| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 16 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión: 5 | | |

1303379383

**No. GS-2024- -DEUIL**

Pitalito, 02 de octubre 2024

Señora Capitan
**NIDIA TALAGA SILVA**
Jefe Regional De Aseguramiento En Salud No. 2 (e)
Carrera 22 sur N° 26ª-21
Neiva

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato **85-5-20127-24**

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO_X__ O FINAL___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01-09-2024** | **Hasta** | **30-09-2024** |

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

**INFORMACIÓN GENERAL:**

Mediante comunicación oficial GS-2024-071232-DEUIL de fecha 11 de julio de 2024, el señor Teniente DITIER ALEXANDER BENAVIDES SOGAMOSO, obrando en calidad de Jefe del área de contratos de la Regional De Aseguramiento En Salud No 2, nombró como supervisor principal del contrato del asunto al señor subintendente JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: MENSUAL**
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 02**

01 – Informe de supervisión del mes de julio comprendido 11-07-2024 al 31-07-2024 presentado mediante comunicado oficial. GS-2024-078805-DEUIL, del 01 de agosto 2024

02 – Informe de supervisión del mes de agosto comprendido 01-08-2024 al 31-08-2024 presentado mediante comunicado oficial. GS-2024-013879-REGI2, del 01 de septiembre 2024

1303379383

| | | |
|---|---|---|
| Página 2 de 16<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 | |

**Información del contrato** u orden de compra

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 85-5-20127-24 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA |
| **Contratista** | E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO |
| **Representante legal** | DIANA MARCELA CONDE MARTIN |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | QUINIENTOS SETENTA MILLONES DE PESOS ($570.000.000.00) M/LEGAL |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | No Aplica |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | QUINIENTOS SETENTA MILLONES DE PESOS ($570.000.000.00) M/LEGAL |
| **Plazo de ejecución inicial** | 31-12- 2024 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 11-07-2024 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31-12- 2024 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No Aplica |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | No Aplica |
| **Adiciones** | No Aplica |
| **Modificatorios** | No Aplica |
| **Prorrogas** | No Aplica |
| **Otros** | No Aplica |

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

### 1.1 Acciones adelantadas:

Se deja constancia por medio del presente informe que durante el mes de septiembre del año en curso la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito presento facturas a cargo del contrato en mención ante la oficina de central de cuentas de la Regional De Aseguramiento En Salud Nº2 por Servicios O Atenciones Prestadas a los usuarios del Subsistema De Salud De La Policía Nacional.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1303379383

| | | |
|---|---|---|
| Página 3 de 16 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión: 5 | | |

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO sí__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos hospitalarios de URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD | SI | N/A |
| 2 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe | SI | N/A |
| 3 | Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta | SI | N/A |
| 4 | **El contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones**. **Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional.** | SI | N/A |
| 5 | Una vez sean actualizados los precios de medicamentos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de las entidades, estas deberán presentar informe detallado donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 previa revisión de auditoria médica y se notifiquen a las entidades | SI | N/A |
| 6 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | N/A |
| 7 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | N/A |
| 8 | El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. | SI | N/A |
| 9 | Para la autorización del servicio, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co, disan.griss-aut@policia.gov.co, disan.griss-crf@policia.gov.co, disan.refer-nal@policia.gov.co y a los 350-413-1671 y 350-554-6128 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co y deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio | SI | N/A |
| 10 | Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente | SI | N/A |
| 11 | 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 cancelada por el SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. | SI | N/A |
| 12 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 | SI | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. | | |
| 13 | El contratista se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | SI | N/A |
| 14 | **El contratista debe dar a conocer a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 las Guías de manejo institucionales**. | SI | N/A |
| 15 | La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los **DIEZ (10) 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 y firmada por el usuario o acudiente. -Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL--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 cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)" Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. | SI | N/A |
| 16 | El CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la** Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 **la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).** | SI | N/A |
| 17 | El contratista Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100% de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. | SI | N/A |
| 18 | El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 | SI | N/A |
| 19 | El contratista no atenderá pacientes que no cuenten con la debida autorización vigente por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, teniendo en cuenta que dicha autorizacion tiene vigencia (06) meses calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE | SI | N/A |
| 20 | El contratista no atenderá pacientes que no cuenten con la debida autorización vigente por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, teniendo en cuenta que dicha autorizacion tiene vigencia (06) meses calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE | SI | N/A |
| 21 | Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , dentro de los treinta (30) días | SI | N/A |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. | | |
| 22 | Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y el resultado de la ejecución del mismo en los casos en los que haya lugar. | SI | N/A |
| 23 | Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | SI | N/A |
| 24 | El PRESTADOR se compromete a recolectar y reportar mensualmente al Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante el envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. | SI | N/A |
| 25 | Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | N/A |
| 26 | Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y hospitalización, en caso de que estos hayan sido contratados por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". | SI | N/A |
| 27 | Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. | SI | N/A |
| 28 | Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para que esta genere la autorización. | SI | N/A |
| 29 | Prestar el servicio de urgencias a los usuarios del la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | N/A |
| 30 | Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. | SI | N/A |
| 31 | Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co, los primeros 5 de cada mes | SI | N/A |
| 32 | Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. | SI | N/A |
| 33 | Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. | SI | N/A |
| 34 | Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. | SI | N/A |
| 35 | Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. | SI | N/A |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| 36 | Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, este hecho. | | N/A |
| 37 | Solicitar autorización a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. | SI | N/A |
| 38 | ) Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. | SI | N/A |
| 39 | Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | N/A |
| 40 | Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. | SI | N/A |
| 41 | Informar oportunamente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. | SI | N/A |
| 42 | Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas | SI | N/A |
| 43 | Informar cuando se presente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. | SI | N/A |
| 44 | Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. | SI | N/A |
| 45 | Permitir a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | N/A |
| 46 | Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | N/A |
| 47 | El PRESTADOR permitirá que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto LA Regional de | SI | N/A |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Aseguramiento en Salud Nº 2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos | | |
| 48 | Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. | SI | N/A |
| 49 | Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. | SI | N/A |
| 50 | El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. | SI | N/A |
| 51 | El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. | SI | N/A |
| 52 | Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación. | SI | N/A |
| 53 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | N/A |
| 54 | Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura | SI | N/A |
| 55 | Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. | SI | N/A |
| 56 | En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, El Contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. | SI | N/A |
| 57 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. | SI | N/A |
| 58 | Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | N/A |
| 59 | Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. | SI | N/A |
| 60 | Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. | SI | N/A |
| 61 | Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | N/A |
| 62 | EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | N/A |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| 63 | EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | N/A |
| 64 | EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | N/A |
| 65 | Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. | SI | N/A |
| 66 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. | SI | N/A |
| 67 | EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o a cualquier tercero. | SI | N/A |
| 68 | EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | N/A |
| 69 | Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. | SI | N/A |
| 70 | No usar el nombre de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | N/A |
| 71 | EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada procedimiento. | SI | N/A |
| 72 | Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada. | SI | N/A |
| 73 | Es obligación por parte del CONTRATISTA publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas. | SI | N/A |
| 74 | El **CONTRATISTA** deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020. | SI | N/A |
| 75 | Las demás obligaciones que de la naturaleza del presente contrato se deriven o impongan las normas legales. | SI | N/A |

| | | |
|---|---|---|
| Página 9 de 16 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
| Código: 2BS-FR-0019 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | |
| Versión: 5 | | |

## CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **DE CARÁCTER TÉCNICO:** (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra) | | |
| Prestación de servicios de salud hospitalarios, ambulatorios y de urgencias de mediana y alta complejidad para los usuarios del subsistema de salud de la policía nacional pertenecientes a la regional de aseguramiento en salud no. 2 - en el municipio de Pitalito - Huila | Si | El contratista cumple con el objeto contractual |

| ITEM | OTRAS CONDICIONES TECNICAS | CUMPLIO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | El contratista debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social, y Decreto 780 de 2016. El contratista ANEXARÁ Certificación Vigente De Habilitación (Al momento del cierre). | SI | N/A |
| 2 | Certificar por escrito que no se encuentran relacionados en el Registro Único De Infractores Ambientales R.U.I.A (Anexo Certificación). | SI | N/A |
| 3 | El contratista debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada: | SI | N/A |
| 4 | Otros procedimientos y cirugías: hasta 15 días | SI | N/A |
| 5 | Urgencias: en las primeras 24 horas y en todos los casos igual o menor a la oferta presentada, oportunidad estipulada en las Resoluciones 256 de 2016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular única título II de SUPERSALUD, www.supersalud.gov.co | SI | N/A |
| 6 | El contratista debe tener implementado el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social "…Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo anterior debe presentar certificación suscrita por el representante legal y o quien haga sus veces en la cual garantice que tiene implementado el PAMEC. | SI | N/A |
| 7 | El contratista deberá presentar el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la Secretaria de Salud del Departamento del Huila, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, debe incluir el modelo de atención en salud junto con la propuesta. | SI | N/A |
| 8 | El contratista debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados, y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios deberá cumplir con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. | SI | N/A |
| 9 | El servicio de urgencias debe prestarse de forma ininterrumpida todos los días de la semana, las 24 horas, los 365 días del año, bajo los principios de eficacia, universalidad, y solidaridad. Se debe salvaguardar igualdad de condiciones clínicas teniendo prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor. En dado caso de solicitud de atención en el servicio de urgencias para una URGENCIA VITAL, tal y como lo consagra la Ley, la atención no requiere autorización previa para la aplicación de los cuidados correspondientes a su necesidad en ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS, pero precisa ser avisada dentro de las 24 horas hábiles siguientes a su prestación según Decreto 4747 de 2007. Debe tenerse en cuenta que las URGENCIAS VITALES de conformidad con su definición científica, no requieren autorización, Decreto 4747 del 2007, por lo que este horario no da lugar a interpretaciones tendientes a afectar de manera alguna el acceso, la calidad ni la oportunidad del servicio; sin embargo, dichas urgencias vitales deberán ser reportadas por el contratista, durante las 24 horas siguientes a su atención. Servicios de baja complejidad. La solicitud de autorización se debe realizar a la línea (1) 5804400 ext 7646, 7426, 7695, 7617 y Avantel 3504131671 y 3505546128, 8correo electrónico disan.griss-aut@policia.gov.co; disan.griss-crf@policia.gov.co; disan.referenal@policia.gov.co. | SI | N/A |
| 10 | MEDIO AMBIENTE | SI | N/A |
| 11 | El contratista a través de certificación se compromete a dar cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (componente interno) de acuerdo al | SI | N/A |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Decreto 351 de 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades", Resolución 1164 de 2002 "Por el cual se adopta el Manual de Procedimientos Para La Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares" , Decreto No. 4741 del 2005 "Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral", y las normas que lo modifiquen y/o adicionen. | | |
| 12 | El contratista deberá cumplir con la normatividad ambiental que le aplique relacionada con vertimientos, gestión de residuos, emisiones atmosféricas, saneamiento básico y manejo de sustancias. | SI | N/A |
| 13 | El contratista deberá presentar junto con la oferta la certificación del cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que deberá ser desarrollado por un profesional con licencia de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1072/2015 y la Resolución 00312 de 2019. | SI | N/A |
| 14 | Presentó certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (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 o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | SI | N/A |
| 17 | Presentar firmado el formulario de compromiso, cumplimiento al SGSST. | SI | N/A |
| 18 | El contratista se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y la ley 2244 del 2022 por la cual se adoptan los lineamientos técnicos de la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, y demás que le modifiquen, adicionen o sustituyan " por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado". | SI | N/A |
| 19 | Realizar atención para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. | SI | N/A |
| 21 | El contratista debe garantizar la realización del 100% de las tecnologías que se estipulen en el contrato, descritas en los diferentes anexos durante el tiempo de ejecución del contrato. | SI | N/A |
| 22 | Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas a la salida, harán parte de la misma atención Inicial de urgencia y con cargo al mismo valor. | SI | N/A |
| 23 | El contratista debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional y la información relacionada con el estado de salud de los pacientes y la prestación de los servicios de salud, así mismo permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato. Además facilitará la información necesaria para realizar visitas de auditoria concurrente a pacientes. | SI | N/A |
| 24 | El contratista dió a conocer el Modelo de prestación de servicios | SI | N/A |
| 25 | El contratista debe garantizar la consulta de Medicina General primera vez. Atención de primera vez a gestantes y de primera vez a 3 días de oportunidad. | SI | N/A |
| 26 | Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal, si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo. | SI | N/A |
| 27 | El contratista deberá contar con el Sistema estructurado de referencia y contrarreferencia y atención al usuario, a fin de que una vez dado de alta (egreso hospitalario) o consulta (inter consulta o remisión) por especialista sea remitida la información de la atención brindada a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co, disan.griss-crf@policia.gov.co, disan.refer-nal@policia.gov.co y a los 350-413-1671 y 350-554-6128 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº | SI | N/A |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2 los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co, deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. | | |
| 28 | Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, el proveedor deberá tramitar para estudio la aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante de la IPS oferente diligenciará completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y remitirlo a la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. No se admiten formatos institucionales del proveedor. Solo cuando el procedimiento o medicamento se requiera su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente a la central de autorizaciones. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida de los mismos. | SI | N/A |
| 29 | La institución oferente se compromete a que exista disponibilidad de camas en hospitalización general, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, a cargo del contrato celebrado con dicha entidad, o en su defecto a gestionar la remisión del enfermo dentro del término máximo de las dos (02) horas siguientes a la determinación de la necesidad de referencia por parte del personal médico. | SI | N/A |
| 30 | El contratista deberá suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | N/A |
| 31 | El contratista se compromete a reportar al supervisor del contrato los indicadores de las Circulares Externas de la Super-salud 030 de 2006, y 056 - 058 de 2009. Así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Así mismo lo indica la Resolución 256 del 5 de febrero del 2016 "por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud." | SI | N/A |
| 32 | Aplicabilidad a la ley 594 de 2000 (julio 14) "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones", en la presentación de las facturas o cuentas de cobro de los servicios de salud prestados. | SI | N/A |
| 33 | El contratista deberá realizar la atención a las gestantes de acuerdo a lo establecido en la guía No. 11 y 15 de 2013 "Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio". Las atenciones en el servicio de se realizaran de acuerdo a lo contemplado en la guía y los procedimientos anexos. | SI | N/A |

## 1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Para el mes de septiembre del 2024, la E.S.E Hospital Departamental San Antonio De Pitalito presento facturación ante la oficina de central de cuentas de la Regional De Aseguramiento En Salud Nº2 por Servicios O Atenciones Prestadas a los usuarios del Subsistema De Salud De La Policía Nacional. Las cuales no han sido notificadas para elaborar recibido a satisfacción.

## 3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA: 174

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (82) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (92) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista después de verificada la relación de la documentación enviada mensualmente de acuerdo con la entrega, dentro de los sesenta días (60) días calendario siguientes a la radicación de la factura comercial en la Ventanilla Única - Central de Cuentas de la regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, ubicada en la Carrera 22 sur No. 26 a -21 Barrio Fronteras del Milenio en Neiva, acompañada de la constancia recibido a

satisfacción expedida por el supervisor del contrato, cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes, teniendo en cuenta el derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).
De igual forma y teniendo en cuenta la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas (1AR-GU-0002) de la Policía Nacional, El Contratista deberá tener en cuenta las siguientes Condiciones:

**FACTURACIÓN O DOCUMENTO EQUIVALENTE:** La radicación de la factura de venta o factura electrónica, si está obligado por legislación tributaria, que cumpla con los requisitos establecidos en el Código de Comercio (arts. 621, 774 y demás concordantes) y Estatuto Tributario (arts. 616 – 1, 617 y conexos) y lo dispuesto en la Directiva Presidencial No. 09 DE 2020 " LINEAMIENTOS PARA EL PAGO A LOS PROVEEDORES DEL ESTADO", impresa y en medio magnética de los servicios prestados, o el documento equivalente, se debe hacer dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con:

- El Prestador del Servicio de Salud de la Red externa, deberá cargar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad, (RECUM) **https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frLogin.aspx**, con el fin de ser validados siguiendo los lineamientos establecidos para ello, se validará la información de los documentos con la suministrada por la IPS en el módulo de radicación de cuentas médicas, como: número consecutivo de factura, concepto, cantidad y valor.
- Facturas que corresponden a servicios médicos por contrato deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días hábiles de cada mes, cuando se trate de documentación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de pre radicado del módulo de radicación de cuentas médicas, en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes:
- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616- 1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
- Certificación aportes parafiscales.
- Fotocopia de la cedula del representante legal.
- Certificación bancaria vigente, (en caso de modificar informar oportunamente para el trámite 5 días hábiles antes).
- Planilla de radicación de pacientes en formato especificado sin ser modificado. (1AR-FR-0028 RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS) de forma física y al correo deuil.upres-cue@policia.gov.co El valor total e individual de la planilla debe corresponder a los valores de las facturas físicas.
- Certificación de la revisora fiscal actualizada, con copia de la tarjeta profesional del contador, más certificado de junta de contadores vigente.
- Soportes de la factura legibles
- De acuerdo a la ley 594 del 2.000 por la cual se establece la Ley General de Archivo, la cuenta debe llegar en carpeta preferiblemente de las indicaciones de la institución, (carpeta blanca con 4 alas) sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, foliada en la parte superior derecha con lápiz No. 2 a partir del consecutivo No. 7 máximo hasta 250 folios por carpeta; de igual forma se aclara que cada cuenta debe venir en una carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 250 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo.
- El Contratista a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que ésta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el respectivo pago".
- Si la carpeta tiene más de tres (3) tomos cada uno de 250 folios, su foliado será a partir del consecutivo No. 10 en adelante. De igual forma esta cuenta NO DEBE portar material abrasivo metálico (ganchos

1303379383

de cosedora y clic) ya que los mismos deterioran los documentos. Las facturas que hacen parte del contrato se deben separar de aquellas que hacen parte de servicios prestados por urgencias.

Adicionalmente, se solicitan los siguientes soportes en las cuentas de URGENCIAS MÉDICAS:

- Formato de información a terceros.
- Certificación bancaria.
- Fotocopia del RUT.
- Fotocopia cédula representante legal.
- Notificación de la urgencia o autorización por parte de referencia y contra referencia de la unidad de Sanidad.
- Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

**NOTA 1:** El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

- **NOTA 2:** El derecho de turno es el orden que la administración tendrá en cuenta para el pago de acuerdo con lo establecido en el artículo 8 numeral 1 de la ley 1150 de 2007, "*por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos*".

**OBJECIONES Y GLOSAS**:

En el evento de que se presenten glosas u objeciones transitorias, éstas deberán ser respondidas y tramitadas según los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte de la UPRES - HUILA. Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. (Ver manual único de glosas, devoluciones y respuestas adjunto al componente de Auditoría de Cuentas anexo al presente instructivo). REVISAR FRENTE LEY 1438 ARTÍCULO 57.

**CONCILIACIÓN DE GLOSAS**

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011, que expresa: *"Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

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

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

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

1303379383

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

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Unidad Prestadora de Salud Huila o Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

**CAUSALES DE NO PAGO**:

- Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no *cuente* con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la unidad prestadora de salud Huila.
- Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización del ESPRI, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008. Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007.
- Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.
- 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 Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN).
- Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (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 (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.

**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 | $570.000.000,00 | 100.00% |
| Valor total de las entregas | $51,344,128.00 | 9.01% |
| Valor total facturado | $51,344,128.00 | 9.01% |
| Valor facturado pendiente de pago | $51,344,128.00 | 9.01% |
| Valor pagado | $ 0.00 | 0% |
| Valor pendiente de entrega | $518,655,872.00 | 90.99% |

1303379383

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 del 06/09/2024 | $10,525,500.00 | 23-07-2024 al 31-07-2024 | $9,966,700.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 02 del 06/09/2024 | $8,679,700.00 | 19-07-2024 al 30-07-2024 | 19-07-2024 al 30-07-2024 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 03 del 06/09/2024 | $ 2,217,600.00 | 19-07-2024 al 30-07-2024 | $ 2,217,600.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 04 del 06/09/2024 | $3,522,346.00 | 12-07-2024 al 17-07-2024 | $3,462,516.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 05 del 06/09/2024 | $ 5,051,400.00 | 15-07-2024 al 27-07-2024 | $ 5,008,200.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 06 del 06/09/2024 | $ 6,696,619.00 | 25-07-2024 al 31-07-2024 | $ 6,176,583.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 07 del 06/09/2024 | $15,832,123.00 | 23-07-2024 al 27-07-2024 | $14,886,129.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 08 del 06/09/2024 | $11,299,456.00 | 24-07-2024 | $10,588,231.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 09 del 06/09/2024 | $4,705,100.00 | 13-07-2024 al 29-07-2024 | $ 4,695,600.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 10 del 06/09/2024 | $6,378,227.00 | 22-07-2024 al 31-07-2024 | $ 5,798,436.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 11 del 06/09/2024 | $12,442,498.00 | 16-07-2024 al 24-07-2024 | $9,544,898.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 12 del 06/09/2024 | $5,589,700.00 | 01-08-2024 al 14-14-2024 | $5,510,400.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 13 del 06/09/2024 | $6,069,919.00 | 26-07-2024 al 13-08-2024 | $ 5,333,919.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 14 del 06/09/2024 | $7,385,400.00 | 23-07-2024 al 15-08-2024 | $ 7,322,500.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 15 del 06/09/2024 | $ 8,253,400.00 | 05-08-2024 al 14-08-2024 | $ 8,253,400.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 16 del 11/09/2024 | $6,684,526.00 | 01-08-2024 al 12-08-2024 | $ 6,071,026.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 17 del 11/09/2024 | $ 7,333,089.00 | 01-08-2024 al 15-08-2024 | $ 6,973,111.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 18 del 11/09/2024 | $15,832,721.00 | 06-08-2024 | $14,614,021.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 19 del 11/09/2024 | $8,490,032.00 | 08-08-2024 AL 31-08-2024 | $ 8,473,632.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 20 del 11/09/2024 | $ 6,627,214.00 | 06-08-2024 AL 29-08-2024 | $ 6,627,214.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 21 del 30/09/2024 | $ 6,319,300.00 | 09-08-2024 AL 28-08-2024 | $ 6,319,300.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 22 del 30/09/2024 | $ 5,748,500.00 | 05-08-2024 AL 27-08-2024 | $ 5,680,775.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 23 del 30/09/2024 | $ 5,731,100.00 | 15-08-2024 AL 28-08-2024 | $ 5,607,200.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 24 del 30/09/2024 | $ 9,469,412.00 | 06-08-2024 AL 26-08-2024 | $ 9,469,412.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 25 del 30/09/2024 | $16,118,167.00 | 10-08-2024 AL 23-08-2024 | $ 9,414,717.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 26 del 30/09/2024 | $13,617,432.00 | 17-08-2024 AL 29-08-2024 | $12,561,632.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |
| 27 del 30/09/2024 | $8,837,516.00 | 08-08-2024 AL 31-08-2024 | $ 8,672,543.00 | varias | Pendiente de pago | ----- | Pendiente reporte de pago |

**NOTA:** en caso de que se esté presentando el informe final, se deberá diligenciar el cuadro anterior con la recopilación de toda información del contrato.

**4.2 Entrada de Bienes**

***5.* RECOMENDACIONES**

**6. CONCLUSIONES**

1303379383

| | | |
|---|---|---|
| Página 16 de 16<br>Código: 2BS-FR-0019<br>Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 5 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS<br>INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA | POLICÍA NACIONAL |

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_____

Grado y Nombres SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ
Supervisor Contrato u orden de Compra No. 85-5-20127-24
Correo electrónico: deuil.espri-pit@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3505561144

1303379383

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | 30/09/2024 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 |
| 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; Contrato de compraventa; Contrato de suministro; Contrato interadministrativo: X |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 85-5-20127-24 |
| Constancia de recibido No. | 22 |
| Contratista: | E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO |
| NIT del contratista: | 891.180.134-2 |
| Objeto del contrato o *aceptación de oferta*: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA |
| 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: | $570.000.000 |
| Plazo de ejecución: | 31/12/2024 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | ESPRI PITALITO |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO_X__ | NO APLICA |
| Nombre del supervisor /coordinador del contrato y cargo que desempeña: | SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ<br>ENCARGADO ESPRI PITALITO |
| Fecha de entrega certificada: | ES EL PERIODO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO<br>Del: 05-08-2024 AL 27-08-2024 |

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 a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RASE S2 | 16 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA | $ 5.748.500.00 | $ 5.748.500.00 | $67.725,00 | $ 5.680.775.00 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA |

1303379383

| No. Factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| HSPE837981 | 2024/08/05 | 67,800.00 | 0,00 | 67,800.00 |
| HSPE839673 | 2024/08/08 | 534,200.00 | 0,00 | 534,200.00 |
| HSPE839813 | 2024/08/08 | 234,000.00 | 67,725.00 | 166,275.00 |
| HSPE839866 | 2024/08/08 | 710,000.00 | 0,00 | 710,000.00 |
| HSPE843781 | 2024/08/14 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE844036 | 2024/08/15 | 491,000.00 | 0,00 | 491,000.00 |
| HSPE844755 | 2024/08/16 | 240,800.00 | 0,00 | 240,800.00 |
| HSPE844809 | 2024/08/16 | 25,400.00 | 0,00 | 25,400.00 |
| HSPE844818 | 2024/08/16 | 202,600.00 | 0,00 | 202,600.00 |
| HSPE844874 | 2024/08/16 | 14,900.00 | 0,00 | 14,900.00 |
| HSPE844912 | 2024/08/16 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE844960 | 2024/08/16 | 24,100.00 | 0,00 | 24,100.00 |
| HSPE845183 | 2024/08/16 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE845289 | 2024/08/16 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE845363 | 2024/08/16 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE845769 | 2024/08/17 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE845826 | 2024/08/17 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE846413 | 2024/08/19 | 638,600.00 | 0,00 | 638,600.00 |
| HSPE846756 | 2024/08/20 | 49,200.00 | 0,00 | 49,200.00 |
| HSPE847429 | 2024/08/21 | 355,900.00 | 0,00 | 355,900.00 |
| HSPE847464 | 2024/08/21 | 43,600.00 | 0,00 | 43,600.00 |
| HSPE847477 | 2024/08/21 | 160,300.00 | 0,00 | 160,300.00 |
| HSPE847485 | 2024/08/21 | 184,500.00 | 0,00 | 184,500.00 |
| HSPE847578 | 2024/08/21 | 81,500.00 | 0,00 | 81,500.00 |
| HSPE847621 | 2024/08/21 | 273,100.00 | 0,00 | 273,100.00 |
| HSPE848016 | 2024/08/21 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE848068 | 2024/08/21 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE848562 | 2024/08/22 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE848570 | 2024/08/22 | 25,400.00 | 0,00 | 25,400.00 |
| HSPE848671 | 2024/08/22 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE848928 | 2024/08/22 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE849005 | 2024/08/22 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE850703 | 2024/08/26 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE850869 | 2024/08/26 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE850891 | 2024/08/26 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE851096 | 2024/08/26 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE851104 | 2024/08/26 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE851189 | 2024/08/26 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE851376 | 2024/08/27 | 25,400.00 | 0,00 | 25,400.00 |
| HSPE851464 | 2024/08/27 | 81,500.00 | 0,00 | 81,500.00 |
| HSPE851516 | 2024/08/27 | 166,800.00 | 0,00 | 166,800.00 |
| HSPE851615 | 2024/08/27 | 45,900.00 | 0,00 | 45,900.00 |
| HSPE851694 | 2024/08/27 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $ 5,748,500.00 | 67,725.00 | $ 5,680,775.00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual "*PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUSBISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE PITALITO-HUILA.*", sin ninguna novedad.

1303379383

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO si__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos arios de baja complejidad. | SI | No aplica |
| 2 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe. | SI | No aplica |
| 3 | Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta | SI | No aplica |
| 4 | El Contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones. | SI | No aplica |
| 5 | Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 6 | Actualización semestral de los precios de medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA, esta, deberá presentar informe detallado y/o acto administrativo (***acta, decreto, resolución, acuerdo, circular***) donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran, una vez tengan el aval y aprobación de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, previa revisión de auditoria médica y notificación a la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA. | SI | No aplica |
| 7 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | No aplica |
| 8 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | No aplica |
| 9 | El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. | SI | No aplica |
| 10 | Para la autorización del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad), Boletín de autorización vigente Todos los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. | SI | No aplica |
| 11 | Todo procedimiento adicional que no hagá parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. | SI | No aplica |
| 12 | 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 cancelada por el SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. | SI | No aplica |
| 13 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. | SI | No aplica |
| 14 | El CONTRATISTA se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | SI | No aplica |
| 15 | **El contratista debe dar a conocer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 las Guías de manejo institucionales**. | SI | No aplica |
| 16 | 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 y firmada por el usuario o acudiente. Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL. 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 cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)". Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. | SI | No aplica |
| 17 | QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).** | | |
| 18 | El CONTRATISTA Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100 % de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. | SI | No aplica |
| 19 | El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 20 | **El contratista no atenderá pacientes que presenten boletines de autorización vencidos, teniendo en cuenta que dicho documento tiene vigencia 60 días calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE.** | SI | No aplica |
| 21 | Las demás que se deriven a lo largo del desarrollo del presente proceso de contratación. | SI | No aplica |
| 22 | Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. | SI | No aplica |
| 23 | Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. | SI | No aplica |
| 24 | Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. | SI | No aplica |
| 25 | Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 26 | el Prestador se compromete a recolectar y reportar mensualmente a REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica; Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante el envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. | SI | No aplica |
| 27 | Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | No aplica |
| 28 | Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y ización, en caso de que estos hayan sido contratados por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". | SI | No aplica |
| 29 | Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 30 | Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para que esta generé la autorización. | SI | No aplica |
| 31 | Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 32 | Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. | SI | No aplica |
| 33 | Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co , los primeros 5 de cada mes. | SI | No aplica |
| 34 | Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. | SI | No aplica |
| 35 | Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. | SI | No aplica |
| 36 | Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. | SI | No aplica |
| 37 | Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. | SI | No aplica |
| 38 | Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Este hecho. | SI | No aplica |
| 39 | Solicitar autorización a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| 40 | Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. | SI | No aplica |
| 41 | Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | No aplica |
| 42 | Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. | SI | No aplica |
| 43 | Informar oportunamente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. | SI | No aplica |
| 44 | Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. | SI | No aplica |
| 45 | Informar cuando se presente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 46 | Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. | SI | No aplica |
| 47 | Permitir a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | No aplica |
| 48 | Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 49 | El PRESTADOR permitirá que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. | SI | No aplica |
| 50 | Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. | SI | No aplica |
| 51 | Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. | SI | No aplica |
| 52 | El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA U la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. | SI | No aplica |
| 53 | El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. | SI | No aplica |
| 54 | Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cumplimiento de esta obligación. | | |
| 55 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | No aplica |
| 56 | Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. | SI | No aplica |
| 57 | Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 58 | En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. | SI | No aplica |
| 59 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. | SI | No aplica |
| 60 | Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | No aplica |
| 61 | Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. | SI | No aplica |
| 62 | Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. | SI | No aplica |
| 63 | Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | No aplica |
| 64 | EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | No aplica |
| 65 | EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 66 | EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | No aplica |
| 67 | Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 68 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. | SI | No aplica |
| 69 | EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o a cualquier tercero. | SI | No aplica |
| 70 | EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | No aplica |
| 71 | Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. **72)** No usar el nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | No aplica |

**SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ**
**ENCARGADO ESPRI PITALITO**

1303379383

| Código: ICF-FR-0131 | ADMINISTRACION DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Fecha: 15/08/2024 | CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | |
| Versión: 1 | | |

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION 3612 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024 CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | 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 | HSPE837981 | 5/08/2024 | KEVIN GUERRERO | 1079556895 | RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES | $ 67.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 67.800,00 | N/A | |
| 2 | HSPE839673 | 8/08/2024 | SANDRA REYES | 1083897778 | COLPOSCOPIA | $ 534.200,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 534.200,00 | N/A | |
| 3 | HSPE839813 | 8/08/2024 | ARACELY ARDILA | 36312719 | RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR) | $ 234.000,00 | 26/09/2024 | $ 67.725,00 | | $ 166.275,00 | 1-108,Facturacion Ayudas diagnosticas, se objeta facturacion de radiografia de rodillas bilateral, se reconoce el codigo 21136 Comparativas de las regiones anteriores, al valor de la region agregar valor de $30.675 | |
| 4 | HSPE839866 | 8/08/2024 | JUAN CASTRO | 1083894121 | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO) | $ 710.000,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 710.000,00 | N/A | |
| 5 | HSPE843781 | 14/08/2024 | ROSALBA JIMENEZ | 28961358 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 6 | HSPE844036 | 15/08/2024 | DIEGO RAMIREZ | 10029775 | MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER) | $ 491.000,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 491.000,00 | N/A | |
| 7 | HSPE844755 | 16/08/2024 | JUAN LANCHEROS | 1010159224 | ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS) | $ 240.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 240.800,00 | N/A | |
| 8 | HSPE844809 | 16/08/2024 | EMILY BARRERA | 1083907235 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA | $ 25.400,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 25.400,00 | N/A | |
| 9 | HSPE844818 | 16/08/2024 | LILIA CANTILLO | 36113745 | HORMONA LUTEINIZANTE | $ 202.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 202.600,00 | N/A | |
| 10 | HSPE844874 | 16/08/2024 | RICHARD CARDONA | 18608602 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | $ 14.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 14.900,00 | N/A | |
| 11 | HSPE844912 | 16/08/2024 | RUTH BETANCUR | 1077845071 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 12 | HSPE844960 | 16/08/2024 | CARLOS BUSTAMANTE | 45619/0 | UROANALISIS | $ 24.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 24.100,00 | N/A | |
| 13 | HSPE845183 | 16/08/2024 | IAN CORTES | 1122528634 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 14 | HSPE845289 | 16/08/2024 | JOHANNA CUELLAR | 1075223975 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 15 | HSPE845363 | 16/08/2024 | IVONNE MENDEZ | 1083886576 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 16 | HSPE845769 | 17/08/2024 | ARQUIMEDES CABRERA | 83218401 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 17 | HSPE845826 | 17/08/2024 | ESPERANZA POLANCO | 36274850 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 18 | HSPE846411 | 19/08/2024 | HERNAN REY | 5841774 | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO | $ 638.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 638.600,00 | N/A | |

| Código: 1LF-FR-0131 | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|---|
| Fecha: 15/08/2024 | CERTIFICACIÓN DE AUDITORIA MEDICA | |
| Versión: 1 | | |

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO

No. RADICACION 3612 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | HSPE846756 | 20/08/2024 | EDGAR NARVAEZ | 12111068 | BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS | $ 49.200,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 49.200,00 | N/A | |
| 20 | HSPE847429 | 21/08/2024 | ROSALIANO RIASCOS | 16501437 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES | $ 355.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 355.900,00 | N/A | |
| 21 | HSPE847464 | 21/08/2024 | PEDRO RAMIREZ | 12239195 | HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATÓCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA] AUTOMATIZADO | $ 43.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 43.600,00 | N/A | |
| 22 | HSPE847477 | 21/08/2024 | ROSALIANO RIASCOS | 16501437 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 160.300,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 160.300,00 | N/A | |
| 23 | HSPE847485 | 21/08/2024 | OLGA IMBACHI | 36296331 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES | $ 184.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 184.500,00 | N/A | |
| 24 | HSPE847578 | 21/08/2024 | BETTY IBARRA | 26482397 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE | $ 81.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 81.500,00 | N/A | |
| 25 | HSPE847621 | 21/08/2024 | ALEXANDER ZAMORA | 14837651 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 273.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 273.100,00 | N/A | |
| 26 | HSPE848016 | 21/08/2024 | ONEIRA PEREZ | 47426552 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 27 | HSPE848068 | 21/08/2024 | DIEGO RAMIREZ | 10029775 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 28 | HSPE848562 | 22/08/2024 | ISAIAS BARRERA | 12191675 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 29 | HSPE848570 | 22/08/2024 | FLORENTINO SILVA | 91748725 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA | $ 25.400,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 25.400,00 | N/A | |
| 30 | HSPE848671 | 22/08/2024 | NICOLAS OME | 1083934866 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 31 | HSPE848928 | 22/08/2024 | ISABELLA TRUJILLO | 1029608592 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 32 | HSPE849005 | 22/08/2024 | EMMANUEL MURCIA | 1077877498 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 33 | HSPE850703 | 26/08/2024 | JORGE MAJE | 1004083609 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 34 | HSPE850809 | 26/08/2024 | CAMPO POLAÑOS | 16662509 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |



1303379383

| | | |
|---|---|---|
| Código 3[illegible]-FR-0131 | ADMINISTRACION DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS | POLICIA NACIONAL |
| Fecha 15/09/2024 | | |
| Version 1 | CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | |

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION 3612 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 35 | HSPE850891 | 26/08/2024 | DAVID TRUJILLO | 4923839 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 36 | HSPE851096 | 26/08/2024 | MARTHA RIASCOS | 31387471 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 37 | HSPE851104 | 26/08/2024 | MARINELLA VILLARRUEL | 52839943 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 38 | HSPE851189 | 26/08/2024 | RIGOBER O VILLAGOME | 12984279 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 39 | HSPE851376 | 27/08/2024 | ESMERALDA MENDEZ | 1076907964 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA | $ 25.400,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 25.400,00 | N/A | |
| 40 | HSPE851464 | 27/08/2024 | JOSELO GOMEZ | 12343216 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE | $ 81.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 81.500,00 | N/A | |
| 41 | HSPE851516 | 27/08/2024 | PABLO GOMEZ | 12228662 | TIROXINA LIBRE | $ 166.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 166.800,00 | N/A | |
| 42 | HSPE851615 | 27/08/2024 | UZ PEREZ | 31271550 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA | $ 45.900,00 | | $ 0,00 | | $ 45.900,00 | N/A | |
| 43 | HSPE851694 | 27/08/2024 | DAVID TRUJILLO | 4923839 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| | | | | | | $ 5.748.500,00 | | $ 67.725,00 | | $ 5.680.775,00 | | |

María Teresa Barrios García
Auditor Medico
C. C. 22549186
RM083007/2006
Universidad del Norte - UCC

Elaborado Por

MARIA TERESA BARRIOS GARCIA
Auditor Cuentas Medicas Huila

Recibido Por

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

# ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
## 891180134

Codigo IPS: 4155100479-01
Calle 3 Sur N° 1B - 45 Pitalito - Huila PITALITO - HUILA
8362500 -



Codigo EPS | Fecha Impresión miércoles, 04 de septiembre de 2024 05 | Contrato N° 85-5-20127-24

# CUENTA DE COBRO N° 45072

## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2
NIT. 900419719

**DEBE A :**

## ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
NIT. : 891180134

**LA SUMA DE** $ 5.748.500,00 CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS COLOMBIANOS

POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A LOS USUARIOS DE SU ENTIDAD, SEGÚN ANEXO DE FACTURAS DE LA CUENTA DE COBRO No. 45072 ADJUNTA, LAS CUALES SE ANEXAN INTEGRALMENTE CON LOS SOPORTES ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Y QUE HACEN PARTE COMPLEMENTARIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

FAVOR HACER SU CONSIGNACION A LA CUENTA CORRIENTE NO. 42506003-5 BANCO POPULAR PITALITO, CUENTA CORRIENTE BANCO AGRARIO CTA. 3942003111-2. NOTIFICAR EL VALOR DE LA CONSIGNACION Y LAS FACRURAS CANCELADAS AL CORREO-E cartera@hospitalpitalito.gov.co O AL TEL. 8360147 PARA DESCARGARSE DE CARTERA.

**Dado En PITALITO, Fecha** 4/09/2024 **Dpto. de Facturación**

Se anexa_____ CD, _____ tomos, con ____ folios, que contienen Autorizaciones, fotocopias de carneé, documento de identidad. epicrisis y soportes de atención para cada factura.

04/09/2024

**El funcionario o entidad encargada para recepcionar las facturas originadas por la prestación de servicios de salud por la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, declara bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de la firma o colocación del sello, estar autorizado para tal efecto, y acepta haber verificado formalmente su contenido, sin perjuicio de la revisión y posterior auditoria de conformidad con el trámite y términos reglamentados en la normatividad vigentes para la facturación y pago a prestadores de servicios de salud (Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011) y aquellas que la complementen o modifiquen.**

09 SEP 2024
3612

**Firma de Recibido:**
**Nombre:**
**Cedula o Nit:**
**Fecha Recibido**

LA PRESENTE CUENTA DE COBRO DEBERA CANCELARSE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 13 LITERAL "D" DE LA LEY 1122/2007.

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO N° 45072

| N° Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Regimen: Regimen Especial - COP | | | | | | | | | |
| HSPE837981 | 05/08/2024 | 05/08/2024 | CT101 | 1079536895 | KEVIN GUERRERO | $ 67.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 67.800,00 |
| HSPE839673 | 08/08/2024 | 08/08/2024 | CT101 | 1083897778 | SANDRA REYES | $ 534.200,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 534.200,00 |
| HSPE839813 | 08/08/2024 | 08/08/2024 | CT101 | 36312719 | ARACELY ARDILA | $ 234.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 234.000,00 |
| HSPE839866 | 08/08/2024 | 08/08/2024 | CT101 | 1083894121 | JUAN CASTRO | $ 710.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 710.000,00 |
| HSPE843781 | 14/08/2024 | 14/08/2024 | CT101 | 28961358 | ROSALBA JIMENEZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE844036 | 15/08/2024 | 15/08/2024 | CT101 | 10029775 | DIEGO RAMIREZ | $ 491.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 491.000,00 |
| HSPE844755 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 1010199224 | JUAN LANCHEROS | $ 240.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 240.800,00 |
| HSPE844809 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 1083907235 | EMILY BARRERA | $ 25.400,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 25.400,00 |
| HSPE844818 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 36113745 | LILIA CANTILLO | $ 202.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 202.600,00 |
| HSPE844874 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 18608602 | RICHARD CARDONA | $ 14.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 14.900,00 |
| HSPE844912 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 1077845071 | RUTH BETANCUR | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE844960 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 4561970 | CARLOS BUSTAMANTE | $ 24.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 24.100,00 |
| HSPE845183 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 1122528634 | IAN CORTES | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE845289 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 1075223975 | JOHANNA CUELLAR | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE845363 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 1083886576 | IVONNE MENDEZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE845769 | 17/08/2024 | 17/08/2024 | CT101 | 83218401 | ARQUIMEDES CABRERA | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE845826 | 17/08/2024 | 17/08/2024 | CT101 | 36274850 | ESPERANZA POLANCO | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE846413 | 19/08/2024 | 19/08/2024 | CT101 | 5841774 | HERNAN REY | $ 638.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 638.600,00 |
| HSPE846756 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 12111068 | EDGAR NARVAEZ | $ 49.200,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 49.200,00 |
| HSPE847429 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 16501437 | ROSALIANO RIASCOS | $ 355.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 355.900,00 |
| HSPE847464 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 12239195 | PEDRO RAMIREZ | $ 43.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 43.600,00 |
| HSPE847477 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 16501437 | ROSALIANO RIASCOS | $ 160.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 160.300,00 |
| HSPE847485 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 36296331 | OLGA IMBACHI | $ 184.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 184.500,00 |
| HSPE847578 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 26482397 | BETTY IBARRA | $ 81.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 81.500,00 |
| HSPE847621 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 14837651 | ALEXANDER ZAMORA | $ 273.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 273.100,00 |
| HSPE848016 | 12/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 47426552 | ONEIRA PEREZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE848068 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 10029775 | DIEGO RAMIREZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE848562 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 12191675 | ISAIAS BARRERA | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE848570 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 91248725 | FLORENTINO SILVA | $ 25.400,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 25.400,00 |
| HSPE848671 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 1083934866 | NICOLAS OME | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE848928 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 1029608592 | ISABELLA TRUJILLO | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE849005 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 1077877498 | EMMANUEL MURCIA | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE850703 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 1004033609 | JORGE MAJE | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE850869 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 16662509 | CAMPO BOLAÑOS | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE850891 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 4923839 | DAVID TRUJILLO | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE851096 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 31387471 | MARTHA RIASCOS | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE851104 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 52839943 | MARINELLA VILLARRUEL | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE851189 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 12984279 | RIGOBERTO VILLAGOMEZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE851376 | 27/08/2024 | 27/08/2024 | CT101 | 1076907964 | ESMERALDA MENDEZ | $ 25.400,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 25.400,00 |
| HSPE851464 | 27/08/2024 | 27/08/2024 | CT101 | 12143216 | JOSELO GOMEZ | $ 81.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 81.500,00 |
| HSPE851516 | 27/08/2024 | 27/08/2024 | CT101 | 12228662 | PABLO GOMEZ | $ 166.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 166.800,00 |
| HSPE851615 | 27/08/2024 | 27/08/2024 | CT101 | 31271550 | LUZ PEREZ | $ 45.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 45.900,00 |

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO N° 45072

| N° Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HSPE851694 | 27/08/2024 | 27/08/2024 | CT101 | 4923839 | DAVID TRUJILLO | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |

N° Facturas: 43

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Total COP | $ 5.748.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 5.748.500,00 |

Powered by Indigo Software

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | 30/09/2024 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro<br>Contrato interadministrativo: X |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 85-5-20127-24 |
| Constancia de recibido No. | 23 |
| Contratista: | E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO |
| NIT del contratista: | 891.180.134-2 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA |
| 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: | $570.000.000 |
| Plazo de ejecución: | 31/12/2024 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | ESPRI PITALITO |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__ | NO APLICA |
| Nombre del supervisor /coordinador del contrato y cargo que desempeña: | SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ<br>ENCARGADO ESPRI PITALITO |
| Fecha de entrega certificada: | ES EL PERIODO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO<br>Del: 15-08-2024 AL 28-08-2024 |

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 a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE S2 | 16 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA | $ 5,731,100.00 | $ 5,731,100.00 | $123.900,00 | $ 5,607,200,00 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA |

1303379383

| No. Factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| HSPE844015 | 2024/08/15 | 385,400.00 | 0,00 | 385,400.00 |
| HSPE844016 | 2024/08/15 | 178,100.00 | 0,00 | 178,100.00 |
| HSPE844056 | 2024/08/15 | 299,600.00 | 0,00 | 299,600.00 |
| HSPE844116 | 2024/08/15 | 249,100.00 | 0,00 | 249,100.00 |
| HSPE844821 | 2024/08/16 | 92,700.00 | 0,00 | 92,700.00 |
| HSPE844859 | 2024/08/16 | 119,100.00 | 0,00 | 119,100.00 |
| HSPE844866 | 2024/08/16 | 555,500.00 | 0,00 | 555,500.00 |
| HSPE845115 | 2024/08/16 | 191,500.00 | 0,00 | 191,500.00 |
| HSPE846188 | 2024/08/19 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE846254 | 2024/08/19 | 67,800.00 | 0,00 | 67,800.00 |
| HSPE846520 | 2024/08/20 | 120,500.00 | 0,00 | 120,500.00 |
| HSPE846523 | 2024/08/20 | 385,400.00 | 0,00 | 385,400.00 |
| HSPE846529 | 2024/08/20 | 105,600.00 | 0,00 | 105,600.00 |
| HSPE846575 | 2024/08/20 | 382,900.00 | 0,00 | 382,900.00 |
| HSPE846579 | 2024/08/20 | 146,300.00 | 0,00 | 146,300.00 |
| HSPE846580 | 2024/08/20 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE846641 | 2024/08/20 | 143,300.00 | 0,00 | 143,300.00 |
| HSPE846643 | 2024/08/20 | 81,500.00 | 0,00 | 81,500.00 |
| HSPE846671 | 2024/08/20 | 129,900.00 | 0,00 | 129,900.00 |
| HSPE846726 | 2024/08/20 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE846751 | 2024/08/20 | 99,500.00 | 0,00 | 99,500.00 |
| HSPE846774 | 2024/08/20 | 346,100.00 | 0,00 | 346,100.00 |
| HSPE846776 | 2024/08/20 | 346,100.00 | 0,00 | 346,100.00 |
| HSPE846986 | 2024/08/20 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE847093 | 2024/08/20 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE847259 | 2024/08/20 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE847287 | 2024/08/20 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE847314 | 2024/08/20 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE847453 | 2024/08/21 | 25,700.00 | 0,00 | 25,700.00 |
| HSPE847527 | 2024/08/21 | 115,000.00 | 0,00 | 115,000.00 |
| HSPE849180 | 2024/08/23 | 75,800.00 | 0,00 | 75,800.00 |
| HSPE849449 | 2024/08/23 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE849543 | 2024/08/23 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE849905 | 2024/08/24 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE850162 | 2024/08/24 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE850274 | 2024/08/24 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE850302 | 2024/08/24 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE850774 | 2024/08/26 | 123,900.00 | 123,900.00 | 0,00 |
| HSPE852753 | 2024/08/28 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE852754 | 2024/08/28 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE852757 | 2024/08/28 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| HSPE852792 | 2024/08/28 | 53,600.00 | 0,00 | 53,600.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $5,731,100.00 | 123,900.00 | $5,607,200.00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual "*PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUSBISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE PITALITO-HUILA.*", sin ninguna novedad.

1303379383

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO si__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos arios de baja complejidad. | SI | No aplica |
| 2 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe. | SI | No aplica |
| 3 | Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. | SI | No aplica |
| 4 | El Contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones. | SI | No aplica |
| 5 | Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 6 | Actualización semestral de los precios de medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA, esta, deberá presentar informe detallado y/o acto administrativo (***acta, decreto, resolución, acuerdo, circular***) donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran, una vez tengan el aval y aprobación de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, previa revisión de auditoria médica y notificación a la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA | SI | No aplica |
| 7 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | No aplica |
| 8 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | No aplica |
| 9 | El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. | SI | No aplica |
| 10 | Para la autorización del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). Boletín de autorización vigente Todos los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. | SI | No aplica |
| 11 | Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. | SI | No aplica |
| 12 | 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 cancelada por el SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. | SI | No aplica |
| 13 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. | SI | No aplica |
| 14 | El CONTRATISTA se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | SI | No aplica |
| 15 | **El contratista debe dar a conocer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 las Guías de manejo institucionales**. | SI | No aplica |
| 16 | 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 y firmada por el usuario o acudiente. Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL. 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 cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)". Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. | SI | No aplica |
| 17 | QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).** | | |
| 18 | El CONTRATISTA Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100 % de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. | SI | No aplica |
| 19 | El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. | SI | No aplica |
| 20 | **El contratista no atenderá pacientes que presenten boletines de autorización vencidos, teniendo en cuenta que dicho documento tiene vigencia 60 días calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE.** | SI | No aplica |
| 21 | Las demás que se deriven a lo largo del desarrollo del presente proceso de contratación. | SI | No aplica |
| 22 | Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. | SI | No aplica |
| 23 | Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. | SI | No aplica |
| 24 | Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. | SI | No aplica |
| 25 | Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 26 | el Prestador se compromete a recolectar y reportar mensualmente a REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento; según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. | SI | No aplica |
| 27 | Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | No aplica |
| 28 | Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y ización, en caso de que estos hayan sido contratados por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". | SI | No aplica |
| 29 | Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 30 | Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para que esta genere la autorización. | SI | No aplica |
| 31 | Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 32 | Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. | SI | No aplica |
| 33 | Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co , los primeros 5 de cada mes. | SI | No aplica |
| 34 | Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. | SI | No aplica |
| 35 | Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. | SI | No aplica |
| 36 | Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. | SI | No aplica |
| 37 | Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. | SI | No aplica |
| 38 | Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Este hecho. | SI | No aplica |
| 39 | Solicitar autorización a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| 40 | Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. | SI | No aplica |
| 41 | Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | No aplica |
| 42 | Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. | SI | No aplica |
| 43 | Informar oportunamente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. | SI | No aplica |
| 44 | Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. | SI | No aplica |
| 45 | Informar cuando se presente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 46 | Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. | SI | No aplica |
| 47 | Permitir a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | No aplica |
| 48 | Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 49 | El PRESTADOR permitirá que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. | SI | No aplica |
| 50 | Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. | SI | No aplica |
| 51 | Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. | SI | No aplica |
| 52 | El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA U la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. | SI | No aplica |
| 53 | El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. | SI | No aplica |
| 54 | Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cumplimiento de esta obligación. | | |
| 55 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | No aplica |
| 56 | Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. | SI | No aplica |
| 57 | Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 58 | En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. | SI | No aplica |
| 59 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. | SI | No aplica |
| 60 | Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | No aplica |
| 61 | Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. | SI | No aplica |
| 62 | Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. | SI | No aplica |
| 63 | Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | No aplica |
| 64 | EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | No aplica |
| 65 | EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 66 | EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | No aplica |
| 67 | Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 68 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. | SI | No aplica |
| 69 | EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o a cualquier tercero. | SI | No aplica |
| 70 | EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | No aplica |
| 71 | Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. **72)** No usar el nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | No aplica |

**SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ**
**ENCARGADO ESPRI PITALITO**

1303379383

| Código 1LF-FR-0131 | ADMINISTRACION DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Fecha 15/08/2024 | | |
| Versión 1 | CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | |

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION **3613** DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | 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 | HSPE844015 | 15/08/2024 | LUIS VARGAS | 12226289 | ANTIGENO ESPECIFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 385.400,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 385.400,00 | N/A | |
| 2 | HSPE844016 | 15/08/2024 | ALBA GOMEZ | 36294695 | COLESTEROL TOTAL | $ 178.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 178.100,00 | N/A | |
| 3 | HSPE844056 | 15/08/2024 | RAFAEL PLAZAS | 19181669 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 299.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 299.600,00 | N/A | |
| 4 | HSPE844116 | 15/08/2024 | ANDRES SALAZAR | 1145733410 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES | $ 249.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 249.100,00 | N/A | |
| 5 | HSPE844821 | 16/08/2024 | BLANCA ÑAÑEZ | 36280309 | COLESTEROL TOTAL | $ 92.700,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 92.700,00 | N/A | |
| 6 | HSPE844859 | 16/08/2024 | ANGELICA CIFUENTES | 65555946 | PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO | $ 119.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 119.100,00 | N/A | |
| 7 | HSPE844866 | 16/08/2024 | TITO BECERRA | 4041655 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 555.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 555.500,00 | N/A | |
| 8 | HSPE845115 | 16/08/2024 | ESTEBAN BUSTOS | 1034788086 | Dengue ANTICUERPOS Ig M | $ 191.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 191.500,00 | N/A | |
| 9 | HSPE846188 | 19/08/2024 | LUIS FANDIÑO | 91277858 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 10 | HSPE846254 | 19/08/2024 | MABEL LAGUNA | 55190998 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) | $ 67.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 67.800,00 | N/A | |
| 11 | HSPE846520 | 20/08/2024 | ELVIA BARRERA | 36580019 | COLESTEROL TOTAL | $ 120.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 120.500,00 | N/A | |
| 12 | HSPE846523 | 20/08/2024 | GUSTAVO RODRIGUEZ | 4906003 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 385.400,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 385.400,00 | N/A | |
| 13 | HSPE846529 | 20/08/2024 | ORLANDO HERNANDEZ | 87550153 | COLESTEROL TOTAL | $ 105.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 105.600,00 | N/A | |
| 14 | HSPE846575 | 20/08/2024 | HERNAN REY | 5841774 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES | $ 382.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 382.900,00 | N/A | |
| 15 | HSPE846579 | 20/08/2024 | MARINELLA SANCHEZ | 36289242 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | $ 146.300,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 146.300,00 | N/A | |
| 16 | HSPE846580 | 20/08/2024 | JESUS MOLANO | 1075262513 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 17 | HSPE846641 | 20/08/2024 | LUZ DIAZ | 36281944 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES | $ 143.300,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 143.300,00 | N/A | |
| 18 | HSPE846643 | 20/08/2024 | JAKELINE MURCIA | 36283720 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES | $ 81.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 81.500,00 | N/A | |
| 19 | HSPE846671 | 20/08/2024 | LUZ ROJAS | 36276512 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | $ 129.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 129.900,00 | N/A | |
| 20 | HSPE846726 | 20/08/2024 | MARIA ARCOS | 30074551 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 21 | HSPE846751 | 20/08/2024 | ADRIAN YAGUE | 1083933813 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | $ 99.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 99.500,00 | N/A | |
| 22 | HSPE846774 | 20/08/2024 | AUGUSTO CUELLAR | 4943446 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 346.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 346.100,00 | N/A | |



1303379383 jimena.calderon

| Código: 1LF-FR-0131<br>Fecha: 15/08/2024<br>Versión: 1 | ADMINISTRACION DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS<br>CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|

**RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO**

**No. RADICACION 3613 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | HSPE846776 | 20/08/2024 | DAGOBERTO DELGADO | 12166816 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 346.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 346.100,00 | N/A | |
| 24 | HSPE846986 | 20/08/2024 | DANNA MENDEZ | 1077730026 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 25 | HSPE847093 | 20/08/2024 | FAUSTINO MENDOZA | 17121427 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 26 | HSPE847259 | 20/08/2024 | SARA HERNANDEZ | 1084337233 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 27 | HSPE847287 | 20/08/2024 | RAFAEL PLAZAS | 19181669 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 28 | HSPE847314 | 20/08/2024 | ANA GUARNIZO | 26571601 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 29 | HSPE847453 | 21/08/2024 | ANTONELLA MENESES | 1083940242 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | $ 25.700,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 25.700,00 | N/A | |
| 30 | HSPE847527 | 21/08/2024 | JOSUE LARA | 1079537955 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] | $ 115.000,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 115.000,00 | N/A | |
| 31 | HSPE849180 | 23/08/2024 | PAULA ENCIZO | 1088944057 | GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO | $ 75.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 75.800,00 | N/A | |
| 32 | HSPE849449 | 23/08/2024 | SOFIA BUSTAMANTE | 1068438758 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 33 | HSPE849543 | 23/08/2024 | NIDYA GALINDEZ | 36289201 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 34 | HSPE849905 | 24/08/2024 | MARIA FALLA | 1145730723 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 35 | HSPE850162 | 24/08/2024 | NESTOR MANRIQUE | 17239883 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 36 | HSPE850274 | 24/08/2024 | ELSA IBAÑEZ | 55195363 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 37 | HSPE850302 | 24/08/2024 | VICTORIA TOVAR | 1083939785 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |



1303379383

| Codigo 1LF-FR-0131 | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|---|
| Fecha 15/08/2024 | CERTIFICACIÓN DE AUDITORIA MEDICA | |
| Versión 1 | | |

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION **3613** DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 38 | HSPE850774 | 26/08/2024 | BETTY IBARRA | 26482397 | ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | $ 123.900,00 | 26/09/2024 | $ 123.900,00 | | $ 0,00 | 3-308 Soportes Ayudas diagnósticas se reliza objecion no se adjunta lectura de ecografia de tiroides | |
| 39 | HSPE852753 | 28/08/2024 | FERNANDO COLLAZOS | 79339288 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 40 | HSPE852754 | 28/08/2024 | LUZ ALVAREZ | 26578477 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 41 | HSPE852757 | 28/08/2024 | LUZ ALVAREZ | 26578477 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| 42 | HSPE852792 | 28/08/2024 | HERNAN REY | 5841774 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA | $ 53.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 53.600,00 | N/A | |
| | | | | | | $ 5.731.100,00 | | $ 123.900,00 | | $ 5.607.200,00 | | |

*María Teresa Barrios García*
Auditor Médico
C.C. 22549116
RM083007/2006,
Universidad del Norte

Elaborado Por

MARIA TERESA BARRIOS GARCIA
Auditor Cuentas Medicas Huila

Recibido Por

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos



1303379383

# ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
## 891180134

Codigo IPS: 4155100479-01
Calle 3 Sur N° 1B - 45 Pitalito - Huila PITALITO - HUILA
8362500 -



Codigo EPS | Fecha Impresión miércoles, 04 de septiembre de 2024 05 | Contrato N° 85-5-20127-24

# CUENTA DE COBRO N° 45073

## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2
NIT. 900419719

**DEBE A :**

## ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
NIT. : 891180134

**LA SUMA DE** $ 5.731.100,00 CINCO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL CIEN PESOS COLOMBIANOS

POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A LOS USUARIOS DE SU ENTIDAD, SEGÚN ANEXO DE FACTURAS DE LA CUENTA DE COBRO No. 45073 ADJUNTA, LAS CUALES SE ANEXAN INTEGRALMENTE CON LOS SOPORTES ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Y QUE HACEN PARTE COMPLEMENTARIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

FAVOR HACER SU CONSIGNACION A LA CUENTA CORRIENTE NO. 42506003-5 BANCO POPULAR PITALITO, CUENTA CORRIENTE BANCO AGRARIO CTA. 3942003111-2. NOTIFICAR EL VALOR DE LA CONSIGNACION Y LAS FACRURAS CANCELADAS AL CORREO-E cartera@hospitalpitalito.gov.co O AL TEL 8360147 PARA DESCARGARSE DE CARTERA.

Expedido En PITALITO, Fecha 4/09/2024 Dpto. de Facturación

Se anexa CD, _____ tomos, con _____ folios, que contienen Autorizaciones, fotocopias de carnee, documento de identidad, epicrisis y soportes de atención para cada factura

04/09/2024

El funcionario o entidad encargada para recepcionar las facturas originadas por la prestación de servicios de salud por la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, declara bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de la firma o colocación del sello, estar autorizado para tal efecto, y acepta haber verificado formalmente su contenido, sin perjuicio de la revisión y posterior auditoría de conformidad con el trámite y términos reglamentados en la normatividad vigentes para la facturación y pago a prestadores de servicios de salud (Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011) y aquellas que la complementen o modifiquen.

09 SEP 2024
3612

Firma de Recibido:
Nombre:
Cedula o Nit:
Fecha Recibido

LA PRESENTE CUENTA DE COBRO DEBERA CANCELARSE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 13 LITERAL "D" DE LA LEY 1122/2007.

1303379383

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO N° 45073

| Nº Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Regimen: Regimen Especial - COP | | | | | | | | | |
| HSPE844015 | 15/08/2024 | 15/08/2024 | CT101 | 12226289 | LUIS VARGAS | $ 385.400,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 385.400,00 |
| HSPE844016 | 15/08/2024 | 15/08/2024 | CT101 | 36294695 | ALBA GOMEZ | $ 178.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 178.100,00 |
| HSPE844056 | 15/08/2024 | 15/08/2024 | CT101 | 19181669 | RAFAEL PLAZAS | $ 299.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 299.600,00 |
| HSPE844116 | 15/08/2024 | 15/08/2024 | CT101 | 1145733410 | ANDRES SALAZAR | $ 249.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 249.100,00 |
| HSPE844821 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 36280309 | BLANCA ÑAÑEZ | $ 92.700,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 92.700,00 |
| HSPE844859 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 65555946 | ANGELICA CIFUENTES | $ 119.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 119.100,00 |
| HSPE844866 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 3041653 | TITO BECERRA | $ 555.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 555.500,00 |
| HSPE845115 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 1034788086 | ESTEBAN BUSTOS | $ 191.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 191.500,00 |
| HSPE846188 | 19/08/2024 | 19/08/2024 | CT101 | 91277858 | LUIS FANDIÑO | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE846254 | 16/08/2024 | 19/08/2024 | CT101 | 55190998 | MABEL LAGUNA | $ 67.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 67.800,00 |
| HSPE846520 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 26580019 | ELVIA BARRERA | $ 120.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 120.500,00 |
| HSPE846523 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 4906003 | GUSTAVO RODRIGUEZ | $ 385.400,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 385.400,00 |
| HSPE846529 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 87550153 | ORLANDO HERNANDEZ | $ 105.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 105.600,00 |
| HSPE846575 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 5841774 | HERNAN REY | $ 382.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 382.900,00 |
| HSPE846579 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 36289242 | MARINELLA SANCHEZ | $ 146.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 146.300,00 |
| HSPE846580 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 1075262513 | JESUS MOLANO | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE846641 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 36281944 | LUZ DIAZ | $ 143.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 143.300,00 |
| HSPE846643 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 36283720 | JAKELINE MURCIA | $ 81.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 81.500,00 |
| HSPE846671 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 36276512 | LUZ ROJAS | $ 129.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 129.900,00 |
| HSPE846726 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 30074551 | MARIA ARCOS | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE846751 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 1083933813 | ADRIAN YAGUE | $ 99.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 99.500,00 |
| HSPE846774 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 4943446 | AUGUSTO CUELLAR | $ 346.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 346.100,00 |
| HSPE846776 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 12166816 | DAGOBERTO DELGADO | $ 346.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 346.100,00 |
| HSPE846986 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 1077730026 | DANNA MENDEZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE847093 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 17121427 | FAUSTINO MENDOZA | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE847259 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 1084337233 | SARA HERNANDEZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE847287 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 19181669 | RAFAEL PLAZAS | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE847314 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 26571601 | ANA GUARNIZO | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE847453 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 1083940242 | ANTONELLA MENESES | $ 25.700,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 25.700,00 |
| HSPE847527 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 1079537955 | JOSUE LARA | $ 115.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 115.000,00 |
| HSPE849180 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1088944057 | PAULA ENCIZO | $ 75.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 75.800,00 |
| HSPE849449 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1068438758 | SOFIA BUSTAMANTE | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE849543 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 36289201 | NIDYA GALINDEZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE849905 | 24/08/2024 | 24/08/2024 | CT101 | 1145730723 | MARIA FALLA | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE850162 | 24/08/2024 | 24/08/2024 | CT101 | 12239883 | NESTOR MANRIQUE | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE850274 | 24/08/2024 | 24/08/2024 | CT101 | 55195363 | ELSA IBAÑEZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE850302 | 24/08/2024 | 24/08/2024 | CT101 | 1083939785 | VICTORIA TOVAR | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE850774 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 26482397 | BETTY IBARRA | $ 123.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 123.900,00 |
| HSPE852753 | 28/08/2024 | 28/08/2024 | CT101 | 79339288 | FERNANDO COLLAZOS | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE852754 | 28/08/2024 | 28/08/2024 | CT101 | 26578477 | LUZ ALVAREZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |

1303379383

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO N° 45073

| N° Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HSPE852757 | 28/08/2024 | 28/08/2024 | CT101 | 26578477 | LUZ ALVAREZ | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |
| HSPE852792 | 28/08/2024 | 28/08/2024 | CT101 | 5841774 | HERNAN REY | $ 53.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 53.600,00 |

**N° Facturas:** 42

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Valor Total COP** | **$ 5.731.100,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 5.731.100,00** |

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 7<br>Código: 2BS-FR-0045<br>Fecha: 12-03-2021<br>Versión: 3 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS<br>CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | 30/09/2024 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro<br>Contrato interadministrativo: X |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 85-5-20127-24 |
| Constancia de recibido No. | 24 |
| Contratista: | E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO |
| NIT del contratista: | 891.180.134-2 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA |
| 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: | $570.000.000 |
| Plazo de ejecución: | 31/12/2024 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | ESPRI PITALITO |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | NO APLICA |
| Nombre del supervisor /coordinador del contrato y cargo que desempeña: | SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ<br>ENCARGADO ESPRI PITALITO |
| Fecha de entrega certificada: | ES EL PERIODO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO<br>Del: 06-08-2024 AL 26-08-2024 |

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 a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE S2 | 16 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA | $ 9,469,412.00 | $ 9,469,412.00 | $0,00 | $ 9,469,412.00 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA |

1303379383

| No. Factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| HSPE838665 | 2024/08/06 | 74,500.00 | 0,00 | 74,500.00 |
| HSPE839484 | 2024/08/08 | 74,500.00 | 0,00 | 74,500.00 |
| HSPE842185 | 2024/08/13 | 491,000.00 | 0,00 | 491,000.00 |
| HSPE842414 | 2024/08/13 | 74,500.00 | 0,00 | 74,500.00 |
| HSPE842473 | 2024/08/13 | 74,500.00 | 0,00 | 74,500.00 |
| HSPE842619 | 2024/08/13 | 74,500.00 | 0,00 | 74,500.00 |
| HSPE843729 | 2024/08/14 | 568,700.00 | 0,00 | 568,700.00 |
| HSPE844222 | 2024/08/15 | 1,078,200.00 | 0,00 | 1,078,200.00 |
| HSPE844281 | 2024/08/15 | 67,800.00 | 0,00 | 67,800.00 |
| HSPE844388 | 2024/08/15 | 198,400.00 | 0,00 | 198,400.00 |
| HSPE844850 | 2024/08/16 | 74,500.00 | 0,00 | 74,500.00 |
| HSPE844858 | 2024/08/16 | 779,412.00 | 0,00 | 779,412.00 |
| HSPE846527 | 2024/08/20 | 188,500.00 | 0,00 | 188,500.00 |
| HSPE846559 | 2024/08/20 | 130,600.00 | 0,00 | 130,600.00 |
| HSPE846646 | 2024/08/20 | 518,200.00 | 0,00 | 518,200.00 |
| HSPE846908 | 2024/08/20 | 130,600.00 | 0,00 | 130,600.00 |
| HSPE847174 | 2024/08/20 | 74,500.00 | 0,00 | 74,500.00 |
| HSPE847500 | 2024/08/21 | 129,900.00 | 0,00 | 129,900.00 |
| HSPE848272 | 2024/08/22 | 191,000.00 | 0,00 | 191,000.00 |
| HSPE848314 | 2024/08/22 | 165,300.00 | 0,00 | 165,300.00 |
| HSPE848366 | 2024/08/22 | 142,300.00 | 0,00 | 142,300.00 |
| HSPE848410 | 2024/08/22 | 419,800.00 | 0,00 | 419,800.00 |
| HSPE848420 | 2024/08/22 | 282,000.00 | 0,00 | 282,000.00 |
| HSPE848428 | 2024/08/22 | 518,200.00 | 0,00 | 518,200.00 |
| HSPE849137 | 2024/08/23 | 240,800.00 | 0,00 | 240,800.00 |
| HSPE849148 | 2024/08/23 | 240,800.00 | 0,00 | 240,800.00 |
| HSPE849155 | 2024/08/23 | 130,600.00 | 0,00 | 130,600.00 |
| HSPE849157 | 2024/08/23 | 215,500.00 | 0,00 | 215,500.00 |
| HSPE849190 | 2024/08/23 | 50,100.00 | 0,00 | 50,100.00 |
| HSPE849261 | 2024/08/23 | 189,200.00 | 0,00 | 189,200.00 |
| HSPE849274 | 2024/08/23 | 14,900.00 | 0,00 | 14,900.00 |
| HSPE849281 | 2024/08/23 | 104,500.00 | 0,00 | 104,500.00 |
| HSPE849282 | 2024/08/23 | 160,300.00 | 0,00 | 160,300.00 |
| HSPE849289 | 2024/08/23 | 25,700.00 | 0,00 | 25,700.00 |
| HSPE849293 | 2024/08/23 | 568,700.00 | 0,00 | 568,700.00 |
| HSPE849314 | 2024/08/23 | 308,900.00 | 0,00 | 308,900.00 |
| HSPE849358 | 2024/08/23 | 123,900.00 | 0,00 | 123,900.00 |
| HSPE849540 | 2024/08/23 | 123,900.00 | 0,00 | 123,900.00 |
| HSPE850153 | 2024/08/24 | 127,100.00 | 0,00 | 127,100.00 |
| HSPE850563 | 2024/08/26 | 50,100.00 | 0,00 | 50,100.00 |
| HSPE850581 | 2024/08/26 | 79,500.00 | 0,00 | 79,500.00 |
| HSPE850583 | 2024/08/26 | 193,500.00 | 0,00 | 193,500.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $9,469,412.00 | 0,00 | $9,469,412.00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual "*PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE PITALITO-HUILA.*", sin ninguna novedad.

1303379383

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO sí__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos arios de baja complejidad. | SI | No aplica |
| 2 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe. | SI | No aplica |
| 3 | Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. | SI | No aplica |
| 4 | El Contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones. | SI | No aplica |
| 5 | Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 6 | Actualización semestral de los precios de medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA, esta, deberá presentar informe detallado y/o acto administrativo (***acta, decreto, resolución, acuerdo, circular***) donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran, una vez tengan el aval y aprobación de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, previa revisión de auditoria médica y notificación a la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA | SI | No aplica |
| 7 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | No aplica |
| 8 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | No aplica |
| 9 | El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. | SI | No aplica |
| 10 | Para la autorización del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad), Boletín de autorización vigente Todos los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. | SI | No aplica |
| 11 | Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. | SI | No aplica |
| 12 | 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 cancelada por el SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. | SI | No aplica |
| 13 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. | SI | No aplica |
| 14 | El CONTRATISTA se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | SI | No aplica |
| 15 | **El contratista debe dar a conocer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 las Guías de manejo institucionales**. | SI | No aplica |
| 16 | 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 y firmada por el usuario o acudiente. Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL. 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 cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)" Se debe anexar el CD. con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. | SI | No aplica |
| 17 | QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).** | | |
| 18 | El CONTRATISTA Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100 % de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. | SI | No aplica |
| 19 | El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 20 | **El contratista no atenderá pacientes que presenten boletines de autorización vencidos, teniendo en cuenta que dicho documento tiene vigencia 60 días calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE.** | SI | No aplica |
| 21 | Las demás que se deriven a lo largo del desarrollo del presente proceso de contratación. | SI | No aplica |
| 22 | Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. | SI | No aplica |
| 23 | Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. | SI | No aplica |
| 24 | Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. | SI | No aplica |
| 25 | Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 26 | el Prestador se compromete a recolectar y reportar mensualmente a REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante el envío al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. | SI | No aplica |
| 27 | Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | No aplica |
| 28 | Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y ización, en caso de que estos hayan sido contratados por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". | SI | No aplica |
| 29 | Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 30 | Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para que esta genere la autorización. | SI | No aplica |
| 31 | Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 32 | Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. | SI | No aplica |
| 33 | Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co , los primeros 5 de cada mes. | SI | No aplica |
| 34 | Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes, realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. | SI | No aplica |
| 35 | Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. | SI | No aplica |
| 36 | Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. | SI | No aplica |
| 37 | Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. | SI | No aplica |
| 38 | Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Este hecho. | SI | No aplica |
| 39 | Solicitar autorización a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. | SI | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 40 | Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. | SI | No aplica |
| 41 | Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | No aplica |
| 42 | Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. | SI | No aplica |
| 43 | Informar oportunamente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. | SI | No aplica |
| 44 | Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. | SI | No aplica |
| 45 | Informar cuando se presente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 46 | Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. | SI | No aplica |
| 47 | Permitir a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | No aplica |
| 48 | Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 49 | El PRESTADOR permitirá que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. | SI | No aplica |
| 50 | Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. | SI | No aplica |
| 51 | Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. | SI | No aplica |
| 52 | El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA U la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. | SI | No aplica |
| 53 | El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. | SI | No aplica |
| 54 | Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cumplimiento de esta obligación. | | |
| 55 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | No aplica |
| 56 | Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. | SI | No aplica |
| 57 | Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 58 | En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. | SI | No aplica |
| 59 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. | SI | No aplica |
| 60 | Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | No aplica |
| 61 | Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. | SI | No aplica |
| 62 | Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. | SI | No aplica |
| 63 | Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | No aplica |
| 64 | EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | No aplica |
| 65 | EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 66 | EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | No aplica |
| 67 | Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 68 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. | SI | No aplica |
| 69 | EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o a cualquier tercero. | SI | No aplica |
| 70 | EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | No aplica |
| 71 | Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. **72)** No usar el nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | No aplica |

**SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ**
**ENCARGADO ESPRI PITALITO**

1303379383

| | | |
|---|---|---|
| Codigo: ADF-FR 0131<br>Fecha: 15/08/2024<br>Version: 1 | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS<br>CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | POLICIA NACIONAL |

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION **3614** DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024 CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | 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 | HSPE838665 | 6/08/2024 | DIEGO ROBLES | 83226990 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (P.A O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) | $ 74.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.500,00 | N/A | |
| 2 | HSPE839484 | 8/08/2024 | CAMPO BOLAÑOS | 16662509 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (P.A O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) | $ 74.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.500,00 | N/A | |
| 3 | HSPE842185 | 13/08/2024 | ANGEL ROJAS | 17105421 | MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER) | $ 491.000,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 491.000,00 | N/A | |
| 4 | HSPE842414 | 13/08/2024 | RICARDO CASTRO | 74282107 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (P.A O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) | $ 74.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.500,00 | N/A | |
| 5 | HSPE842473 | 13/08/2024 | MARIANO IBATA | 83085134 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (P.A O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) | $ 74.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.500,00 | N/A | |
| 6 | HSPE842619 | 13/08/2024 | MILLER BUSTOS | 12233737 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (P.A O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) | $ 74.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.500,00 | N/A | |
| 7 | HSPE843725 | 14/08/2024 | RICARDO CASTRO | 74282107 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA | $ 568.700,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 568.700,00 | N/A | |
| 8 | HSPE844222 | 15/08/2024 | ALEXY MOLINA | 1083881286 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS (UROTC) | $ 1.078.200,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 1.078.200,00 | N/A | |
| 9 | HSPE844281 | 15/08/2024 | LUIS CHAPARRO | 5735724 | RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL) | $ 67.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 67.800,00 | N/A | |
| 10 | HSPE844388 | 15/08/2024 | RICHARD CARDONA | 18608602 | ECOGRAFIA DE CUELLO | $ 198.400,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 198.400,00 | N/A | |
| 11 | HSPE844850 | 16/08/2024 | FTO. BECERRA | 3041693 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (P.A O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) | $ 74.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.500,00 | N/A | |
| 12 | HSPE844858 | 16/08/2024 | CARLOS TOVAR | 83160818 | TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) | $ 779.412,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 779.412,00 | N/A | |
| 13 | HSPE846527 | 20/08/2024 | LUIS CACERES | 13354431 | RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR | $ 188.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 188.500,00 | N/A | |
| 14 | HSPE846559 | 20/08/2024 | VIVIANA GUZMAN | 1083896942 | ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | $ 130.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 130.600,00 | N/A | |
| 15 | HSPE846646 | 20/08/2024 | LUZ DIAZ | 36281944 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE | $ 518.200,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 518.200,00 | N/A | |
| 16 | HSPE846908 | 20/08/2024 | ELSA IBAÑEZ | 55195363 | ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | $ 130.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 130.600,00 | N/A | |
| 17 | HSPE847174 | 20/08/2024 | EDGAR NARVAEZ | 12117668 | RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) | $ 74.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.500,00 | N/A | |
| 18 | HSPE847500 | 21/08/2024 | ANDRES TAPIA | 87067375 | ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO | $ 129.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 129.900,00 | N/A | |
| 19 | HSPE848272 | 22/08/2024 | ONEIRA PEREZ | 47426552 | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS) | $ 191.000,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 191.000,00 | N/A | |

| Código: 1LF-FR-0131 | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Fecha: 15/08/2024 | CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | |
| Versión: 1 | | |

**RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.**

**No. RADICACION 3614 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | HSPE848314 | 22/08/2024 | OLINDA SOTO | 26228415 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES | $ 165.300,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 165.300,00 | N/A | |
| 21 | HSPE848366 | 22/08/2024 | JOSE SANCHEZ | 1077012640 | TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) | $ 142.300,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 142.300,00 | N/A | |
| 22 | HSPE848410 | 22/08/2024 | SEGUNDO TORO | 12141027 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 419.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 419.800,00 | N/A | |
| 23 | HSPE848420 | 22/08/2024 | LUZ RAMOS | 26564716 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA | $ 282.000,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 282.000,00 | N/A | |
| 24 | HSPE848428 | 22/08/2024 | ELSA IBAÑEZ | 55195363 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE | $ 518.200,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 518.200,00 | N/A | |
| 25 | HSPE849137 | 23/08/2024 | LUCILA PAZ | 41480564 | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS) | $ 240.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 240.800,00 | N/A | |
| 26 | HSPE849148 | 23/08/2024 | DANIEL CALDERON | 1032941373 | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS) | $ 240.800,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 240.800,00 | N/A | |
| 27 | HSPE849155 | 23/08/2024 | LILIA CANTILLO | 36113745 | ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | $ 130.600,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 130.600,00 | N/A | |
| 28 | HSPE849157 | 23/08/2024 | JOSE PEÑA | 4934460 | COLESTEROL TOTAL | $ 215.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 215.500,00 | N/A | |
| 29 | HSPE849190 | 23/08/2024 | ALEYDA ENCIZO | 1088944946 | GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO | $ 50.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 50.100,00 | N/A | |
| 30 | HSPE849261 | 23/08/2024 | JUAN CONTRERAS | 1119401757 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 189.200,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 189.200,00 | N/A | |
| 31 | HSPE849274 | 23/08/2024 | SOFIA RINCON | 36283437 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | $ 14.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 14.900,00 | N/A | |
| 32 | HSPE849281 | 23/08/2024 | LUCIANA PALADINEZ | 1080937679 | TIROXINA LIBRE | $ 104.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 104.500,00 | N/A | |
| 33 | HSPE849282 | 23/08/2024 | JULIO MENESES | 17656191 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | $ 160.300,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 160.300,00 | N/A | |
| 34 | HSPE849289 | 23/08/2024 | LILIA BERMEO | 1080930594 | HEMOGRAMA IV | $ 25.700,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 25.700,00 | N/A | |
| 35 | HSPE849293 | 23/08/2024 | LEIDY RODRIGUEZ | 26529743 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA | $ 568.700,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 568.700,00 | N/A | |
| 36 | HSPE849314 | 23/08/2024 | RIGOBERTO VILLAGOMEZ | 12984279 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE | $ 308.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 308.900,00 | N/A | |
| 37 | HSPE849358 | 23/08/2024 | RICARDO CUELLAR | 1083893542 | ECOGRAFÍA DE CUELLO | $ 123.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 123.900,00 | N/A | |
| 38 | HSPE849540 | 23/08/2024 | MARTHA ESPEJO | 26437463 | ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | $ 123.900,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 123.900,00 | N/A | |
| 39 | HSPE850153 | 24/08/2024 | LILIA CANTILLO | 36113745 | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | $ 127.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 127.100,00 | N/A | |



1303379383

| | | |
|---|---|---|
| Codigo 4LE-FR-0131<br>Fecha 15/08/2024<br>Version 1 | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS<br>CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | POLICIA NACIONAL |

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION **3614** DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | HSPE850563 | 25/08/2024 | MARIA GONZALEZ | 1087136597 | GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO | $ 50.100,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 50.100,00 | N/A | |
| 41 | HSPE850581 | 25/08/2024 | HEINNER GARCIA | 1084333042 | TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIROVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] | $ 79.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 79.500,00 | N/A | |
| 42 | HSPE850583 | 26/08/2024 | ALICIA CANO | 41314764 | MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL | $ 193.500,00 | 26/09/2024 | $ 0,00 | | $ 193.500,00 | N/A | |
| | | | | | | $ 9.469.412,00 | | $ - | | $ 9.469.412,00 | | |

María Teresa Barrios García
Auditor Medico
C.C. 22549136
RM08300772006
Universidad del Norte - UCC

Elaborado Por:

MARIA TERESA BARRIOS GARCIA
Auditor Cuentas Medicas Huila

Recibido Por:

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos



1303379383
jimena.calderon

# ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
## 891180134

Codigo IPS: 4155100479-01
Calle 3 Sur N° 1B - 45 Pitalito - Huila PITALITO - HUILA
8362500 -



Codigo EPS | Fecha Impresión miércoles, 04 de septiembre de 2024 05 | Contrato N° 85-5-20127-24

# CUENTA DE COBRO Nº 45074

## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2
NIT. 900419719

**DEBE A :**

## ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
NIT. : 891180134

**LA SUMA DE** $ 9.469.412,00 NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS COLOMBIANOS

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A LOS USUARIOS DE SU ENTIDAD, SEGÚN ANEXO DE FACTURAS DE LA CUENTA DE COBRO No. 45074 ADJUNTA, LAS CUALES SE ANEXAN INTEGRALMENTE CON LOS SOPORTES ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y QUE HACEN PARTE COMPLEMENTARIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

FAVOR HACER SU CONSIGNACION A LA CUENTA CORRIENTE NO. 42506003-5 BANCO POPULAR PITALITO, CUENTA CORRIENTE BANCO AGRARIO CTA. 3942003111-2. NOTIFICAR EL VALOR DE LA CONSIGNACION Y LAS FACRURAS CANCELADAS AL CORREO-E cartera@hospitalpitalito.gov.co O AL TEL. 8360147 PARA DESCARGARSE DE CARTERA.

Dado En PITALITO, Fecha 4/09/2024 Dpto. de Facturación

Se anexa_____ CD _____ tomos, con _____ folios, que contienen Autorizaciones, fotocopias de carnee, documento de identidad, anexos y soportes de atención para cada factura.

DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA
FECHA RECIBIDO: 09 SEP 2024 HORA: _____
No. RADICADO: 3614 RUBRO: _____
RECIBIDO POR: _____

04/09/2024

El funcionario o entidad encargada para recepcionar las facturas originadas por la prestación de servicios de salud por la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, declara bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de la firma o colocación del sello, estar autorizado para tal efecto, y acepta haber verificado formalmente su contenido, sin perjuicio de la revisión y posterior auditoria de conformidad con el trámite y términos reglamentados en la normatividad vigentes para la facturación y pago a prestadores de servicios de salud (Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011) y aquellas que la complementen o modifiquen.

Firma de Recibido: _____

Nombre: _____

Cedula o Nit: _____

Fecha Recibido _____

LA PRESENTE CUENTA DE COBRO DEBERA CANCELARSE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 13 LITERAL "D" DE LA LEY 1122/2007.

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO N° 45074

| N° Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Regimen: Regimen Especial - COP | | | | | | | | | |
| HSPE838665 | 06/08/2024 | 06/08/2024 | CT101 | 83226990 | DIEGO ROBLES | $ 74.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.500,00 |
| HSPE839484 | 08/08/2024 | 08/08/2024 | CT101 | 16662509 | CAMPO BOLAÑOS | $ 74.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.500,00 |
| HSPE842185 | 13/08/2024 | 13/08/2024 | CT101 | 17105421 | ANGEL ROJAS | $ 491.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 491.000,00 |
| HSPE842414 | 13/08/2024 | 13/08/2024 | CT101 | 74282107 | RICARDO CASTRO | $ 74.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.500,00 |
| HSPE842473 | 13/08/2024 | 13/08/2024 | CT101 | 83085134 | MARIANO IBATA | $ 74.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.500,00 |
| HSPE842619 | 13/08/2024 | 13/08/2024 | CT101 | 12233737 | MILLER BUSTOS | $ 74.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.500,00 |
| HSPE843729 | 14/08/2024 | 14/08/2024 | CT101 | 74282107 | RICARDO CASTRO | $ 568.700,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 568.700,00 |
| HSPE844222 | 15/08/2024 | 15/08/2024 | CT101 | 1083881286 | ALEXY MOLINA | $ 1.078.200,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.078.200,00 |
| HSPE844281 | 15/08/2024 | 15/08/2024 | CT101 | 5735724 | LUIS CHAPARRO | $ 67.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 67.800,00 |
| HSPE844388 | 15/08/2024 | 15/08/2024 | CT101 | 18608602 | RICHARD CARDONA | $ 198.400,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 198.400,00 |
| HSPE844850 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 3041653 | TITO BECERRA | $ 74.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.[redacted],00 |
| HSPE844858 | 16/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 83160818 | CARLOS TOVAR | $ 779.412,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 779.412,00 |
| HSPE846527 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 13354431 | LUIS CACERES | $ 188.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 188.500,00 |
| HSPE846559 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 1083896942 | VIVIANA GUZMAN | $ 130.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 130.600,00 |
| HSPE846646 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 36281944 | LUZ DIAZ | $ 518.200,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 518.200,00 |
| HSPE846908 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 55195363 | ELSA IBAÑEZ | $ 130.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 130.600,00 |
| HSPE847174 | 20/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 12111068 | EDGAR NARVAEZ | $ 74.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.500,00 |
| HSPE847500 | 21/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 87067375 | ANDRES TAPIA | $ 129.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 129.900,00 |
| HSPE848272 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 47426552 | ONEIRA PEREZ | $ 191.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 191.000,00 |
| HSPE848314 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 26228415 | OLINDA SOTO | $ 165.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 165.300,00 |
| HSPE848366 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 1077012640 | JOSE SANCHEZ | $ 142.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 142.300,00 |
| HSPE848410 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 12141027 | SEGUNDO TORO | $ 419.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 419.800,00 |
| HSPE848420 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 26564716 | LUZ RAMOS | $ 282.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 282.000,00 |
| HSPE848428 | 22/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 55195363 | ELSA IBAÑEZ | $ 518.200,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 518.200,00 |
| HSPE849137 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 41480564 | LUCILA PAZ | $ 240.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 240.800,00 |
| HSPE849148 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1032941373 | DANIEL CALDERON | $ 240.800,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 240.800,00 |
| HSPE849155 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 36113745 | LILIA CANTILLO | $ 130.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 13[redacted],00 |
| HSPE849157 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 4934460 | JOSE PEÑA | $ 215.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 215.500,00 |
| HSPE849190 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1088944946 | ALEYDA ENCIZO | $ 50.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 50.100,00 |
| HSPE849261 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1119401757 | JUAN CONTRERAS | $ 189.200,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 189.200,00 |
| HSPE849274 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 36283437 | SOFIA RINCON | $ 14.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 14.900,00 |
| HSPE849281 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1080937679 | LUCIANA PALADINEZ | $ 104.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 104.500,00 |
| HSPE849282 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 17656191 | JULIO MENESES | $ 160.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 160.300,00 |
| HSPE849289 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1080930594 | LILIA BERMEO | $ 25.700,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 25.700,00 |
| HSPE849293 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 26529743 | LEIDY RODRIGUEZ | $ 568.700,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 568.700,00 |
| HSPE849314 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 12984279 | RIGOBERTO VILLAGOMEZ | $ 308.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 308.900,00 |
| HSPE849358 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1083893542 | RICARDO CUELLAR | $ 123.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 123.900,00 |
| HSPE849540 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 26437463 | MARTHA ESPEJO | $ 123.900,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 123.900,00 |
| HSPE850153 | 24/08/2024 | 24/08/2024 | CT101 | 36113745 | LILIA CANTILLO | $ 127.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 127.100,00 |
| HSPE850563 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 1087126597 | MARIA GONZALEZ | $ 50.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 50.100,00 |
| HSPE850581 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 1084333042 | HEINNER GARCIA | $ 79.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 79.500,00 |
| HSPE850583 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 41314764 | ALICIA CANO | $ 193.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 193.500,00 |

**N° Facturas:** 42

1303379383

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO N° 45074

| N° Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Valor Total COP | | $ 9.469.412,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 9.469.412,00 |

1303379383

Powered by Indigo Software

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | 30/09/2024 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**:<br>Orden de compra:<br>Contrato de obra:<br>Contrato de consultoría:<br>Contrato de prestación de servicios:<br>Contrato de compraventa:<br>Contrato de suministro:<br>Contrato interadministrativo: X |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 85-5-20127-24 |
| Constancia de recibido No. | 25 |
| Contratista: | E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO |
| NIT del contratista: | 891.180.134-2 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA |
| 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: | $570.000.000 |
| Plazo de ejecución: | 31/12/2024 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | ESPRI PITALITO |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__ | NO APLICA |
| Nombre del supervisor /coordinador del contrato y cargo que desempeña: | SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ<br>ENCARGADO ESPRI PITALITO |
| Fecha de entrega certificada: | ES EL PERIODO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO<br>Del: 10-08-2024 AL 23-08-2024 |

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 a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RASE S2 | 16 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA | $16,118,167.00 | $16,118,167.00 | $6.703.450,00 | $ 9.414.717,00 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA |

1303379383

| No. Factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o debito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| HSPE841126 | 2024/08/10 | 255,222.00 | 0,00 | 255,222.00 |
| HSPE841273 | 2024/08/11 | 1,727,816.00 | 0,00 | 1,727,816.00 |
| HSPE841330 | 2024/08/11 | 4,944,438.00 | 2,012,550.00 | 2,931,888.00 |
| HSPE845110 | 2024/08/16 | 402,300.00 | 0,00 | 402,300.00 |
| HSPE847030 | 2024/08/20 | 1,356,118.00 | 176,900.00 | 1,179,218.00 |
| HSPE847749 | 2024/08/21 | 74,124.00 | 0,00 | 74,124.00 |
| HSPE848387 | 2024/08/22 | 7,097,669.00 | 4,514,000.00 | 2,583,669.00 |
| HSPE848513 | 2024/08/22 | 62,952.00 | 0,00 | 62,952.00 |
| HSPE849436 | 2024/08/23 | 61,100.00 | 0,00 | 61,100.00 |
| HSPE849476 | 2024/08/23 | 74,396.00 | 0,00 | 74,396.00 |
| HSPE849864 | 2024/08/23 | 62,032.00 | 0,00 | 62,032.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $16,118,167.00 | $6.703.450,00 | $9,414,717 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual "*PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE PITALITO-HUILA*", sin ninguna novedad.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO sí__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos arios de baja complejidad. | SI | No aplica |
| 2 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe. | SI | No aplica |
| 3 | Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. | SI | No aplica |
| 4 | El Contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adiciones. | SI | No aplica |
| 5 | Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 6 | Actualización semestral de los precios de medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA, esta deberá presentar informe detallado y/o acto administrativo (***acta, decreto, resolución, acuerdo, circular***) donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran, una vez tengan el aval y aprobación de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, previa revisión de auditoria médica y notificación a la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA | SI | No aplica |
| 7 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | No aplica |
| 8 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | No aplica |
| 9 | El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. | SI | No aplica |
| 10 | Para la autorización del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad), Boletín de autorización vigente Todos los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. | SI | No aplica |
| 11 | Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. | SI | No aplica |
| 12 | 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 cancelada por el SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. | SI | No aplica |
| 13 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. | | |
| 14 | El CONTRATISTA se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | SI | No aplica |
| 15 | **El contratista debe dar a conocer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 las Guías de manejo institucionales**. | SI | No aplica |
| 16 | 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 y firmada por el usuario o acudiente. Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL. 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 cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)" Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. | SI | No aplica |
| 17 | QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).** | SI | No aplica |
| 18 | El CONTRATISTA Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100 % de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. | SI | No aplica |
| 19 | El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 20 | **El contratista no atenderá pacientes que presenten boletines de autorización vencidos, teniendo en cuenta que dicho documento tiene vigencia 60 días calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE.** | SI | No aplica |
| 21 | Las demás que se deriven a lo largo del desarrollo del presente proceso de contratación. | SI | No aplica |
| 22 | Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. | SI | No aplica |
| 23 | Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. | SI | No aplica |
| 24 | Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. | SI | No aplica |
| 25 | Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 26 | el Prestador se compromete a recolectar y reportar mensualmente a REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. | SI | No aplica |
| 27 | Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | No aplica |
| 28 | Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y ización, en caso de que estos hayan sido contratados por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". | SI | No aplica |
| 29 | Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 30 | Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para que esta genere la autorización. | | |
| 31 | Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 32 | Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. | SI | No aplica |
| 33 | Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co , los primeros 5 de cada mes. | SI | No aplica |
| 34 | Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. | SI | No aplica |
| 35 | Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. | SI | No aplica |
| 36 | Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. | SI | No aplica |
| 37 | Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. | SI | No aplica |
| 38 | Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Este hecho. | SI | No aplica |
| 39 | Solicitar autorización a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. | SI | No aplica |
| 40 | Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. | SI | No aplica |
| 41 | Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | No aplica |
| 42 | Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. | SI | No aplica |
| 43 | Informar oportunamente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. | SI | No aplica |
| 44 | Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. | SI | No aplica |
| 45 | Informar cuando se presente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 46 | Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. | SI | No aplica |
| 47 | Permitir a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 . Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | No aplica |
| 48 | Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 49 | El PRESTADOR permitirá que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| 50 | Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. | SI | No aplica |
| 51 | Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. | SI | No aplica |
| 52 | El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA U la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. | SI | No aplica |
| 53 | El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. | SI | No aplica |
| 54 | Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación. | SI | No aplica |
| 55 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | No aplica |
| 56 | Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. | SI | No aplica |
| 57 | Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 58 | En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. | SI | No aplica |
| 59 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. | SI | No aplica |
| 60 | Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | No aplica |
| 61 | Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. | SI | No aplica |
| 62 | Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. | SI | No aplica |
| 63 | Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | No aplica |
| 64 | EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | No aplica |
| 65 | EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 66 | El PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | No aplica |
| 67 | Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 68 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. | SI | No aplica |
| 69 | EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o a cualquier tercero. | SI | No aplica |
| 70 | EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | No aplica |
| 71 | Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. **72)** No usar el nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | No aplica |

**SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ**
**ENCARGADO ESPRI PITALITO**

1303379383

| | | |
|---|---|---|
| Código 113-FR-0131<br>Fecha 15/08/2024<br>Version 1 | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS<br>CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | POLICÍA NACIONAL |

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION 3615 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | NOMBRE PACIENTE | No. IDENTIFICACION | DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO | VR. FACTURADO | FECHA GLOSA | VR. GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VR. A PAGAR | MOTIVO DE GLOSA | RESPUESTA GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | HSPE848367 | 22/08/2024 | JOSE LLANOS | 1666038 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 7.097.669,00 | 27/09/2024 | $ 4.514.000,00 | | $ 2.583.669,00 | 6-608 Pertinencia Ayudas diagnósticas. Se objeta solicitud de Tac de torax, Tac de columna lumbosacra, RMN de torax y RMN de columna lumbosacra, ordenados el mismo dia 16/agosto, en una misma orden medica las 4 imagenes, no se evidencia un escalonamiento diagnostico, aplicacion de la racionalidad tecnico cientifica y en la toma de decisiones para el estudio de dolor lumbar en paciente adulto mayor con antecedente de cancer de esofago. Se realiza diagnostico final de fractura patologia de T12 de origen osteoporotico y se da egreso con manejo analgesico y control ambulatorio | |
| 8 | HSPE848513 | 22/08/2024 | JOSE LLANOS | 1666038 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 62.952,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 62.952,00 | N/A | |
| 9 | HSPE849436 | 23/08/2024 | JESUS MOLANO | 1075262513 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 61.100,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 61.100,00 | N/A | |
| 10 | HSPE849476 | 23/08/2024 | ELVIA BARRERA | 26580019 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 74.396,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.396,00 | N/A | |
| 11 | HSPE849864 | 23/08/2024 | BAIRON VILLANUEVA | 1006410161 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 62.032,00 | 27/09/2024 | - | | $ 62.032,00 | N/A | |
| | | | | | | $ 16.118.167,00 | | $ 6.703.450,00 | | $ 9.414.717,00 | | |

María Teresa Barrios García
Auditor Medico
C.C. 22549136
RM083007/2005
Universidad del Norte - UCC

Elaborado Por

MARIA TERESA BARRIOS GARCIA
Auditor Cuentas Medicas Huila

Recibido Por

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

| Código: 1LE-FR-0131<br>Fecha: 15/08/2024<br>Versión: 1 | ADMINISTRACION DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS<br>CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|

**RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO**

**No. RADICACION 3615 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | 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 | HSPE841126 | 10/08/2024 | JAIRO VALDERRAMA | 1079390308 | RADIOGRAFÍA DE HOMBRO | $ 255.222,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 255.222,00 | N/A | |
| 2 | HSPE841273 | 11/08/2024 | YINA CHAUX | 1075212931 | ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA | $ 1.727.816,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 1.727.816,00 | N/A | |
| 3 | HSPE841330 | 11/08/2024 | EFREN GORDILLO | 80880076 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 4.944.438,00 | 27/09/2024 | $ 2.012.550,00 | | $ 2.931.888,00 | 6-608 Pertinencia Ayudas diagnósticas: Se objeta solicitud de RMN de columna lumbosacra con contraste no pertinentes (se incluye medio de contraste e insumos), se realiza la toma de una primera imagen, simple, con la cual se puede definir nivel y compromiso de 1 solo espacio sin compresion medular o raquidea, por lo cual se podia dar manejo ambulatorio y solicitar imagen contrastada de manera electiva. Los reportes no aclaran o direccionan el diagnostico: RMN simple: Lesion intraraquidea en el receso lateral derecho de L5-S1 en contacto con la raiz ipsilateral de S1. Areas de edema de la medula osea en los elementos posteriores derechos de L5 a S1 descartar etiologia infecciosa. RMN con contraste: Lesion intraraquidea en el receso lateral derecho de L5-S1 en contacto con la raiz ipsilateral de S1 posible secuestro discal vs quiste sinovial facetario anterior. Areas de edema de la medula osea en los elementos posteriores derechos de L5 a S1 y de los tejidos blando adyacentes de aspecto infeccioso. Es dado de alta el mismo dia que se reporta RMN contrastada solamente con manejo analgesico, terapias fisicas y nueva orden de toma de RMN ambulatoria de columna | |
| 4 | HSPE845110 | 16/08/2024 | INES MONTEALEGRE | 25127513 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 402.300,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 402.300,00 | N/A | |
| 5 | HSPE847030 | 20/08/2024 | MILENA CLAROS | 36285697 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 1.356.118,00 | 27/09/2024 | $ 176.900,00 | | $ 1.179.218,00 | 6-608 Pertinencia Ayudas diagnósticas: Se objeta solicitud de estudios adicionales para calcular severidad de pancreatitis (acido-lactico, gases arteriales, potasio, sodio)niveles de ingreso de amilasa no sugestivos de esta patologia. Ecografia abdominal no sugiere de igual forma esta patologia | |
| 6 | HSPE847749 | 21/08/2024 | ADRIANA MEDINA | 35261733 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 74.124,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 74.124,00 | N/A | |



1303379383

# ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

**891180134**

Codigo IPS: 4155100479-01
Calle 3 Sur N° 1B - 45 Pitalito - Huila PITALITO - HUILA
8362500 -



Codigo EPS | Fecha Impresión miércoles, 04 de septiembre de 2024 05 | Contrato N° 85-5-20127-24

## CUENTA DE COBRO N° 45075

## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2

NIT. 900419719

**DEBE A :**

## ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

NIT. : 891180134

**LA SUMA DE** $ 16.118.167,00 DIECISEIS MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS COLOMBIANOS

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A LOS USUARIOS DE SU ENTIDAD, SEGÚN ANEXO DE FACTURAS DE LA CUENTA DE COBRO No. 45075 ADJUNTA, LAS CUALES SE ANEXAN INTEGRALMENTE CON LOS SOPORTES ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Y QUE HACEN PARTE COMPLEMENTARIA DEL PRESENTE DOCUMENTO

FAVOR HACER SU CONSIGNACION A LA CUENTA CORRIENTE NO. 42506003-5 BANCO POPULAR PITALITO, CUENTA CORRIENTE BANCO AGRARIO CTA. 3942003111-2. NOTIFICAR EL VALOR DE LA CONSIGNACION Y LAS FACRURAS CANCELADAS AL CORREO-E cartera@hospitalpitalito.gov.co O AL TEL. 8360147 PARA DESCARGARSE DE CARTERA

**[redacted]do En PITALITO, Fecha** 4/09/2024 **Dpto. de Facturación**

Se anexa_____ CD, _____ tomos, con ____ folios, que contienen Autorizaciones, fotocopia del documento de identidad, epicrisis y soportes de atención para cada factura.

DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA
FECHA RECIBIDO: 09 SEP 2024 HORA:
No. RADICADO: 361 RUBRO:
RECIBIDO POR:

04/09/2024

El funcionario o entidad encargada para recepcionar las facturas originadas por la prestación de servicios de salud por la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, declara bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de la firma o colocación del sello, estar autorizado para tal efecto, y acepta haber verificado formalmente su contenido, sin perjuicio de la revisión y posterior auditoria de conformidad con el trámite y términos reglamentados en la normatividad vigentes para la facturación y pago a prestadores de servicios de salud (Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011) y aquellas que la complementen o modifiquen.

Firma de Recibido:
Nombre:
Cedula o Nit:
Fecha Recibido

LA PRESENTE CUENTA DE COBRO DEBERA CANCELARSE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 13 LITERAL "D" DE LA LEY 1122/2007.

1303379383

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO Nº 45075

| Nº Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regimen:** Regimen Especial - COP | | | | | | | | | |
| HSPE841126 | 08/08/2024 | 10/08/2024 | CT101 | 1079390308 | JAIRO VALDERRAMA | $ 255.222,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 255.222,00 |
| HSPE841273 | 31/07/2024 | 11/08/2024 | CT101 | 1075212931 | YINA CHAUX | $ 1.727.816,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.727.816,00 |
| HSPE841330 | 08/08/2024 | 11/08/2024 | CT101 | 80880076 | EFREN GORDILLO | $ 4.944.438,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 4.944.438,00 |
| HSPE845110 | 14/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 25127513 | INES MONTEALEGRE | $ 402.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 402.300,00 |
| HSPE847030 | 17/08/2024 | 20/08/2024 | CT101 | 36285697 | MILENA CLAROS | $ 1.356.118,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.356.118,00 |
| HSPE847749 | 20/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 35261733 | ADRIANA MEDINA | $ 74.124,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.124,00 |
| HSPE848387 | 15/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 1666038 | JOSE LLANOS | $ 7.097.669,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 7.097.669,00 |
| HSPE848513 | 01/08/2024 | 22/08/2024 | CT101 | 1666038 | JOSE LLANOS | $ 62.952,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 62.952,00 |
| HSPE849436 | 22/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1075262513 | JESUS MOLANO | $ 61.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 61.100,00 |
| HSPE849476 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 26580019 | ELVIA BARRERA | $ 74.396,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 74.396,00 |
| HSPE849864 | 23/08/2024 | 23/08/2024 | CT101 | 1006410161 | BAIRON VILLANUEVA | $ 62.032,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 62.032,00 |

**Nº Facturas:** 11

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Valor Total COP** | **$ 16.118.167,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 16.118.167,00** |

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 7<br>Código: 2BS-FR-0045<br>Fecha: 12-03-2021<br>Version: 3 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS<br>CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | 30/09/2024 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro<br>Contrato interadministrativo: X |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 85-5-20127-24 |
| Constancia de recibido No. | 26 |
| Contratista: | E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO |
| NIT del contratista: | 891.180.134-2 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA |
| 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: | $570.000.000 |
| Plazo de ejecución: | 31/12/2024 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | ESPRI PITALITO |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | NO APLICA |
| Nombre del supervisor /coordinador del contrato y cargo que desempeña: | SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ<br>ENCARGADO ESPRI PITALITO |
| Fecha de entrega certificada: | ES EL PERIODO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO<br>Del: 17-08-2024 AL 29-08-2024 |

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 a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE S2 | 16 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA | $13,617,432.00 | $13,617,432.00 | $1.055.800,00 | $12,561,632.00 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA |

1303379383

| No. Factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| HSPE845615 | 2024/08/17 | 1,393,377.00 | 0,00 | 1,393,377.00 |
| HSPE846505 | 2024/08/19 | 10,193,804.00 | 994,700.00 | 9,199,104.00 |
| HSPE847960 | 2024/08/21 | 316,869.00 | 0,00 | 316,869.00 |
| HSPE850096 | 2024/08/24 | 112,000.00 | 0,00 | 112,000.00 |
| HSPE851326 | 2024/08/26 | 142,600.00 | 0,00 | 142,600.00 |
| HSPE852151 | 2024/08/27 | 1,072,904.00 | 0,00 | 1,072,904.00 |
| HSPE853128 | 2024/08/28 | 61,100.00 | 0,00 | 61,100.00 |
| HSPE853612 | 2024/08/29 | 324,778.00 | 61,100.00 | 263,678.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $13,617,432.00 | $1.055.800,00 | $12,561,632.00 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual "*PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUSBISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE PITALITO-HUILA.*", sin ninguna novedad.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO si__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos arios de baja complejidad. | SI | No aplica |
| 2 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe. | SI | No aplica |
| 3 | Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. | SI | No aplica |
| 4 | El Contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones. | SI | No aplica |
| 5 | Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 6 | Actualización semestral de los precios de medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA, esta, deberá presentar informe detallado y/o acto administrativo (***acta, decreto, resolución, acuerdo, circular***) donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran, una vez tengan el aval y aprobación de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, previa revisión de auditoria médica y notificación a la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA | SI | No aplica |
| 7 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | No aplica |
| 8 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | No aplica |
| 9 | El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. | SI | No aplica |
| 10 | Para la autorización del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad), Boletín de autorización vigente Todos los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. | SI | No aplica |
| 11 | Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. | SI | No aplica |
| 12 | 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 cancelada por el SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. | SI | No aplica |
| 13 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. | SI | No aplica |
| 14 | El CONTRATISTA se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | | |
| 15 | **El contratista debe dar a conocer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 las Guías de manejo institucionales**. | SI | No aplica |
| 16 | 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 y firmada por el usuario o acudiente. Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL. 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 cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)" Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. | SI | No aplica |
| 17 | QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).** | SI | No aplica |
| 18 | El CONTRATISTA Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100 % de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. | SI | No aplica |
| 19 | El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 20 | **El contratista no atenderá pacientes que presenten boletines de autorización vencidos, teniendo en cuenta que dicho documento tiene vigencia 60 días calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE.** | SI | No aplica |
| 21 | Las demás que se deriven a lo largo del desarrollo del presente proceso de contratación. | SI | No aplica |
| 22 | Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. | SI | No aplica |
| 23 | Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. | SI | No aplica |
| 24 | Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. | SI | No aplica |
| 25 | Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 26 | el Prestador se compromete a recolectar y reportar mensualmente a REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. | SI | No aplica |
| 27 | Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | No aplica |
| 28 | Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y ización, en caso de que estos hayan sido contratados por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". | SI | No aplica |
| 29 | Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 | SI | No aplica |
| 30 | Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para que esta genere la autorización. | SI | No aplica |
| 31 | Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | | |
| 32 | Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al RERS. | SI | No aplica |
| 33 | Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co , los primeros 5 de cada mes. | SI | No aplica |
| 34 | Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. | SI | No aplica |
| 35 | Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. | SI | No aplica |
| 36 | Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. | SI | No aplica |
| 37 | Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. | SI | No aplica |
| 38 | Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Este hecho. | SI | No aplica |
| 39 | Solicitar autorización a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. | SI | No aplica |
| 40 | Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. | SI | No aplica |
| 41 | Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | No aplica |
| 42 | Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. | SI | No aplica |
| 43 | Informar oportunamente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. | SI | No aplica |
| 44 | Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. | SI | No aplica |
| 45 | Informar cuando se presente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 46 | Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. | SI | No aplica |
| 47 | Permitir a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 . Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | No aplica |
| 48 | Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 49 | El PRESTADOR permitirá que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. | SI | No aplica |
| 50 | Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. | SI | No aplica |
| 51 | Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012.. | | |
| 52 | El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA U la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. | SI | No aplica |
| 53 | El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. | SI | No aplica |
| 54 | Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación. | SI | No aplica |
| 55 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | No aplica |
| 56 | Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. | SI | No aplica |
| 57 | Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 58 | En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. | SI | No aplica |
| 59 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. | SI | No aplica |
| 60 | Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | No aplica |
| 61 | Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. | SI | No aplica |
| 62 | Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. | SI | No aplica |
| 63 | Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | No aplica |
| 64 | EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | No aplica |
| 65 | EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 66 | EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | No aplica |
| 67 | Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 68 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. | SI | No aplica |
| 69 | EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o a cualquier tercero. | SI | No aplica |
| 70 | EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | No aplica |
| 71 | Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. **72)** No usar el nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | No aplica |

**SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ**
**ENCARGADO ESPRI PITALITO**

1303379383

| | | |
|---|---|---|
| Código: TLF-FR-0131<br>Fecha: 15/06/2024<br>Versión: 1 | ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS<br>CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | POLICIA NACIONAL |

**RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO.**

**No. RADICACION 3616 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 POLICÍA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO 85-5-20127-24 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 | 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 | HSPE845615 | 17/08/2024 | DIANA MEDINA | 40092870 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 1.393.377,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 1.393.377,00 | N/A | |
| 2 | HSPE846505 | 19/08/2024 | JUNIOR PEREZ | 1094578741 | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN O OSTEOSÍNTESIS) | $ 10.193.804,00 | 27/09/2024 | $ 994.700,00 | | $ 9.199.104,00 | 6-601 Pertinencia Estancia. Se objetan 5 dias de estancia por inoportunidad para la realizacion de procedimiento reduccion abierta de fractura distal de femur con aplicaciones de MAOS solicitado el dia 24/julio y realizado el dia 30/julio 6-608 Pertinencia Ayudas diagnosticas Se objeta solicitud de 1 Ags irregulaes y 1 prueba de compatibilidad, se realiza doble reserva una el dia 25/julio y una segunda el 30/julio, demora en la programacion de procedimiento, paciente pediatrico. | |
| 3 | HSPE847960 | 21/08/2024 | STEPHANY BASTO | 1075244405 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 316.869,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 316.869,00 | N/A | |
| 4 | HSPE850096 | 24/08/2024 | STEFANY BELTRAN | 1007741710 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 112.000,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 112.000,00 | N/A | |
| 5 | HSPE851326 | 26/08/2024 | JEIMY CARABALI | 1120066886 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 142.600,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 142.600,00 | N/A | |
| 6 | HSPE852151 | 27/08/2024 | AURORA PINZON | 1083917929 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 1.072.904,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 1.072.904,00 | N/A | |
| 7 | HSPE853128 | 28/08/2024 | ALEXIS CEDIEL | 1016012502 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 61.100,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 61.100,00 | N/A | |
| 8 | HSPE853612 | 29/08/2024 | MARIA FALLA | 1145730723 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 324.778,00 | 27/09/2024 | $ 61.100,00 | | $ 263.678,00 | 1-102 Facturacion Consultas interconsultas y visitas médicas se objeta facturación de consulta de urgencias, direccionada desde consulta externa pediatria para toma de estudios sindrome febril asociado a emesis | |
| | | | | | | $ 13.617.432,00 | | $ 1.055.800,00 | | $ 12.561.632,00 | | |

Elaborado Por

María Teresa Barrios García
Auditor Médico
C.C. 22549116
RM0B1007/2006,
Norte de Santander

MARIA TERESA BARRIOS GARCIA
Auditor Cuentas Médicas Huila

Recibido Por

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

# ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
## 891180134

Codigo IPS: 4155100479-01
Calle 3 Sur N° 1B - 45 Pitalito - Huila PITALITO - HUILA
8362500 -



Codigo EPS | Fecha Impresión miércoles, 04 de septiembre de 2024 05 | Contrato N° 85-5-20127-24

# CUENTA DE COBRO N° 45076

## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2
NIT. 900419719

DEBE A :

## ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
NIT. : 891180134

LA SUMA DE $ 13.617.432,00 TRECE MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A LOS USUARIOS DE SU ENTIDAD, SEGÚN ANEXO DE FACTURAS DE LA CUENTA DE COBRO No. 45076 ADJUNTA, LAS CUALES SE ANEXAN INTEGRALMENTE CON LOS SOPORTES ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Y QUE HACEN PARTE COMPLEMENTARIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

FAVOR HACER SU CONSIGNACION A LA CUENTA CORRIENTE NO. 42506003-5 BANCO POPULAR PITALITO, CUENTA CORRIENTE BANCO AGRARIO CTA. 3942003111-2. NOTIFICAR EL VALOR DE LA CONSIGNACION Y LAS FACRURAS CANCELADAS AL CORREO-E cartera@hospitalpitalito.gov.co O AL TEL. 8360147 PARA DESCARGARSE DE CARTERA.

Dado En PITALITO, Fecha 4/09/2024 Dpto. de Facturación

Se anexa ___ CD, _____ tomos, con ___ folios, que contienen Autorizaciones, fotocopias de cornea, documento de identidad, epicrisis y soportes de atención para cada factura.

DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA
FECHA RECIBIDO: 09 SEP 2024 HORA: 8:02
No. RADICADO: 2616 RUBRO: ____
RECIBIDO POR: ____

04/09/2024

El funcionario o entidad encargada para recepcionar las facturas originadas por la prestación de servicios de salud por la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, declara bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de la firma o colocación del sello, estar autorizado para tal efecto, y acepta haber verificado formalmente su contenido, sin perjuicio de la revisión y posterior auditoria de conformidad con el trámite y términos reglamentados en la normatividad vigentes para la facturación y pago a prestadores de servicios de salud (Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011) y aquellas que la complementen o modifiquen.

Firma de Recibido:
Nombre:
Cedula o Nit:
Fecha Recibido

LA PRESENTE CUENTA DE COBRO DEBERA CANCELARSE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 13 LITERAL "D" DE LA LEY 1122/2007.

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO N° 45076

| N° Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regimen:** Regimen Especial - COP | | | | | | | | | |
| HSPE845615 | 15/08/2024 | 17/08/2024 | CT101 | 40092870 | DIANA MEDINA | $ 1.393.377,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.393.377,00 |
| HSPE846505 | 24/07/2024 | 19/08/2024 | CT101 | 1094578741 | JUNIOR PEREZ | $ 10.193.804,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 10.193.804,00 |
| HSPE847960 | 03/08/2024 | 21/08/2024 | CT101 | 1075244405 | STEPHANY BASTO | $ 316.869,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 316.869,00 |
| HSPE850096 | 23/08/2024 | 24/08/2024 | CT101 | 1007741710 | STEFANY BELTRAN | $ 112.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 112.000,00 |
| HSPE851326 | 26/08/2024 | 26/08/2024 | CT101 | 1120066886 | JEIMY CARABALI | $ 142.600,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 142.600,00 |
| HSPE852151 | 21/08/2024 | 27/08/2024 | CT101 | 1083917929 | AURORA PINZON | $ 1.072.904,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.072.904,00 |
| HSPE853128 | 26/08/2024 | 28/08/2024 | CT101 | 1016012502 | ALEXIS CEDIEL | $ 61.100,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 61.100,00 |
| HSPE853612 | 24/08/2024 | 29/08/2024 | CT101 | 1145730723 | MARIA FALLA | $ 324.778,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 324.778,00 |

**N° Facturas:** 8

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Valor Total COP** | **$ 13.617.432,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 13.617.[redacted]2,00** |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | 30/09/2024 |
| Unidad: | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 |
| Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro<br>Contrato interadministrativo: X |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 85-5-20127-24 |
| Constancia de recibido No. | 27 |
| Contratista: | E.S.E HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO |
| NIT del contratista: | 891.180.134-2 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA |
| 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: | $570.000.000 |
| Plazo de ejecución: | 31/12/2024 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | NO APLICA |
| Lugar de ejecución y/o entrega | ESPRI PITALITO |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__ | NO APLICA |
| Nombre del supervisor /coordinador del contrato y cargo que desempeña: | SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ<br>ENCARGADO ESPRI PITALITO |
| Fecha de entrega certificada: | ES EL PERIODO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO<br>Del: 08-08-2024 AL 31-08-2024 |

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 a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE S2 | 16 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2 EN EL MUNICIPIO DE PITALITO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA | $8,837,516.00 | $8,837,516.00 | $164.973,00 | $ 8,672,543.00 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA |

1303379383

| No. Factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| HSPE839565 | 2024/08/08 | 308,441.00 | 14,900.00 | 293,541.00 |
| HSPE841886 | 2024/08/12 | 244,232.00 | 0,00 | 244,232.00 |
| HSPE842628 | 2024/08/13 | 98,893.00 | 32,873.00 | 66,020.00 |
| HSPE845385 | 2024/08/16 | 473,084.00 | 0,00 | 473,084.00 |
| HSPE846056 | 2024/08/18 | 1,825,202.00 | 67,100.00 | 1,758,102.00 |
| HSPE846065 | 2024/08/18 | 534,300.00 | 0,00 | 534,300.00 |
| HSPE850095 | 2024/08/24 | 3,885,099.00 | 0,00 | 3,885,099.00 |
| HSPE853572 | 2024/08/29 | 757,650.00 | 0,00 | 757,650.00 |
| HSPE853939 | 2024/08/29 | 173,000.00 | 0,00 | 173,000.00 |
| HSPE854956 | 2024/08/31 | 238,768.00 | 50,100.00 | 188,668.00 |
| HSPE855137 | 2024/08/31 | 298,847.00 | 0,00 | 298,847.00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $8,837,516.00 | $164.973,00 | $8,672,543 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual "*PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUSBISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE PITALITO-HUILA.*", sin ninguna novedad.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO sí__ No__ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos arios de baja complejidad. | SI | No aplica |
| 2 | Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe. | SI | No aplica |
| 3 | Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. | SI | No aplica |
| 4 | El Contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones. | SI | No aplica |
| 5 | Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 6 | Actualización semestral de los precios de medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA, esta, deberá presentar informe detallado y/o acto administrativo (***acta, decreto, resolución, acuerdo, circular***) donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran, una vez tengan el aval y aprobación de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, previa revisión de auditoria médica y notificación a la ESE DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DEL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA | SI | No aplica |
| 7 | Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. | SI | No aplica |
| 8 | Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. | SI | No aplica |
| 9 | El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. | SI | No aplica |
| 10 | Para la autorización del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad), Boletín de autorización vigente Todos los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. | SI | No aplica |
| 11 | Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. | SI | No aplica |
| 12 | 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 cancelada por el SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. | SI | No aplica |
| 13 | El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | que se adjunta a la presente minuta contractual. | | |
| 14 | El CONTRATISTA se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. | SI | No aplica |
| 15 | **El contratista debe dar a conocer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 las Guias de manejo institucionales**. | SI | No aplica |
| 16 | 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 y firmada por el usuario o acudiente. Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL. 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 cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)" Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. | SI | No aplica |
| 17 | QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).** | SI | No aplica |
| 18 | El CONTRATISTA Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100 % de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. | SI | No aplica |
| 19 | El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. | SI | No aplica |
| 20 | **El contratista no atenderá pacientes que presenten boletines de autorización vencidos, teniendo en cuenta que dicho documento tiene vigencia 60 días calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE.** | SI | No aplica |
| 21 | Las demás que se deriven a lo largo del desarrollo del presente proceso de contratación. | SI | No aplica |
| 22 | Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. | SI | No aplica |
| 23 | Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. | SI | No aplica |
| 24 | Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. | SI | No aplica |
| 25 | Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 26 | el Prestador se compromete a recolectar y reportar mensualmente a REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. | SI | No aplica |
| 27 | Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. | SI | No aplica |
| 28 | Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y ización, en caso de que estos hayan sido contratados por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". | SI | No aplica |
| 29 | Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. | SI | No aplica |
| 30 | Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO | SI | No aplica |

1303379383

| | | | |
|---|---|---|---|
| | EN SALUD Nº2 para que esta genere la autorización. | | |
| 31 | Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 32 | Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. | SI | No aplica |
| 33 | Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS; para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co ( los primeros 5 de cada mes. | SI | No aplica |
| 34 | Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. | SI | No aplica |
| 35 | Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. | SI | No aplica |
| 36 | Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. | SI | No aplica |
| 37 | Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. | SI | No aplica |
| 38 | Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Este hecho. | SI | No aplica |
| 39 | Solicitar autorización a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. | SI | No aplica |
| 40 | Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. | SI | No aplica |
| 41 | Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. | SI | No aplica |
| 42 | Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. | SI | No aplica |
| 43 | Informar oportunamente á la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. | SI | No aplica |
| 44 | Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. | SI | No aplica |
| 45 | Informar cuando se presente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 46 | Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. | SI | No aplica |
| 47 | Permitir a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 . Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. | SI | No aplica |
| 48 | Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 49 | El PRESTADOR permitirá que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. | SI | No aplica |
| 50 | Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de | SI | No aplica |

1803397938

| | | | |
|---|---|---|---|
| | acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. | | |
| 51 | Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. | SI | No aplica |
| 52 | El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA U la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. | SI | No aplica |
| 53 | El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. | SI | No aplica |
| 54 | Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación. | SI | No aplica |
| 55 | El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. | SI | No aplica |
| 56 | Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de esta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. | SI | No aplica |
| 57 | Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. | SI | No aplica |
| 58 | En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. | SI | No aplica |
| 59 | Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. | SI | No aplica |
| 60 | Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. | SI | No aplica |
| 61 | Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. | SI | No aplica |
| 62 | Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. | SI | No aplica |
| 63 | Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. | SI | No aplica |
| 64 | EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. | SI | No aplica |
| 65 | EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | No aplica |
| 66 | EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. | SI | No aplica |
| 67 | Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. | SI | No aplica |
| 68 | Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. | SI | No aplica |
| 69 | EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 o a cualquier tercero. | SI | No aplica |
| 70 | EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. | SI | No aplica |
| 71 | Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. 72) No usar el nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. | SI | No aplica |

**SI. JESUS ARBEY MUÑOZ ORDOÑEZ**
**ENCARGADO ESPRI PITALITO**

1303379383

| Código 1LF-FR-0131 | ADMINISTRACION DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Fecha 15/08/2024 | CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA | |
| Versión 1 | | |

**RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO NIT 891180134 PARA PAGO POR CONTRATO**

**No. RADICACION 3617 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2024. CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. 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 85-5-20127-24 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 | 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 | HSPE839565 | 8/08/2024 | LAURA OSORIO | 1144624168 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 308.441,00 | 27/09/2024 | $ 14.900,00 | | $ 293.541,00 | 6-608 Pertinencia Ayudas d agnosticas se cojeta solicitud de creatinina en paciente de 17 de años sin antecedentes de importancia, que ingresa para estudio de cuadro respiratorio tipo infeccion respiratona alta | |
| 2 | HSPE841886 | 12/08/2024 | YILVER GUTIERREZ | 1083910857 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 244.232,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 244.232,00 | N/A | |
| 3 | HSPE842628 | 13/08/2024 | WENDY CORDOBA | 1080934629 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 98.893,00 | 27/09/2024 | $ 32.873,00 | | $ 66.020,00 | 6-606 Pertinencia Meteriales: se objeta cateter No 18 y set de infusion no pertinentes, se trata de paciente con cuadro de dolor lumbar sin compromiso radicular pertinente la administracion de medicamentos diclofenaco y dexametasona por via intramuscular | |
| 4 | HSPE845385 | 16/08/2024 | GERARDO SILVA | 12230025 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 473.084,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 473.084,00 | N/A | |
| 5 | HSPE846056 | 18/08/2024 | CLARET MARTINEZ | 4884254 | INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS | $ 1.825.202,00 | 27/09/2024 | $ 67.100,00 | | $ 1.758.102,00 | 6-608 Pertinencia Ayudas diagnosticas se objeta solicitud de 1 potasio y 1 sodio no pertinentes los tomados inicialmente (ingreso y ce control) dentro de parametros normales. con administracion adecuada de liquidos endovenosos y diminucion de perdidas por gasto fecal | |
| 6 | HSPE846065 | 18/08/2024 | MARIA BUENDIA | 1145731124 | INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS | $ 534.300,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 534.300,00 | N/A | |
| 7 | HSPE850095 | 24/08/2024 | OLGA CESPEDES | 28530653 | INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN TRES CAMAS | $ 3.885.099,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 3.885.099,00 | N/A | |
| 8 | HSPE853572 | 29/08/2024 | JULIANA HERRAN | 1077736920 | INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS | $ 757.650,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 757.650,00 | N/A | |
| 9 | HSPE853939 | 29/08/2024 | LIZET GALINDEZ | 1110451921 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 173.000,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 173.000,00 | N/A | |
| 10 | HSPE854956 | 31/08/2024 | DAYANA VALENCIA | 1081939414 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 238.768,00 | 27/09/2024 | $ 50.100,00 | | $ 188.668,00 | 6-606 Pertinencia Ayudas diagnosticas Se objeta solicitud de prueba de embarazo no pertinente, no relacionado con lo descrito en la historia clinica sin mencion de amenorrea o de ficha gineco-obstetrica | |
| 11 | HSPE855137 | 31/08/2024 | ISSA CRUZ | 1123822253 | CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL | $ 298.847,00 | 27/09/2024 | $ 0,00 | | $ 298.847,00 | N/A | |
| | | | | | | $ 8.837.516,00 | | $ 164.973,00 | | $ 8.672.543,00 | | |

Elaborado Por

María Teresa Barrios García
Auditor Médico
C.C. 22549116
TMOP 1007/2006

MARIA TERESA BARRIOS GARCIA
Auditor Cuentas Medicas Huila

Recibido Por

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

# ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
## 891180134

Codigo IPS: 4155100479-01
Calle 3 Sur N° 1B - 45 Pitalito - Huila PITALITO - HUILA
8362500 -



Codigo EPS | Fecha Impresión miércoles, 04 de septiembre de 2024 05 | Contrato N° 85-5-20127-24

# CUENTA DE COBRO N° 45077

## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°2
NIT. 900419719

DEBE A :

## ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
NIT. : 891180134

LA SUMA DE $ 8.837.516,00 OCHO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A LOS USUARIOS DE SU ENTIDAD, SEGÚN ANEXO DE FACTURAS DE LA CUENTA DE COBRO No. 45077 ADJUNTA, LAS CUALES SE ANEXAN INTEGRALMENTE CON LOS SOPORTES ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Y QUE HACEN PARTE COMPLEMENTARIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

FAVOR HACER SU CONSIGNACION A LA CUENTA CORRIENTE NO. 42506003-5 BANCO POPULAR PITALITO, CUENTA CORRIENTE BANCO AGRARIO CTA. 3942003111-2. NOTIFICAR EL VALOR DE LA CONSIGNACION Y LAS FACRURAS CANCELADAS AL CORREO-E cartera@hospitalpitalito.gov.co O AL TEL. 8360147 PARA DESCARGARSE DE CARTERA.

Dado En PITALITO, Fecha 4/09/2024 Dpto. de Facturación

Se anexa_____ CD, _____ tomos, con ____ folios, que contienen Autorizaciones, fotocopia de cedula del paciente, fotocopia de identidad, epicrisis y soportes de atención para cada factura.

04/09/2024

El funcionario o entidad encargada para recepcionar las facturas originadas por la prestación de servicios de salud por la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, declara bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de la firma o colocación del sello, estar autorizado para tal efecto, y acepta haber verificado formalmente su contenido, sin perjuicio de la revisión y posterior auditoría de conformidad con el trámite y términos reglamentados en la normatividad vigentes para la facturación y pago a prestadores de servicios de salud (Decreto 4747 de 2007, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011) y aquellas que la complementen o modifiquen.

DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA
FECHA RECIBIDO: 09 SEPTIEMBRE 2024
No. RADICADO: 3617 RUBRO: _____
RECIBIDO POR:

Firma de Recibido:
Nombre:
Cedula o Nit:
Fecha Recibido

LA PRESENTE CUENTA DE COBRO DEBERA CANCELARSE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 13 LITERAL "D" DE LA LEY 1122/2007.

1303379383

# ANEXO FACTURAS CUENTA DE COBRO N° 45077

| N° Factura | Fecha Ingreso | Fecha Factura | Contrato | C.C | Paciente | Valor Factura | Nota Crédito | Anticipo | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Regimen:** Regimen Especial - COP | | | | | | | | | |
| HSPE839565 | 07/08/2024 | 08/08/2024 | CT101 | 1144624158 | LAURA OSORIO | $ 308.441,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 308.441,00 |
| HSPE841886 | 10/08/2024 | 12/08/2024 | CT101 | 1083910857 | YILVER GUTIERREZ | $ 244.232,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 244.232,00 |
| HSPE842628 | 11/08/2024 | 13/08/2024 | CT101 | 1080934629 | WENDY CORDOBA | $ 98.893,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 98.893,00 |
| HSPE845385 | 14/08/2024 | 16/08/2024 | CT101 | 12230025 | GERARDO SILVA | $ 473.084,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 473.084,00 |
| HSPE846056 | 15/08/2024 | 18/08/2024 | CT101 | 4884254 | CLARET MARTINEZ | $ 1.825.202,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 1.825.202,00 |
| HSPE846065 | 16/08/2024 | 18/08/2024 | CT101 | 1145731124 | MARIA BUENDIA | $ 534.300,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 534.300,00 |
| HSPE850095 | 17/08/2024 | 24/08/2024 | CT101 | 28530653 | OLGA CESPEDES | $ 3.885.099,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 3.885.099,00 |
| HSPE853572 | 26/08/2024 | 29/08/2024 | CT101 | 1077736920 | JULIANA HERRAN | $ 757.650,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 757.650,00 |
| HSPE853939 | 29/08/2024 | 29/08/2024 | CT101 | 1110451921 | LIZET GALINDEZ | $ 173.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 173.000,00 |
| HSPE854956 | 29/08/2024 | 31/08/2024 | CT101 | 1083929414 | DAYANA VALENCIA | $ 238.768,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 238.768,00 |
| HSPE855137 | 28/08/2024 | 31/08/2024 | CT101 | 1123822253 | ISSA CRUZ | $ 298.847,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 29[redacted],00 |

**N° Facturas:** 11

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Valor Total COP** | **$ 8.837.516,00** | **$ 0,00** | **$ 0,00** | **$ 8.837.516,00** |