Página 1 de 9	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021 1247089133	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

Este formato debe ser utilizado para la presentación de informes de supervisión a contratos de bienes y servicios, interadministrativos y ordenes de compras, diferentes a los de interventoria y de obra.

No.GS-2024- **UPRES-JEFAD**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 08 de Julio de 2024

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

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **66-7-20226-23** mes de Mayo 2024.

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/05/2024**	**Hasta**	**31/05/2024**

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

INFORMACIÓN GENERAL:

- El señor Mayor CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora Subintendente ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 5**

Ítem	Radicado Gepol	Fecha de Presentación	Periodo Reportado
1	GS-2024-011439-DENAR	24/01/2024	DICIEMBRE 2023
2	GS-2024-037506-DENAR	23/02/2024	ENERO 2024
3	GS-2024-089843-DENAR	23/03/2024	FEBRERO 2024
4	GS-2024-093047-DENAR	17/04/2024	MARZO 2024
5	GS-2024-093326-DENAR	19/06/2024	ABRIL 2024

1247089133

GS-2024-138820-DENAR

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	66-7-20226-23
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE CUIDADO MÉDICO EN CASA PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS MEDICOS DE INCLUSIÓN: SIGNOS VITALES ESTABLES, PACIENTE CRONICO SIN VENTILACIÓN MECÁNICA, MOVILIDAD REDUCIDA, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS VÍA ENTERAL O PARENTERAL QUE SEAN REMITIDOS POR ESPECIALISTA: PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA, NEUROCIRUGÍA, ONCOLOGÍA YA SEA EN EL AMBITO DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS U HOSPITALIZACIÓN Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN – BOGOTÁ DC. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Contratista	COMPLEMEDICA SAS
Representante legal	VILMA MAGDALY GUERRERO BENAVIDES
Valor inicial del contrato u orden de compra	CUATROCIENTOS MILLONES PESOS ($400.000.000,00) **Vigencia 2023:** CINCUENTA MILLONES DE PESOS MDA/CTE($ 50.000.000,00) **Vigencia 2024:** TRESCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MDA/CTE ($ 350.000.000,00)
Valor adiciones del contrato u orden de compra	DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($ 200.000.000,00)
Valor total del contrato u orden de compra	SEISCIENTOS MILLONES PESOS ($600.000.000,00)
Plazo de ejecución inicial	SEIS (06) MESES
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	16/12/2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/05/2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	01/06/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	15/07/2024
Adiciones	Acta No. 001 ADICION AL VALOR Y PRORROGA AL PLAZO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 66-7-20226-23 DE FECHA 23/04/2024.
Modificatorios	Acta No. 001 ADICION AL VALOR Y PRORROGA AL PLAZO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 66-7-20226-23 DE FECHA 23/04/2024.
Prorrogas	Acta No. 001 ADICION AL VALOR Y PRORROGA AL PLAZO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 66-7-20226-23 DE FECHA 23/04/2024.

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

1.1 Acciones adelantadas:

1247089133

GS-2024-138820-DENAR

Durante el mes de Marzo no se presentaron acciones por adelantar.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF)...	SI	9468387395

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		
SERVICIO ASISTENCIAL POR SERVICIO DE ENFERMERÍA: El oferente que resulte adjudicatario, sin costo adicional para la Unidad prestadora de Nariño, deberá contar con enfermera (o) Jefe que supervise y verificar permanentemente el personal de auxiliares de enfermería que se encuentran en los domicilios de los pacientes, esta supervisión, verificación y control se realizara en cumplimiento de todas las funciones del manual de enfermería. El profesional en enfermería Superior, deberá generar un informe Mensual del seguimiento y control a las actividades realizadas por el personal de auxiliares de enfermería domiciliario, entregándolo al supervisor del contrato. El oferente que resulte adjudicatario deberá enviar mensualmente al supervisor del contrato, la rotación o cuadro de turnos, del personal de enfermería domiciliario, e informar por escrito en un término no mayor a 24 horas los cambios realizados a la rotación. El personal de auxiliares de enfermería que se encuentran en los domicilios de los pacientes, deberá ser supervisado permanentemente por **enfermera Jefe** del Home care verificando se cumpla TODOS los cuidados de enfermería que requiera el paciente como baño, toma de signos vitales diligenciando el respectivo registro de dichas tomas, cambios de posición del paciente si así lo requiere, con un máximo de cada 2 horas, administración de medicamentos según orden médica, cuidados de traqueotomías, permeabilización de la vía aérea a necesidad, manejo de pacientes ventilados, procedimientos como: cambio de sonda, cateterismos, curaciones básicas (I, II y III), vigilar permeabilidad de venas y cambios según protocolo, toma de muestras; manejo de plan casero como apoyo para el mantenimiento de las condición física requeridas, de acuerdo a cada paciente etc y demás procedimientos de enfermería requeridos por el usuario, ordenados por el medico tratante lo cuales deben estar registrados en la historia clínica	SI	No Aplica
Debe garantizarse el cubrimiento del servicio todos los días de la semana incluyendo domingos y festivos sin interrupción alguna, contar con el recurso humano suficiente para garantizar la normal prestación del servicio con el personal de reemplazos, en caso de presentarse incapacidades del personal, calamidades domesticas etc.; el reemplazo debe acudir en un lapso de tiempo no mayor a dos (2) horas, sin abandonar al paciente en ningún momento; debe tener previa capacitación para manejo de	SI	No Aplica

GS-2024-138820-DENAR

cualquier tipo de paciente. El incumplimiento del servicio acarreara los respectivas glosas, multa y sanciones pactadas de acuerdo a la normatividad establecida en la minuta del contrato.		
El personal contratado debe cumplir con el conocimiento técnico, académico, contar con curso de RCP VIGENTE, experiencia laboral en el área que se le asigne previamente certificada.	SI	No Aplica
El personal de Enfermería debe asistir a turno, portando adecuadamente el uniforme, con el documento de identidad y el respectivo carne de la empresa y con el equipo de toma de signos vitales	SI	No Aplica
El oferente que resulte adjudicatario, deberá supervisar, verificar y controlar permanentemente el personal de auxiliares de enfermería que se encuentran en los domicilios de los pacientes, esta supervisión, verificación y control será realizada por enfermera(o)Jefe en cumplimiento de todas las funciones del manual de enfermería	SI	No Aplica
Toma de muestras y traslado de las mismas al respectivo laboratorio clínico (incluye insumos)	SI	No Aplica
Administración de medicamentos por dosis (incluye insumos) pertinencia auxiliar de enfermería, medicamento alto costo pertinencia enfermera superior	SI	No Aplica
Curación Enterostomal por sección (incluye insumos), enfermera superior con certificación en terapia enterostomal.	SI	No Aplica
Cambios de Sonda (Incluye insumos). Auxiliar de enfermería y/o enfermera superior	SI	No Aplica
INSUMOS PARA PERSONAL ASISTENCIAL. Para el presente proceso de contratación, se tiene que tanto los equipos médicos, como los insumos de bioseguridad que utilizan los profesionales y el personal de auxiliares en el manejo del paciente, así como los insumos que requiera el paciente mismo dentro de su tratamiento específico, relacionados en el anexo Condiciones Técnicas, deben ser aportados por el oferente que resulte adjudicatario, cuyo costo debe estar incluido dentro de la oferta a presentar ante la Regional de aseguramiento en salud No 4, dentro de este proceso, como quiera que los mismos hacen parte esencial de la ejecución del objeto contractual	SI	No Aplica
EQUIPOS: El proponente deberá **ofertar la totalidad de los equipos en calidad de alquiler**, necesarios para la prestación del objeto contractual y entregarlos en un término no superior de 48 horas después de generada la autorización de servicio, para los municipios adscritos a la Unidad Prestadora de Salud Nariño (incluye todos sus barrios y corregimientos).	SI	No Aplica
Los equipos en calidad de alquiler, con cargo al contrato deben ser entregados e instalados en los domicilios de los pacientes, previa inducción al cuidador y personal asistencial del servicio domiciliario que asistirá al paciente. Verificando la funcionalidad, mantenimiento y oportuna reposición de los mismos, los soportes de la entrega serán enviados al supervisor del contrato, en un término no mayor a 24 horas.	SI	No Aplica
Orden de prestación de los servicios expedida por la oficina de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de referencia y contra referencia, debidamente firmada por el usuario o acudiente. Se exceptúa el caso de atención por Urgencias anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente. Fotocopia del carne o constancia vigente del documento de identificación del paciente. La facturación se debe relacionar en un cuadro Excel el cual se anexa, con las siguientes especificaciones: número y fecha de radicación, número de factura, fecha de atención, nombre e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 010, Diagnóstico, valor facturado	SI	No Aplica

1247089133

GS-2024-138820-DENAR

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

a. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el mes de Mayo, por parte de la entidad COMPLEMEDICA SA presento cuenta de cobro, así: Cuenta de Cobro No. 32 mes de Mayo/2024 por un valor de $ 90.273.072,00 de acuerdo a auditoría de cuentas médicas de la unidad no presenta glosa, para un valor total a pagar mes de Mayo $ 90.273.072,00.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido **(168)** días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, **restando (45)** días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

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

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

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

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño,

1247089133

tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico-económico, para que se realice la auditoria, la cual será expedida dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelto junto con los soportes a la Central de cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

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

PARÁGRAFO 3: CONCILIACIÓN DE GLOSAS.
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el oferente tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en aso tal de reiterarse la glosa se procederá a citar para conciliación de estas al oferente en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Unidad Prestadora de Salud Nariño y la Regional de Aseguramiento en Salud "RASES" de Cali, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

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

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

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

GS-2024-138820-DENAR

- ✓ Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- ✓ La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.
- ✓ La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- ✓ EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

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

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:

- ✓ Historias clínicas.
- ✓ Autorizaciones.
- ✓ Documento de identificación.

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

1247089133

GS-2024-138820-DENAR

La atención del evento adverso entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN siempre y cuando esto sea lo dispuesto por la autoridad competente después de agotar el debido proceso.

Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central.
Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN – Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago)

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

PAGOS: Los pagos se harán a la cuenta presentada por el Contratista.

En el evento de que la facturación la efectúe un consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del decreto 3050 de 1997, la factura, además de señalar el porcentaje o el valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicara el nombre o la razón social y NIT de cada uno de ellos, estas facturas deben de cumplir con los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias,
Las facturas que se radiquen por fuera del término anteriormente señalado se entenderán como radicadas en el mes siguiente.

TIEMPO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

El contratista debe sostener los precios durante la ejecución del contrato

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: COMPLEMEDICA SAS
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 97200000894

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato u orden de compra**
Valor total del contrato u orden de compra	$ 600.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 480.823.643,00	80%
Valor total facturado	$ 480.823.643,00	80%
Valor facturado pendiente de pago	$ 90.273.072,00	15,04%
Valor pagado	$ 390.550.571,00	65%
Valor pendiente de entrega	$ 119.176.357,00	20%

1247089133

GS-2024-138820-DENAR

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
009 del 08/07/2024	$ 90.273.072	07/06/2024	$ 90.273.072	No. 32	$ 90.273.072	N/A	consultar SECOP II o Tesorería unidad

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

5. RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo durante el desarrollo de la ejecución no se han presentado situaciones de relevancia que afecten el cumplimiento del objeto contratado. Es de precisar que el contratista junto con su personal han sido resolutivos en los requerimientos que se han hecho al contratista frente a la atención en servicios médicos.

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI __x_**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____

Subintendente **ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS**
Responsable de Planeación UPRES Nariño
Correo electrónico: alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3136003455

Anexo: Recibido a satisfacción mes Mayo, cuenta de cobro no.32 mes de Mayo 2024, parafiscales, relación de facturas auditoria médica.

1247089133

ap.arevalo

GS-2024-138820-DENAR

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 08 de Julio de 2024.
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.4
Tipo de contrato	

Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato
Orden de compra	
Contrato de obra	
Contrato de consultoría	
Contrato de prestación de servicios	X
Contrato de compraventa	
Contrato de suministro	
Contrato interadministrativo	

Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	Contrato No 66-7-20226-23
Constancia de recibido No.	**009** **Cuenta de cobro No. 32**
Contratista:	COMPLEMEDICA SAS
NIT del contratista:	901.079.938-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	ES PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE CUIDADO MÉDICO EN CASA PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS MEDICOS DE INCLUSIÓN: SIGNOS VITALES ESTABLES, PACIENTE CRONICO CON Y SIN VENTILACIÓN MECÁNICA, MOVILIDAD REDUCIDA, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS VIA ENTERAL O PARENTERAL QUE SEAN REMITIDOS POR ESPECIALISTA: PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA, NEUROCIRUGIA, ONCOLOGÍA YA SEA EN EL AMBITO DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS U HOSPITALIZACIÓN Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN – BOGOTÁ DC. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**Valor total: $** 600.000.000,00 **Vigencia 2023:** $ 50.000.000,00 **Vigencia 2024: $** 550.000.000,00
Plazo de ejecución:	16 DE DICIEMBRE DE 2023 A 15 DE JULIO DE 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes	NO APLICA

1247089133

Página 2 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

de compra)	
Lugar de ejecución y/o entrega	PRESTACION DE SERVICIOS EN LA RESIDENCIA DE LOS USUARIOS DE SANIDAD POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No presenta incumplimientos.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ALEXANDRA PAOLA AREVALO BURGOS** Supervisor de Contrato
Fecha de entrega certificada:	JUNIO 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES NO.4	16	Servicios de Salud	$ 90.273.072,00	$ 90.273.072,00	$ 0.00	$ 90.273.072,00

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
1	FE202025	7/06/2024	1.288.980	0	1.288.980
2	FE202026	7/06/2024	6.215.287	0	6.215.287
3	FE202027	7/06/2024	7.826.901	0	7.826.901
4	FE202028	7/06/2024	3.212.078	0	3.212.078
5	FE202029	7/06/2024	1.892.152	0	1.892.152
6	FE202030	7/06/2024	1.718.640	0	1.718.640
7	FE202031	7/06/2024	5.000.703	0	5.000.703
8	FE202032	7/06/2024	5.000.703	0	5.000.703
9	FE202033	7/06/2024	3.296.826	0	3.296.826
10	FE202034	7/06/2024	2.516.022	0	2.516.022
11	FE202035	7/06/2024	347.024	0	347.024
12	FE202036	7/06/2024	1.718.640	0	1.718.640
13	FE202037	7/06/2024	347.024	0	347.024
14	FE202038	7/06/2024	1.638.012	0	1.638.012
15	FE202039	7/06/2024	520.536	0	520.536
16	FE202040	7/06/2024	5.000.703	0	5.000.703
17	FE202041	7/06/2024	1.636.004	0	1.636.004
18	FE202042	7/06/2024	2.434.860	0	2.434.860
19	FE202043	7/06/2024	3.817.362	0	3.817.362
20	FE202044	7/06/2024	2.516.022	0	2.516.022
21	FE202045	7/06/2024	7.789.815	0	7.789.815

Página 3 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

22	FE202046	7/06/2024	6.476.207	0	6.476.207
23	FE202047	7/06/2024	2.506.140	0	2.506.140
24	FE202048	7/06/2024	4.209.810	0	4.209.810
25	FE202049	7/06/2024	2.645.406	0	2.645.406
26	FE202050	7/06/2024	1.846.004	0	1.846.004
27	FE202051	7/06/2024	520.536	0	520.536
28	FE202052	7/06/2024	276.108	0	276.108
29	FE202053	7/06/2024	390.402	0	390.402
30	FE202054	7/06/2024	1.841.321	0	1.841.321
31	FE202055	7/06/2024	347.024	0	347.024
32	FE202056	7/06/2024	1.247.400	0	1.247.400
33	FE202057	7/06/2024	2.232.420	0	2.232.420
Valor total bienes y/o servicios recibidos			**90.273.072**	**0**	**90.273.072**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas. **REGISTRO QUIPU: 151, COMPROMISO SIIF: 35924.**

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

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

08/07/2024

1247089133

ap.arevalo

GS-2024-138820-DENAR

Código: 2BS-FR-0021	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
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

No. SISCO:

No. CONTRATO:

VALOR PAGO: 90.273.072

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR:

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

TURNO No. 3079 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 151

FECHA DE RECIBIDO: 11-06-2024

NUMERO DE RADICADO SIIF:

CONTRATISTA: Cooprecedica

NIT DE CONTRATISTA:

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

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

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

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

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICIARIO DEL PAGO) N/A

CUENTA BANCARIA:

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 385924

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES PUBLICADOS EN SECOP

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

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

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

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

OBSERVACIONES:

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

1247089133

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

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.

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

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

1247089133

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR

CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA

POLICIA NACIONAL

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

No. RADICACION 3079 DEL 11 DE JUNIO 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	FE202025	07/06/2024	10/05/2024	ADRIANA ANDRADE POPAYAN	1.089.482.434	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.288.980	05/07/2024	0	N/A	1.288.980	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FE202026	07/06/2024	10/05/2024	ALEXANDER ROMERO MENDOZA	5.269.498	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	6.215.287	05/07/2024	0	N/A	6.215.287	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FE202027	07/06/2024	10/05/2024	ANGEL CHAVEZ MEZA	5.278.338	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	7.826.901	05/07/2024	0	N/A	7.826.901	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FE202028	07/06/2024	10/05/2024	ARISTIDES CAICEDO VALLEJO	5.191.745	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.212.078	05/07/2024	0	N/A	3.212.078	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FE202029	07/06/2024	10/05/2024	CARLOS VALENCIA ROSERO	1.086.016.468	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.892.152	05/07/2024	0	N/A	1.892.152	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FE202030	07/06/2024	10/05/2024	DIEGO QUIROZ PADILLA	12.986.168	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.718.640	05/07/2024	0	N/A	1.718.640	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FE202031	07/06/2024	10/05/2024	DOLORES ORTIZ DE ROJAS	27.146.599	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	5.000.703	05/07/2024	0	N/A	5.000.703	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FE202032	07/06/2024	10/05/2024	JAIRO AGUIRRE NARVAEZ	1.085.251.768	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	5.000.703	05/07/2024	0	N/A	5.000.703	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	FE202033	07/06/2024	10/05/2024	JANETH ANGULO	27.080.899	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.296.826	05/07/2024	0	N/A	3.296.826	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	FE202034	07/06/2024	10/05/2024	JAVIER RIOBAMBA BURBANO	18.195.316	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.516.022	05/07/2024	0	N/A	2.516.022	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	FE202035	07/06/2024	10/05/2024	JOSE PATIÑO VALENCIA	10.255.977	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	05/07/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	FE202036	07/06/2024	10/05/2024	JOSE SALCEDO RODRIGUEZ	15.906	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.718.640	05/07/2024	0	N/A	1.718.640	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	FE202037	07/06/2024	10/05/2024	JOSE SOLANOS PINTA	1.080.051.618	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	347.024	05/07/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	FE202038	07/06/2024	10/05/2024	KARINA MARTINEZ RIVERA	1.114.540.283	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.638.012	05/07/2024	0	N/A	1.638.012	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
15	FE202039	07/06/2024	10/05/2024	KAROL MONTENEGRO VILLOTA	1.085.902.552	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	520.536	05/07/2024	0	N/A	520.536	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
16	FE202040	07/06/2024	10/05/2024	LEONILA VILLAREAL DE LOPEZ	27.053.148	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	5.000.703	05/07/2024	0	N/A	5.000.703	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
17	FE202041	07/06/2024	10/05/2024	LUIS ENRIQUEZ TREJO	1.632.476	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.636.004	05/07/2024	0	N/A	1.636.004	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
18	FE202042	07/06/2024	10/05/2024	MARIA LOPEZ CERON	1.030.022.772	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.434.860	05/07/2024	0	N/A	2.434.860	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
19	FE202043	07/06/2024	10/05/2024	MARIA SABAS GOMEZ	1.138.524.060	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	3.817.362	05/07/2024	0	N/A	3.817.362	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
20	FE202044	07/06/2024	10/05/2024	MERCEDES LASSO DE SILVA	27.102.347	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.516.022	05/07/2024	0	N/A	2.516.022	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
21	FE202045	07/06/2024	10/05/2024	NICOLAS CHANA ANAQ	1.144.022.337	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	7.789.815	05/07/2024	0	N/A	7.789.815	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A

ap.arevalo
1247089133
GS-2024-138820-DENAR

GS-2024-138820-DENAR

1247089133

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
22	FE202046	07/06/2024	10/05/2024	OMAR ERAZO MAYA	1.085.312.999	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	6.476.207	05/07/2024	0	N/A	6.476.207	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
23	FE202047	07/06/2024	10/05/2024	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1.030.024.206	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.506.140	05/07/2024	0	N/A	2.506.140	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
24	FE202048	07/06/2024	10/05/2024	TANIA RIVAS CHAVES	1.085.330.215	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	4.209.810	05/07/2024	0	N/A	4.209.810	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
25	FE202049	07/06/2024	10/05/2024	JOSE OJEDA OJEDA	1.085.686.051	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.645.406	05/07/2024	0	N/A	2.645.406	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
26	FE202050	07/06/2024	10/05/2024	MANUEL ARGOTE GUERRERO	1.795.538	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.846.004	05/07/2024	0	N/A	1.846.004	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
27	FE202051	07/06/2024	10/05/2024	EURIPIDES CABRERA TIMANA	5.353.311	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	520.536	05/07/2024	0	N/A	520.536	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
28	FE202052	07/06/2024	10/05/2024	SARA CIFUENTES CARDOBA	1.081.068.181	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	276.108	05/07/2024	0	N/A	276.108	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
29	FE202053	07/06/2024	10/05/2024	JHON CASTILLO CABRERA	1.081.554.233	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL +	390.402	05/07/2024	0	N/A	390.402	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
30	FE202054	07/06/2024	10/05/2024	HENRY REALPE BASANTE	87.470.499	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.841.321	05/07/2024	0	N/A	1.841.321	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
31	FE202055	07/06/2024	10/05/2024	LIVIO GOMEZ	5.197.402	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA +	347.024	05/07/2024	0	N/A	347.024	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
32	FE202056	07/06/2024	10/05/2024	MANUEL LEGARDA LEGARDA	1.797.820	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	1.247.400	05/07/2024	0	N/A	1.247.400	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
33	FE202057	07/06/2024	10/05/2024	JOSE CHAPUES	5.311.800	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA +	2.232.420	05/07/2024	0	N/A	2.232.420	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
							90.273.072		**0**		**90.273.072**		

Elaborado Por

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por

GS-2024-138820-DENAR

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	519707	Fecha Pre-Radicado	6/12/2024 3:28:16 PM
Nombre de la Entidad	COMPLEMÉDICA SAS	Vlr Ini de Cargue	$90,273,072
Cantidad de Facturas Registradas	33	Vlr Fin de Cargue	$90,273,072.00
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

1247089133

ap.arevalo

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

12/06/2024 09:19:28
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
3079	RADICADA	12/06/2024	901079938	COMPLEMEDICA

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	202025	07/06/2024	1,288,980.00
DENAR	202057	07/06/2024	2,232,420.00
DENAR	202027	07/06/2024	7,826,901.00
DENAR	202028	07/06/2024	3,212,078.00
DENAR	202029	07/06/2024	1,892,152.00
DENAR	202030	07/06/2024	1,718,640.00
DENAR	202031	07/06/2024	5,000,703.00
DENAR	202032	07/06/2024	5,000,703.00
DENAR	202033	07/06/2024	3,296,826.00
DENAR	202034	07/06/2024	2,516,022.00
DENAR	202035	07/06/2024	347,024.00
DENAR	202036	07/06/2024	1,718,640.00
DENAR	202037	07/06/2024	347,024.00
DENAR	202038	07/06/2024	1,638,012.00
DENAR	202039	07/06/2024	520,536.00
DENAR	202040	07/06/2024	5,000,703.00
DENAR	202041	07/06/2024	1,636,004.00
DENAR	202042	07/06/2024	2,434,860.00
DENAR	202043	07/06/2024	3,817,362.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	151	2024	90,273,072.00

1247089133

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

12/06/2024 09:19:28
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
3079	RADICADA	12/06/2024	901079938	COMPLEMEDICA

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	202044	07/06/2024	2,516,022.00
DENAR	202045	07/06/2024	7,789,815.00
DENAR	202046	07/06/2024	6,476,207.00
DENAR	202047	07/06/2024	2,506,140.00
DENAR	202048	07/06/2024	4,209,810.00
DENAR	202049	07/06/2024	2,645,406.00
DENAR	202050	07/06/2024	1,846,004.00
DENAR	202051	07/06/2024	520,536.00
DENAR	202052	07/06/2024	276,108.00
DENAR	202053	07/06/2024	390,402.00
DENAR	202054	07/06/2024	1,841,321.00
DENAR	202055	07/06/2024	347,024.00
DENAR	202056	07/06/2024	1,247,400.00
DENAR	202026	07/06/2024	6,215,287.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	151	2024	90,273,072.00

1247089133

COMPLEMEDICA S.A.S

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

SECCION FACTURACION
Pasto, 11/06/2024

CUENTA DE COBRO N° 32

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4
NIT
805022186-6

DEBE A:

INFORMACIÓN BENEFICIARIO DEL PAGO

NOMBRE CONTRATISTA	COMPLEMEDICA SAS
NIT	901079938-1
NÚMERO DE CONTRATO	66-7-20226-23
DIRECCIÓN BENEFICIARIO DEL PAGO	CALLE 14 A # 43-33 SAN JUAN DE DIOS
TELÉFONOS	3123615095-3116224149
CORREO ELECTRÓNICO	complemedica@hotmail.com
SEDE	PASTO-NARIÑO

POR CONCEPTO DE	**VALOR**
PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD PACIENTES COMPLEMEDICA SAS MES DE MAYO 2024	$90.273.072

LA SUMA DE

VALOR EN NÚMERO	VALOR EN LETRAS
$90.273.072	NOVENTA MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

REALIZAR EL PAGO EN

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

1247089133

COMPLEMEDICA S.A.S

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

CORDIALMENTE:

DANIELA BURBANO
FACTURACION

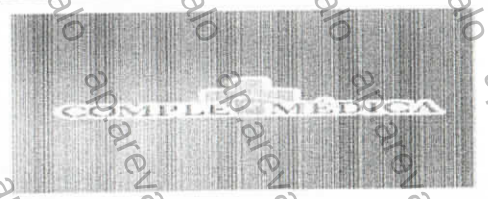
NOTA DE RECIBIDO:
Recibimos las facturas de venta de servicios aquí relacionadas con sus respectivos soportes

Firma y sello de recibido

1247089133

GS-2024-138820-DENAR

1247089133



COMPLEMEDICA S.A.S

Nit. 901079938-1

Dirección Calle 14 A N° 41-33 San Juan De Dios - Pasto

Tel. 3123614586 - 3123615095

ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

AREA DE FACTURACIÓN

RELACIÓN DE CUENTA DE COBRO 32 MES DE MAYO 2024

FACTURA	FECHA DE FACTURA	MES DE FACTURA	NOMBRE DE PACIENTES	IDENTIFICACIÓN	VALOR
FE202025	7/6/2024	MAYO	ADRIANA YAMILETH ANDRADE POPAYAN	1,089,482,434	$ 1,288,980
FE202026	7/6/2024	MAYO	ALEXANDER MAURICIO ROMERO MENDEZ	5,269,498	$ 6,215,287
FE202027	7/6/2024	MAYO	ANGEL LEONARDO CHAVEZ	5.278.338	$ 7,826,901
FE202028	7/6/2024	MAYO	ARISTIDES TEODULO CAICEDO VALLEJO	5,191,745	$ 3,212,078
FE202029	7/6/2024	MAYO	CARLOS ALBERTO VALENCIA ROSERO	1,086,016,468	$ 1,892,152
FE202030	7/6/2024	MAYO	DIEGO BERNARDO QUIROZ PADILLA	12,986,168	$ 1,718,640
FE202031	7/6/2024	MAYO	DOLORES EFIGENIA ORTIZ DE ROJAS	27,446,599	$ 5,000,703
FE202032	7/6/2024	MAYO	JAIRO ESTEBAN AGUIRRE NARVAEZ	1,085,251,768	$ 5,000,703
FE202033	7/6/2024	MAYO	JANETH ROCIO ANGULO	27,080,899	$ 3,296,826
FE202034	7/6/2024	MAYO	JAVIER ANDRES RIOBAMBA BURBANO	18,195,310	$ 2,516,022
FE202035	7/6/2024	MAYO	JOSE DELIO PATIÑO VALENCIA	10,255,977	$ 347,024
FE202036	7/6/2024	MAYO	JOSE ERNESTO SALCEDO RODRIGUEZ	15,906	$ 1,718,640
FE202037	7/6/2024	MAYO	JOSE MANUEL BOLAÑOS PINTA	1,080,051,618	$ 347,024
FE202038	7/6/2024	MAYO	KARINA ANDREA MARTINEZ RIVERA	1,114,540,287	$ 1,638,012
FE202039	7/6/2024	MAYO	KAROL ISABELLA MONTENEGRO	1,085,902,552	$ 520,536
FE202040	7/6/2024	MAYO	LEONILA CONCEPCION VILLAREAL	27,053,148	$ 5,000,703
FE202041	7/6/2024	MAYO	LUIS OLMEDO ENRIQUEZ TREJO	1,842,476	$ 1,636,004
FE202042	7/6/2024	MAYO	MARIA JOSE LOPEZ CERON	1,030,023,772	$ 2,434,860
FE202043	7/6/2024	MAYO	MARIA JOSE SALAS GOMEZ	1,138,524,066	$ 3,817,362
FE202044	7/6/2024	MAYO	MERCEDES LASSO DE SILVA	27,102,867	$ 2,516,022
FE202045	7/6/2024	MAYO	NICOLAS ALEJANDRO CHANA	1,030,022,397	$ 7,789,815
FE202046	7/6/2024	MAYO	OMAR YAMID ERAZO MAYA	1,085,312,999	$ 6,476,207
FE202047	7/6/2024	MAYO	SANTIAGO MUÑOZ JULIO	1,030,024,208	$ 2,506,140

1247089133

FE202048	7/6/2024	MAYO	TANIA ESMERALDA RIVAS CHAVEZ	1,085,330,215	$ 4,209,810
FE202049	7/6/2024	MAYO	JOSE MAURICIO OJEDA OJEDA	1,085,686,037	$ 2,645,406
FE202050	7/6/2024	MAYO	MANUEL JESUS ARGOTI GUERRERO	1,795,538	$ 1,846,004
FE202051	7/6/2024	MAYO	EURIPIDES CABRERA TIMANA	5,353,311	$ 520,536
FE202052	7/6/2024	MAYO	SARA VICTORIA CIFUENTES	1,081,068,181	$ 276,108
FE202053	7/6/2024	MAYO	JHON JAIRO CASTILLO	1,081,594,233	$ 390,402
FE202054	7/6/2024	MAYO	HENRY HERBER REALPE BASANTE	87,470,499	$ 1,841,321
FE202055	7/6/2024	MAYO	LIVIO EDMUNDO GOMEZ	5,197,402	$ 347,024
FE202056	7/6/2024	MAYO	MANUEL JESUS LEGARDA LEGARDA	1,797,820	$ 1,247,400
FE202057	7/6/2024	MAYO	JOSE GUILLERMO CHAPUES	5,311,800	$ 2,232,420
			TOTAL A PAGAR		$ 90,273,072

GS-2024-138820-DENAR

ap.arevalo

NOVEDAD PLATAFORMA RECUM PARA CARGUE DE RIPS COMPLEMEDICA SAS

ap.arevalo

COMPLEMÉDICA
SERVICIO MÉDICO DOMICILIARIO
24 HORAS

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002,

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE COMPLEMEDICA S.A.S.

NIT. 901079938-1

CERTIFICA:

Que COMPLEMEDICA S.A.S., identificada con Nit. 901079938-1, se encuentra al día con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto a Sistema de Seguridad Social en cuanto a Salud, pensión, riesgos laborales y aportes parafiscales.

Se expide en la ciudad de Pasto a los 11 días del mes Junio 2024.

MAGDALY GUERRERO BENAVIDES
GERENTE

1247089133

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901079938	1	COMPLEMEDICA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR	CARRERA 40 N° 16D-125 EL DORADO	PASTO-NARIÑO	7372620	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	689994117	9468387395	E	2024/06/13	2024/06/07	BANCOLOMBIA	0	$4,516,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: COMFAMILIAR (8 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: RIESGO 2(4 Afiliados)																																		
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO(4 Afiliados)																																		
1	CC	1193029263	BURBANO MARTINEZ ANGELA DANIELA	Dependiente	0	No	No																											
2	CC	27088884	GUERRERO BENAVIDES VILMA MAGDALY	Dependiente	0	No	No																											
3	CC	1085306124	JURADO ERASO JANNETH CRISTINA	Dependiente	0	No	No		X	2024/05/01																								
4	CC	1085277732	MANTILLA INAMPUEZ LILIANA MAYELI	Dependiente	0	No	No																											
Centro de Trabajo: RIESGO 3(4 Afiliados)																																		
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO(4 Afiliados)																																		
5	CC	59177496	GAVIRIA PANTOJA ELIANA YANERY	Dependiente	0	No	No																											
6	CC	1085318793	MARTINEZ MARCILLO BRAYAN JOSE	Dependiente	0	No	No																											
7	CC	1085332727	MUÑOZ ROSERO MARIA FERNANDA	Dependiente	0	No	No																		X	2024/05/01	2024/05/20	X	2024/05/21	2024/05/30					
8	CC	1085286755	RIASCOS LOPEZ JESSICA YESENIA	Dependiente	0	No	No																											

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: COMFENALCO CARTAGENA (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: COMFENALCO CARTAGENA(1 Afiliados)																																		
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR(1 Afiliados)																																		
9	CC	1007049700	ACUÑA RAMOS YOLIVETH	Dependiente	0	No	No																											
Total	Afiliados(9)																																	

GS-2024-138820-DENAR

C	Total	EPS Destino	CCF Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	RIESGOS Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	PARAFISCALES Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$1,063,800						$1,063,800						$196,300				$0		$0		$0		$0	
	$376,000						$376,000						$98,200				$0		$0		$0		$0	
	$376,000						$376,000						$98,200				$0		$0		$0		$0	
$0	$52,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$200,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$5,000,000	4%	$200,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$5,000,000	1.044%	2	$52,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$72,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,800,000	4%	$72,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,800,000	1.044%	2	$18,800	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$52,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$284,800						$284,800						$128,100				$0		$0		$0		$0	
	$284,800						$284,800						$128,100				$0		$0		$0		$0	
$0	$52,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	2.436%	3	$31,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$96,000		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$2,400,000	4%	$96,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$2,400,000	2.436%	3	$58,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$74,700		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,866,560	4%	$74,700	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,866,560	0%	3	$0	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$62,100		COMFAMILIAR NARIÑO	30	$1,552,211	4%	$62,100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,552,211	2.436%	3	$37,900	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI

C	Total	EPS Destino	CCF Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	RIESGOS Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	PARAFISCALES Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$764,000						$764,000						$309,600				$0		$0		$0		$0	
	$52,000						$52,000						$13,600				$0		$0		$0		$0	
	$52,000						$52,000						$13,600				$0		$0		$0		$0	
$0	$52,000		COMFENALCO CARTAGENA	30	$1,300,000	4%	$52,000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,300,000	1.044%	2	$13,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$712,800						$712,800						$239,900				$0		$0		$0		$0	

GS-2024-138820-DENAR

						SALARIO								PENSION									SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	Vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP
																				$1,504,000						$376,000	
																				$1,504,000						$376,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$5,000,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$5,000,000	16%	SIN RIESGO	$800,000	$0	$0	$0	$0	$0	$800,000		SANITAS	30	$5,000,000	4%	$200,000	
						$1,800,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,800,000	16%	SIN RIESGO	$288,000	$0	$0	$0	$0	$0	$288,000		SANITAS	30	$1,800,000	4%	$72,000	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
																				$1,139,100						$284,800	
																				$1,139,100						$284,800	
						$1,300,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		SANITAS	30	$1,300,000	4%	$52,000	
						$2,400,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$2,400,000	16%	SIN RIESGO	$384,000	$0	$0	$0	$0	$0	$384,000		SANITAS	30	$2,400,000	4%	$96,000	
						$2,400,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,866,560	16%	SIN RIESGO	$298,700	$0	$0	$0	$0	$0	$298,700		NUEVA E.P.S.	30	$1,866,560	4%	$74,700	
						$1,552,211	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,552,211	16%	SIN RIESGO	$248,400	$0	$0	$0	$0	$0	$248,400		SANITAS	30	$1,552,211	4%	$62,100	

						SALARIO								PENSION									SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	Vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP
																				$208,000						$52,000	
																				$208,000						$52,000	
						$1,300,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$1,300,000	16%	SIN RIESGO	$208,000	$0	$0	$0	$0	$0	$208,000		NUEVA E.P.S.	30	$1,300,000	4%	$52,000	
																				$2,851,100						$712,800	

GS-2024-138820-DENAR

Aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901079938	1	COMPLEMEDICA SAS	B. MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFAMILIAR	CARRERA 40 N° 360-125 EL DORADO	PASTO-NARIÑO	7372620	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	689994117	9468387395	E	2024/06/13	2024/06/07	BANCOLOMBIA	0	$4,516,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$2,851,100	$0	$0	$2,851,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$592,000	$0	$0	$592,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$2,259,100	$0	$0	$2,259,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$239,900	$0	$0	$239,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	9	$239,900	$0	$0	$239,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$712,800	$0	$0	$712,800
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	8	$660,800	$0	$0	$660,800
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$712,800	$0	$0	$712,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$230,700	$0	$0	$230,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$482,100	$0	$0	$482,100
TOTAL				9	$4,516,600	$0	$0	$4,516,600

ap.arevalo