Regional de Aseguramiento de Servicios en Salud No. 4
Cali (Valle del Cauca)

**ASUNTO:** Informe de supervisión del contrato No. 66-7-20048-23

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/02/2024** | **Hasta** | **29/02/2024** |

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 Acta 0098 de fecha 28 de abril del 2023, designada por el señor Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4, nombró como supervisor del contrato No 66-7-20048-23 AL RESPONSABLE DE CENTRAL DE CUENTAS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 10**

| No. | RADICADO GECOP | FECHA DE PRESENTACIÓN | PERÍODO REPORTADO |
|---|---|---|---|
| 1 | GS-2023-093990-DENAR | 05-05-2023 | 28-04-2023 AL 30-04-2023 |
| 2 | GS-2023-094376-DENAR | 05-06-2023 | 01-05-2023 AL 31-05-2023 |
| 3 | GS-2023-094394-DENAR | 10-07-2023 | 01-06-2023 AL 30-06-2023 |
| 4 | GS-2023-103891-DENAR | 01-08-2023 | 01-07-2023 AL 31-07-2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | GS-2023-123675-DENAR | 01-09-2023 | 01-08-2023 AL 31-08-2023 |
| 6 | GS-2023-151681-DENAR | 01-10-2023 | 01-09-2023 AL 30-09-2023 |
| 7 | GS-2023-162105-DENAR | 01-11-2023 | 01-10-2023 AL 31-10-2023 |
| 8 | GS-2023-066770-DENAR | 01-12-2023 | 01-11-2023 AL 30-11-2023 |
| 9 | GS-2024-111468-DENAR | 01-01-2024 | 01-12-2023 AL 31-12-2023 |
| 10 | GS-2024-111484-DENAR | 01-02-2024 | 01-01-2024 AL 31-01-2024 |

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | **66-7-20048-23** |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD, EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA |
| **Contratista** | **CLINICALSPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA** |
| **Representante legal** | **JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ ROSAS** |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | **TREINTA MILLONES DE PESOS ($30.000.000) M/CTE,** incluido IVA vigencia 2023 |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | **N/A** |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($45.000.000) M/CTE,** incluido IVA vigencia 2023-2024 |
| **Plazo de ejecución inicial** | **12 MESES Y 2 DIAS** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | **28/04/2023** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | **31/12/2023** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | **30/04/2024** |
| **Adiciones** | **ACTA DE MODIFICACION 001** |
| **Modificatorios** | **ACTA DE MODIFICACION 001** |
| **Prorrogas** | **ACTA DE MODIFICACION 001** |
| **Otros** | **No aplica** |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

- No se adelanta ninguna acción de tipo administrativo.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Cumplir cabalmente con las obligaciones, frente al sistema de seguridad social, para fiscales (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF)... | SI | PLANILLA 7910667135 |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ITEM | CONDICIONES TECNICAS MINIMAS | CUMPLIO | |
|---|---|---|---|
| | | SI | NO |
| 1 | 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 3100 del 2019 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. | X | |
| 2 | El talento humano científico técnico del oferente deberá reunir los requisitos definidos por el Decreto 1335 / 90 del Ministerio de Salud o aquellas normas que lo deroguen o sustituyan en cuanto a su idoneidad. **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE PERMITIRÁ** la participación en la atención en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de **ESTUDIANTES EN FORMACIÓN** | X | |
| 3 | Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias. | X | |
| 4 | Deberá contar con personal idóneo responsable del proceso de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud 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. | X | |
| 5 | **EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO.** | X | |
| 6 | La atención por consulta externa debe prestarse previa autorización expedida solamente por el Funcionario del Grupo de Referencia y Contrareferencia de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, presentar documentos de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). Usuarios que no cumplan estos requisitos, no serán reconocidos. Se exceptúan de esto, los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente. | X | |
| 7 | Todo cambio de horario de atención y/o lugar de prestación del servicio deberá ser notificado a la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4 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 | X | |
| 8 | Por ningún motivo el contratista puede solicitar con posterioridad autorización de servicios ya prestados a usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño que nunca fueron notificados y/o informados, en su debido tiempo bajo los términos de Ley, al Funcionario de la Oficina de Referencia y Contrareferencia de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño. | X | |
| 9 | El oferente deberá disponer con médicos especialistas en cada área, enfermeras profesionales con experiencia, personal de apoyo técnica asistencial y administrativo que le permitirá dar cumplimiento al objeto del presente contrato | X | |
| 10 | 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 farmacovigilancia JAMÁS 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 | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | El oferente deberá suministrar el portafolio de servicios que deberá contener como mínimo la siguiente información: Indicar el tipo de actividad y/o servicios que está en capacidad de atender. Indicar el número de usuarios que se puedan atender y procedimientos quirúrgicos por especialidad que puede realizar por mes. | X | |
| 12 | La oportunidad para los servicios especializados en medicina del dolor, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se desarrollará con base en la oferta de servicios presentada por el Oferente, pero no deberá superar un plazo máximo de 10 días hábiles. En caso que estos tiempos no puedan ser cumplidos deberá ser justificada la oportunidad requerida por el jefe del servicio solicitante y/o médico tratante. Esta novedad deberá ser informada de forma inmediata al supervisor del contrato. | X | |
| 13 | Demostración de la tenencia y clase de equipos que utilizará en la prestación de los servicios y su diagnóstico (Garantía de disponibilidad). Certificación firmada por el Representante Legal de la IPS y/o ESE; en la que conste la existencia y disponibilidad de los equipos médicos que destinarán para la prestación de los servicios. En el caso de ausencia del profesional de la salud o daño del equipo o la no prestación del servicio pactado el oferente deberá informar y re agendar al usuario dentro de los términos del contrato con el fin garantizar la prestación del servicio con eficacia, eficiencia, seguridad y oportunidad. | X | |
| 14 | Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros CINCO (05) 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.<br>• Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado.<br>• Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico.<br>• Resumen de la Historia Clínica y/o Epicrisis, para procedimientos quirúrgicos, correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario.<br>• RIPS de atenciones prestadas<br>• Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas).<br>• Orden de prestación de los servicios expedida por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud, debidamente firmada por el usuario o acudiente, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente.<br>La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa SOAT según el caso. | X | |
| 15 | El contratista se obliga a realizar el reporte y auto reporte dentro de los cinco días a su ocurrencia de los incidentes y eventos adversos identificados durante la atención de los usuarios al correo ruth.larranaga@correo.policia.gov.co. Denar.upres@.policia.gov.co.a fin de que de manera conjunta su equipo y el equipo de calidad de la Unidad Prestadora de Salud Nariño planteen acciones de mejora. | X | |
| 16 | El oferente se compromete a prestar los servicios de acuerdo al plan integral de Salud de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional ACUERDO 002 y agotar todas las alternativas del vademécum de la Policía Nacional ACUERDO 052 de 2013 Manual de medicamentos y terapéutica | X | |
| 17 | El contratista permitirá al equipo auditor de la Unidad Prestadora de Salud Nariño y REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, el acceso en tiempo real y oportuno a todos los registros asistenciales diligenciados dentro de la atención de los usuarios de la Policía Nacional , adicionalmente permitirá también, el acceso a las unidades de análisis que contengan el resultado de los casos de importancia en salud pública y de los incidentes y eventos adversos, así como permitir que el equipo auditor efectué la revisión de la facturación in situ de los servicios prestados a nuestros usuarios. | X | |
| 18 | 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 denar.upres-ccu@policia.gov.co. Además se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro | X | |
| 19 | 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. | X | |
| 20 | PRESENTAR JUNTO A LA OFERTA EL Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | X | |
| 21 | Presentar junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales. | | |
| 22 | Presentar junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST y/o la actualización según la circular 063 del 2020. | X | |
| 23 | EL OFERENTE DEBERA INFORMAR AL JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 y supervisor de CONTRATO DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO TIPO B, MENSUALMENTE SOBRE LA EJECUCION DEL CONTRATO Y CUANDO EL MISMO SE ENCUENTRE EN UN CINCUENTA 50%, UN SETENTA (70%), UN NOVENTA (90%) Y UN CIEN (100%) POR CIENTO. Una vez recibida la información la oficina de Contratos comunicarán al Jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 | X | |
| 24 | Crear un espacio adecuado para garantizar la atención y el acceso de los Pacientes discapacitados, que nos permita brindar un manejo adecuado, acogiéndose a los nuevos estatutos de protección para este tipo de población. (Rampla, ascensor o Habilitación de consultorios en el primer piso) | X | |
| 25 | En caso de expedir incapacidades el contratista debe dar cumplimiento a la Directiva Administrativa Permanente No 001 del 3 de MAYO de 2019 de la Dirección de Sanidad relacionada con INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA POR MATERNIDAD PARA EL CONTROL O SEGUIMIENTO DE PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO: especificar el tipo de incapacidad (total o parcial), el tiempo de vigencia, recomendaciones (en caso que amerite) y se abstendrá de sugerir el lugar de cumplimiento de la misma por cuanto esta directriz es solo de competencia institucional. | X | |
| 26 | El contratista deberá presentar la cuenta de cobro junto con la relación, con el formato que maneja auditoria médica de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, mensualmente con los siguientes datos por cada cuenta radicada en formato Excel en medio magnético que conste de las siguientes variables: fecha de la atención de la factura, nombre e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 10, Diagnóstico, edad, valor de la factura, el cual será enviado al correo: alejandra.benavides@correo.policia.gov.co. Este formato se entregará al supervisor para que lo haga llegar al contratista. | X | |
| 27 | En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada. | X | |
| 28 | El Oferente a quien se le adjudique el contrato deberá certificar que hará uso del APLICATIVO SISAP WEB implementado por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, con el fin de garantizar una buena ejecución del contrato. | X | |

**2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

Durante el desarrollo del presente contrato a la fecha no se han presentado situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato, La entidad no radico cuenta cuenta para el mes de enero.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (308) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (60) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

**4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:**

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 pagará en moneda legal colombiana al OFERENTE el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Pasto- Nariño, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, las ordenes de servicio (solicitud de examen), copia del informe del resultado del estudio de manera impresa o en medio magnético, autorización para la realización del examen, acreditación del oferente de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos profesionales.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del OFERENTE, o en el banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Oferente, Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. La cuenta de cobro deberá presentarse debidamente legajada en gancho plástico, sin ganchos de cosedora, foliados hasta un máximo de 250 folios, desde el primer evento

hasta el último con sus respectivos anexos en estricto orden cronológico de la prestación de los servicios por cada usuario en medio físico y magnético, Lo anterior en cumplimiento a la ley 594 del 2000, Ley general de archivo que rige tanto a entidades públicas como privadas. La facturación deberá entregarse en la Oficina – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, acorde al plazo establecido en el contrato.

El pago se realizará en moneda legal colombiana, para lo cual se requiere que la empresa contratada facture y radique sin dilación los primeros 05 días hábiles de cada mes, en la Ventanilla Única de la Central de Cuentas, previa expedición del Recibo a Satisfacción Técnico (RAS) expedido por el Supervisor del Contrato, cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. Se realizarán pagos una vez se presente la respectiva factura con los respectivos anexos (certificación de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, certificación del revisor fiscal de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, -copia planilla pago seguridad social, certificación del supervisor del contrato) de los servicios prestados por la empresa contratada.

**PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS (RECIBO ASATISFACCIÒN)**
El Contratista deberá presentar las facturas al Supervisor del Contrato en los primeros tres (03) días hábiles del mes siguiente, quien tendrá un (01) día para elaborar el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico, posteriormente el Contratista radica la factura con el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico RAS en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, para iniciar el trámite de Auditoría de cuentas médicas y continuar con el trámite de pago respectivo.

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.

**PARÁGRAFO 1: 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.

**PARAGRAFO 2: TRAMITE 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".

**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 - NIT 805-022-186-6 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 de Redes Integrales de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, debidamente firmada por el usuario o acudiente.
- Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPS con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- Resumen de la Historia Clínica 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.

**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.

NOTA: El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, debe 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 016 del 9 de marzo de 2021 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".

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.
Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CLINICALSPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 0695000100026054
OFICINA: PASTO

**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 | $ 45.000.000,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $ 31.159.676,00 | 69% |
| Valor total facturado | $ 31.159.676,00 | 69% |
| Valor facturado pendiente de pago | $ 1.159.676,00 | 3% |
| Valor pagado | $ 30.000.000,00 | 67% |
| Valor pendiente de entrega | $ 13.840.324,00 | 31% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RAS 11 | $1.159.676 | 16 DE FEBRERO DEL 2024 | $1.159.676 | 10124 | $1.159.676 | N/A | Consultar en SECOP II |

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

## *5.* RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato. Durante el desarrollo de la ejecución se estará realizando verifica de la facturación mensual de los servicios prestados por tal razón se solicita a la entidad radicar cuentas mes a mes para evitar novedades en el desarrollo del contrato.

## 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 Angie Licet López Cuaran

Intendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN
Responsable Central de Cuentas Upres Nariño
Supervisor Contrato No. 66-7-20048-2023
Correo electrónico: denar.upres-ccu@policia.gov.co
No. Celular: 3043870280

| Página 1 de 2<br>Código 255-FR-0021<br>Fecha 12-03-2021<br>Versión 5 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS<br>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. 284 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 855

No. CONTRATO: 66-9-2048-4

FECHA DE RECIBIDO : 02-02-2024

VALOR PAGO: 1.159.676.

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR: 0

CONTRATISTA: Alvical Spa

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO: 10129

NIT DEL CONTRATISTA: 900049319

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

| | | |
|---|---|---|
| EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO | SI _____ | NO X |
| EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO | SI _____ | NO X |
| LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS 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: _____

| | | |
|---|---|---|
| 6. NUMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) | 18524 | |
| 7. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) | | ✓ |
| 8. FACTURA ORIGINAL | | ✓ |
| 9. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: | | ✓ |
| 10. NUMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: | N/A | |
| 10.1. NUMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): | N/A | |
| 10. AMPLIACIÓN DE GARANTÍA CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA PUBLICADA EN SECOP | | N/A |
| 10. CONTRATO, ADICIONES, PRORROGAS Y/O MODIFICACIONES, PUBLICADOS EN SECOP | | N/A |
| 11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. | | N/A |
| 12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS, PUBLICADO EN SECOP | | N/A |
| 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. | | N/A |
| 14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009. | | ✓ |

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA _____
(GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA) _____
CARGO _____

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


02/02/2024 15:00:45
Programa CPMRSPRD V.5000

**Radicación**

| Número | Estado | Fecha | Nit | Descripción |
|---|---|---|---|---|
| 284 | RADICADA | 02/02/2024 | 900047319 | CLINICAL SPA |

**Facturas Relacionadas**

| Prefijo | Factura | Fecha | Valor |
|---|---|---|---|
| DENAR | 51867 | 23/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51865 | 23/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51863 | 23/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51891 | 25/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51890 | 25/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51888 | 25/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51892 | 25/01/2024 | 104,900.00 |
| DENAR | 51922 | 30/01/2024 | 209,800.00 |
| DENAR | 51923 | 30/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51943 | 31/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51944 | 31/01/2024 | 209,800.00 |
| DENAR | 51947 | 31/01/2024 | 47,264.00 |
| DENAR | 51948 | 31/01/2024 | 209,800.00 |

**Presupuesto**

| Doc | Número | Vigencia | Valor |
|---|---|---|---|
| REG | 855 | 2023 | 1,159,676.00 |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | San Juan de Pasto, 16 de febrero del 2024 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoria:<br>Contrato de prestación de servicios: X<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro:<br>Contrato interadministrativo: |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 066-7-20048-23 |
| Constancia de recibido No. | 11 |
| Contratista: | CLINICALSPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA |
| NIT del contratista: | NIT. 900047319 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD, EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | No Aplica |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($45.000.000) M/cte., incluido IVA vigencia 2023 - 2024 |
| Plazo de ejecución: | DEL 01 DE MAYO DEL 2023 HASTA EL 31 DE MARZO DEL 2024 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No Aplica |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Instalaciones Clinicalspa Cirugía Plástica & Laser Limitada en Pasto Nariño |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__ | No Aplica |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Intendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN<br>Responsable Central de Cuentas Upres Nariño |
| Fecha de entrega certificada: | ENERO |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024. | Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor Facturado | Valor amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
| | REGI 4 | 16 | Servicios de Salud | $1.159.676 | $1.159.676 | 0 | $1.159.676 |
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| FECS51863 | 23/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51865 | 23/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51867 | 23/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51888 | 25/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51890 | 25/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51891 | 25/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51892 | 25/01/2024 | 104.900 | 0 | 104.900 |
| FECS51922 | 30/01/2024 | 209.800 | 0 | 209.800 |
| FECS51923 | 30/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51943 | 31/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51944 | 31/01/2024 | 209.800 | 0 | 209.800 |
| FECS51947 | 31/01/2024 | 47.264 | 0 | 47.264 |
| FECS51948 | 31/01/2024 | 209.800 | 0 | 209.800 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | **1.159.676** | **0** | **1.159.676** |

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 855 y Compromiso SIIF 10524.***

| No | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO Si__ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 3100 del 2019 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. | **SI** | CUMPLE |
| 2 | Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros CINCO (05) 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 | **SI** | CUMPLE |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | requisitos legales vigentes en original y dos copias.<br>• Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado.<br>• Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico.<br>• Resumen de la Historia Clínica y/o Epicrisis, para procedimientos quirúrgicos, correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario.<br>• RIPS de atenciones prestadas<br>• Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas).<br>• Orden de prestación de los servicios expedida por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud, debidamente firmada por el usuario o acudiente, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente. | | | |
| 3 | El oferente debe CERTIFICAR el inicio y la implementación del Sistema De Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el manual del SGSST del lugar donde se prestara el servicio, para así dar cumplimiento del decreto 1072 de 2015 y sus complementarios. | **SI** | CUMPLE | |

Intendente **ANGIE LICET LOPEZ CUARAN**
Responsable Central de Cuentas Upres Nariño

# SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Numero de Pre -Radicado | 449826 | Fecha Pre-Radicado | 2/1/2024 10:40:31 AM |
| Nombre de la Entidad | CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LTDA | Vlr Ini de Cargue | $1,159,676 |
| Cantidad de Facturas Registradas | 13 | Vlr Fin de Cargue | $1,159,676.00 |
| 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

"EJECUCIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS PARA PAGO"

CERTIFICACIÓN DE AUDITORIA MEDICA

POLICIA NACIONAL

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA Y LASER CERTIFICADA NIT 900947319 PARA PAGO POR CONTRATO N° 035-7-2020-21

No. RADICACION 284 DEL 02 DE FEBRERO 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 QUE EL PRINCIPIO DE [illegible] CORRESPONDE A LA INTENSIDAD DE CONTENIDO Y LOS VALORES FACTURADOS NO SUPERAN LOS TARIFADOS EN EL DECRETO 2423 Y SE 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 | FECS51863 | 23/01/2024 | 15/01/2024 | OLGA VALLEJO PATROJA | 59.821.298 | **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 47.264 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 47.264 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 2 | FECS51865 | 23/01/2024 | 16/01/2024 | JAIRO GUETTE MOJICA | 9.730.149 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUJIA DEL DOLOR | 47.264 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 47.264 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 3 | FECS51867 | 23/01/2024 | 18/01/2024 | LUIS PINTO | 1.796.913 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUJIA DEL DOLOR | 47.264 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 47.264 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 4 | FECS51883 | 25/01/2024 | 22/01/2024 | CRISTHIAN CUASPA ORTIZ | 1.045.283.298 | **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 47.264 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 47.264 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 5 | FECS51890 | 25/01/2024 | 18/01/2024 | EDGAR GARCIA BURBANO | 5.209.202 | **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 47.264 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 47.264 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 6 | FECS51891 | 25/01/2024 | 18/01/2024 | ZULEIMA GOMEZ ERAZO | 1.085.135.445 | **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 47.264 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 47.264 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 7 | FECS51892 | 25/01/2024 | 17/01/2024 | MARIA ENRIQUEZ DE YELA | 30.708.390 | INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES | 104.900 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 104.900 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 8 | FECS51922 | 30/01/2024 | 17/01/2024 | DIEGO NARVAEZ LEGARDA | 1.086.137.382 | INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES | 209.800 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 209.800 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 9 | FECS51923 | 30/01/2024 | 29/01/2024 | DIEGO GUACAN VASQUEZ | 71.782.631 | **CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 47.264 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 47.264 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 10 | FECS51943 | 31/01/2024 | 25/01/2024 | YOLANDA JARAMILLO DE ACOSTA | 27.155.315 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUJIA DEL DOLOR | 47.264 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 47.264 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| 11 | FECS51944 | 31/01/2024 | 25/01/2024 | JOSE CASTRO ARTEAGA | 1.085.305.401 | INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES | 209.800 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 209.800 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| [illegible] | FECS51947 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 47.264 | [illegible] | 0 | [illegible] | 47.264 | [illegible] | [illegible] |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | FECS51948 | 31/01/2024 | | JOHN ANDRADE CANCIMANCE | 1 085 250 120 | INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES | 209.800 | 09/02/2024 | 0 | N/A | 209.800 | SIN MOTIVO DE GLOSA | N/A |
| | | | | | | | 1.159.676 | | 0 | | 1.159.676 | | |

Elaborado Por

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900047319 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA Y LASER LTDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PASTO | DEPARTAMENTO: | NARIÑO |
| DIRECCIÓN: | CRA 41 NRO 17A-95 | TELÉFONO: | 7244432 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7910667135 | | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 6 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/01/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 390335947 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 4 | $ 1.103.300 |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 6 | $ 2.271.500 |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 7 | $ 2.255.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 17 | **$ 5.630.300** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 12 | $ 1.099.600 |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 3 | $ 197.100 |
| 901021565 | ESSC18 | ESSC18 - EMSSANAR S.A.S. | 3 | $ 195.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 18 | **$ 1.492.100** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 891280008 | CCF35 | CCF35-CCF DE NARIÑO | 18 | $ 1.492.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 18 | **$ 1.492.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800226175 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 18 | $ 867.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 18 | **$ 867.600** |

| | | |
|---|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | | **$ 9.430.400** |
| **VALOR MORA:** | | **$ 51.600** |
| **TOTAL PAGADO:** | | **$ 9.482.000** |

## CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LTDA

SECCION DE FACTURACION
PASTO , 01/feb./2024
CUENTA DE COBRO *10124*

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.4 - 066-7-200048-23
NIT: 805022186-6
Atentamente remitimos a ustedes las facturas individuales por concepto de servicios de salud Prestados a sus afiliados, durante el periodo de : enero-2024

| No | No Factura | Fecha | Documento | Nombre del Paciente | Vr Neto | Vr Copago | Vr Descuento | Vr Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FECS51863 | 23/01/2024 | CC59821298 | VALLEJO PANTOJA OLGA NOHEMI | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 2 | FECS51865 | 23/01/2024 | CC8760148 | GUETTE MOJICA JAIRO ENRIQUE | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 3 | FECS51867 | 23/01/2024 | CC1798918 | PINTO LUIS GONZALO | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 4 | FECS51888 | 25/01/2024 | CC1085283288 | CUASPA ORTIZ CRISTHIAN CAMILO | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 5 | FECS51890 | 25/01/2024 | CC5208202 | GARCIA BURBANO EDGAR EMILIANO | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 6 | FECS51891 | 25/01/2024 | CC1086135445 | GOMEZ ERAZO ZULEIMA NAYIVE | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 7 | FECS51892 | 25/01/2024 | CC30708390 | ENRIQUEZ DE YELA MARIA DEL SOCO | 104,900 | 0 | 0 | 104,900 |
| 8 | FECS51922 | 30/01/2024 | CC1086131382 | NARVAEZ LEGARDA DIEGO ARMANDC | 209,800 | 0 | 0 | 209,800 |
| 9 | FECS51923 | 30/01/2024 | CC71782631 | GUACAN VASQUEZ DIEGO ARMANDO | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 10 | FECS51943 | 31/01/2024 | CC27155315 | JARAMILLO DE ACOSTA YOLANDA | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 11 | FECS51944 | 31/01/2024 | CC1085303167 | CASTRO AREVALO JOHN ALEXANDER | 209,800 | 0 | 0 | 209,800 |
| 12 | FECS51947 | 31/01/2024 | CC5195028 | CHICAIZA PAZ MAURO ERNESTO | 47,264 | 0 | 0 | 47,264 |
| 13 | FECS51948 | 31/01/2024 | CC1085250120 | ANDRADE CANCIMANCE JOHN JAIRO | 209,800 | 0 | 0 | 209,800 |

| | |
|---|---|
| TOTAL FACTURAS: | 13 |
| VR FACTURADO: | 1,159,676 |
| VR COPAGOS: | 0 |
| VR DESCUENTOS: | 0 |
| NETO A PAGAR: | 1,159,676 |

VALOR EN LETRAS:
UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

*CORDIALMENTE:*

*FUNCIONARIO RESPONSABLE*
*AREA FACTURACION*