Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto 24 de octubre de 2024
Unidad:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No**
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: x Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-7-20097-24
Constancia de recibido No.	030
Contratista:	PALERMO IMAGEN LTDA.
NIT del contratista:	900011436-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	"PRESTACION DE SERVICIOS DE RADIOLOGIA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y OTROS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON APOYO DIAGNOSTICO DE IMAGENOLOGIA, EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL). TODOS LOS EXAMENES DIAGNOSTICOS DE RADIOLOGIA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DE LA DISAN-BOGOTA D.C Y/O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA"
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 200.000.000

Plazo de ejecución:	Desde 05 de Junio 2024 - hasta el 31 de Diciembre de 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	CIUDAD DE PASTO
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente. DANA LEYVIS CHANA RODRIGUEZ Auxiliar de Enfermería ESPRI - PALERMO
Fecha de entrega certificada:	Septiembre
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES N°4	16	Prestación de servicios de salud	$2.446.799	$2.446.799	$0	$2.446.799

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FVE99843	20/09/2024	133.155	0	133.155
FVE99847	20/09/2024	68.531	0	68.531
FVE99849	20/09/2024	68.531	0	68.531
FVE99850	20/09/2024	133.155	0	133.155
FVE99895	20/09/2024	68.531	0	68.531
FVE99896	20/09/2024	47.458	0	47.458
FVE99899	20/09/2024	80.697	0	80.697
FVE99914	20/09/2024	334.211	0	334.211
FVE100127	23/09/2024	133.155	0	133.155
FVE100185	23/09/2024	432.910	0	432.910

FVE100244	23/09/2024	68.531	0	68.531
FVE100284	24/09/2024	31.861	0	31.861
FVE100308	24/09/2024	31.861	0	31.861
FVE100309	24/09/2024	31.861	0	31.861
FVE100355	24/09/2024	303.609	0	303.609
FVE100568	25/09/2024	271.192	0	271.192
FVE101015	30/09/2024	68.531	0	68.531
FVE101016	30/09/2024	68.531	0	68.531
FVE101045	30/09/2024	70.488	0	70.488
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$2.446.799**	**0**	**$2.446.799**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: a) DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y b) DE CALIDAD DE SERVICIOS c) RESPONSABILDAD CIVIL se cumplieron en su totalidad, se recibió la prestación de los servicios de acuerdo a las condiciones técnicas que se pactaron establecidas en la minuta de contratos; se supervisa la cuenta de cobro, N° SP09-06 de servicios prestados del 20/09/2024 al 30/09/2024. Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

SIIF 44924
QUIPU 249

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago	Si	PLANILLA PARAFISCALES
2	El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios de acuerdo al plan integral de Salud de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional ACUERDO 002, del 21 de abril de 2001.	SI	CUMPLE
3	El contratista deberá presentar la cuenta de cobro junto con la relación con el formato que maneja auditoría médica Sanidad Policía Nariño mensualmente con los siguientes datos por cada cuenta radicada en formato Excel en medio	SI	CUMPLE

	magnético que conste de las siguientes variables: Fecha de la factura, fecha de la atención de la factura, nombre y apellidos e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 10, Diagnóstico, edad, valor de la factura el cual será enviado al correo: denar.upres-acm@policia.gov.co. Este formato se entregará al supervisor para que lo haga llegar al contratista.		
4	Crear un espacio adecuado para garantizar la atención y el acceso de los pacientes discapacitados que nos permita brindar un manejo adecuado acogiéndose a los nuevos estatutos de protección para este tipo de población (rampla ó habilitación de Consultorio en el primer piso.	SI	CUMPLE
5	La Oportunidad para los Procedimientos diagnósticos y terapéuticos solicitados por los usuarios ambulatorios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño deberá ser resuelta en un plazo no mayor a 10 días hábiles. En caso que estos tiempos no puedan ser cumplidos deberá ser justificada la oportunidad requerida por el jefe del servicio solicitante y/o médico tratante. Esta novedad deberá ser informada de forma inmediata al supervisor del contrato.	SI	CUMPLE
6	Se debe garantizar el cumplimiento a la agenda programada para la realización de ayudas diagnósticas ambulatorias, respetando el horario asignado para las mismas.	SI	CUMPLE
7	Prestar en forma continua y permanente por el horario de funcionamiento establecido (12 horas al día) la atención a todos los Usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional, de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL CONTRATISTA PODRÁ ABSTENERSE DE RECIBIR AL USUARIO, ARGUMENTANDO NO TENER DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO REQUERIDO**	SI	CUMPLE
8	Presentar la facturación correspondiente al mes causado en la Ventanilla Unica Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño. En esta Facturación debe aparecer el No de Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo"	SI	Cuenta de cobro SP09-06

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Subintendente. DANA LEYVIS CHANA RODRIGUEZ
Auxiliar de Enfermería ESPRI - PALERMO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	PALERMO IMAGEN
IDENTIFICACIÓN:	NI-900011436
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-10-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-09
FECHA DE PAGO:	2024-10-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	31154068
TOTAL COTIZANTES:	42
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31154068
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	22	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.404.100	$ 2.404.100
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.000	$ 72.000
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	12	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.245.700	$ 1.245.700
EPSIC5	837000084	EPS-S MALLAMAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.400	$ 92.400
ESSC18	901021565	EPS-S EMSSANAR	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 353.600	$ 353.600
Subtotal Salud		5	42	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.167.800	$ 4.167.800
230201	800229739	PROTECCION	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 694.500	$ 694.500
230301	800224808	PORVENIR	23	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.556.700	$ 8.556.700
25-14	900336004	COLPENSIONES	16	$ 120.000	$ 120.000	$ 0	$ 10.460.300	$ 10.460.300
Subtotal Pensión		3	42	$ 120.000	$ 120.000	$ 0	$ 19.711.500	$ 19.711.500
14-25	800226175	COLMENA	42	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.602.600	$ 3.602.600
Subtotal ARL		1	42	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.602.600	$ 3.602.600
CCF35	891280008	CCF DE NARIÑO	42	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.036.900	$ 4.036.900
Subtotal CCF		1	42	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.036.900	$ 4.036.900
		Total a pagar		$ 120.000	$ 120.000	$ 0	$ 31.518.800	$ 31.518.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/11/2024

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

SP 06

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA PALERMO IMAGEN NIT 900011436 PARA PAGO POR CONTRATO N° 066-7-200097-24

No. RADICACION 5386 DEL 04 DE OCTUBRE DE 2024, ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS.CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	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	FVE99843	20/09/2024	JOSE NARVAEZ HERNANDEZ	16.237.253	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, PÁNCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO	133.155	23/10/2024	0	N/A	133.155	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FVE99847	20/09/2024	PEDRO MENESES REALPE	87.450.721	**ECOGRAFIA DE CUELLO	68.531	23/10/2024	0	N/A	68.531	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FVE99849	20/09/2024	LUIS TABLA BARRERA	12.977.099	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON	68.531	23/10/2024	0	N/A	68.531	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FVE99850	20/09/2024	GERARDO BRAVO BRAVO	6.495.792	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, PÁNCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO	133.155	23/10/2024	0	N/A	133.155	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FVE99895	20/09/2024	GILMA CAICEDO DE ROSALES	30.719.949	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS A	68.531	23/10/2024	0	N/A	68.531	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FVE99896	20/09/2024	GILMA CAICEDO DE ROSALES	30.719.949	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	47.458	23/10/2024	0	N/A	47.458	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FVE99899	20/09/2024	PEDRO HURTADO MARTINEZ	6.402.986	ULTRASONOGRAFÍA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL +	80.697	23/10/2024	0	N/A	80.697	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FVE99914	20/09/2024	MARIA BURGOS ARTEAGA	1.081.056.068	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR	334.211	23/10/2024	0	N/A	334.211	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	FVE100127	23/09/2024	NANCY CHAPAL CUARAN	1.085.270.774	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, PÁNCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO	133.155	23/10/2024	0	N/A	133.155	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	FVE100185	23/09/2024	FLOR CANTUCA VELASQUEZ	51.833.012	**ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	432.910	23/10/2024	0	N/A	432.910	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	FVE100244	23/09/2024	ALBA CRIOLLO CUASES	30.736.391	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	68.531	23/10/2024	0	N/A	68.531	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	FVE100284	24/09/2024	MANUEL POLO RODRIGUEZ	1.085.312.767	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL) +	31.861	23/10/2024	0	N/A	31.861	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	FVE100308	24/09/2024	ARIANNA ERASO DURAN	1.233.195.730	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL) +	31.861	23/10/2024	0	N/A	31.861	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	FVE100309	24/09/2024	ARIANNA ERASO DURAN	1.233.195.730	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA+	31.861	23/10/2024	0	N/A	31.861	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
15	FVE100355	24/09/2024	JOHAN NANEZ NANEZ	1.233.188.907	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO	303.609	23/10/2024	0	N/A	303.609	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
16	FVE100568	25/09/2024	ADELMO CHAMORRO	1.841.783	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14"	271.192	23/10/2024	0	N/A	271.192	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
17	FVE101015	30/09/2024	DORIAN GARCIA MORALES	43.756.088	**ECOGRAFIA DE CUELLO	68.531	23/10/2024	0	N/A	68.531	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
18	FVE101016	30/09/2024	DORIAN GARCIA MORALES	43.756.088	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	68.531	23/10/2024	0	N/A	68.531	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
19	FVE101045	30/09/2024	ANGELA BURBANO NARVAEZ	1.085.326.319	ULTRASONOG RAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL +	70.488	23/10/2024	0	N/A	70.488	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
						2.446.799		**0**		**2.446.799**		

Elaborado Por.

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por

Pagina 1 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta _____

Cargo del funcionario _____

TURNO No. 5386 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 249

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 04-10-2021

VALOR PAGO: 2.446.799

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : -

CONTRATISTA: Palomolwagen

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

NIT DEL CONTRATISTA: 9000111436

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

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

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

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

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

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 44424

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP N/A

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

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

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

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

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

Pagina 1 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

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

SI_____ **NO**_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

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

04/10/2024 17:15:28
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
5386	RADICADA	04/10/2024	900011436	PALERMO IMAGEN LTDA

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	99843	20/09/2024	133,155.00
DENAR	99847	20/09/2024	68,531.00
DENAR	99849	20/09/2024	68,531.00
DENAR	99850	20/09/2024	133,155.00
DENAR	99895	20/09/2024	68,531.00
DENAR	99896	20/09/2024	47,458.00
DENAR	99899	20/09/2024	80,697.00
DENAR	99914	20/09/2024	334,211.00
DENAR	100127	23/09/2024	133,155.00
DENAR	100185	23/09/2024	432,910.00
DENAR	100244	23/09/2024	68,531.00
DENAR	100284	24/09/2024	31,861.00
DENAR	100308	24/09/2024	31,861.00
DENAR	100309	24/09/2024	31,861.00
NAR	100355	24/09/2024	303,609.00
DENAR	100568	25/09/2024	271,192.00
DENAR	101015	30/09/2024	68,531.00
DENAR	101016	30/09/2024	68,531.00
DENAR	101045	30/09/2024	70,488.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	249	2024	2,446,799.00

PALERMO
IMAGEN S.A.S

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4

SERVICIOS PRESTADO MES DE SEPTIEMBRE PALERMO IMAGEN

Cuenta de cobro SP 09-06 del 2024

Reg 249
Siif 44924
Pg 5386
Rad 1525

2024

PALERMO IMAGEN SAS
Código de habilitación 520010002001 NIT: 900011436-1
CRA 40 # 16 D - 115 Av. Panamericana (602) 7370645
FACTURACION GENERAL

98 folios

CUENTA DE COBRO No. SP 09-06 DEL 2024
Representante Legal: LIDIA MARITZA ORTIZ BERMUDEZ
No. de Contrato 066-7-200097-24

Empresa: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Periodo: sep.-24

No.	No. Factura	Fecha	Documento	Nombre del Paciente	Vr Neto	Vr Copago	Vr Descuento	Vr. Facturado	Empresa	Remision	C. Cobro
1	FVE99843	20/09/2024	CC16237253	NARVAEZ HERNANDEZ JOSE ALFONSO	133.155,00	0,00	0,00	133.155,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
2	FVE99847	20/09/2024	CC87450721	MENESES REALPE PEDRO ANTONIO	68.531,00	0,00	0,00	68.531,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
3	FVE99849	20/09/2024	CC12977099	TABLA BARRERA LUIS EDUARDO	68.531,00	0,00	0,00	68.531,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
4	FVE99850	20/09/2024	CC6495792	BRAVO BRAVO GERARDO	133.155,00	0,00	0,00	133.155,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
5	FVE99895	20/09/2024	CC30719949	CAICEDO DE ROSALES GILMA MADELEINE	68.531,00	0,00	0,00	68.531,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
6	FVE99896	20/09/2024	CC30719949	CAICEDO DE ROSALES GILMA MADELEINE	47.458,00	0,00	0,00	47.458,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
7	FVE99899	20/09/2024	CC6402986	HURTADO MARTINEZ PEDRO MARCIAL	80.697,00	0,00	0,00	80.697,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
8	FVE99914	20/09/2024	TI1081056068	BURGOS ARTEAGA MARIA JOSE	334.211,00	0,00	0,00	334.211,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
9	FVE100127	23/09/2024	CC1085270774	CHAPAL CUARAN NANCY	133.155,00	0,00	0,00	133.155,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
10	FVE100185	23/09/2024	CC51833012	CANTUCA VELASQUEZ FLOR DE MARIA	432.910,00	0,00	0,00	432.910,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
11	FVE100244	23/09/2024	CC30736391	CRIOLLO CUASES ALBA STELLA	68.531,00	0,00	0,00	68.531,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
12	FVE100284	24/09/2024	CC1085312767	POLO RODRIGUEZ MANUEL SEBASTIAN	31.861,00	0,00	0,00	31.861,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
13	FVE100308	24/09/2024	RC1233195730	ERASO DURAN ARIANNA ITZAE	31.861,00	0,00	0,00	31.861,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
14	FVE100309	24/09/2024	RC1233195730	ERASO DURAN ARIANNA ITZAE	31.861,00	0,00	0,00	31.861,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
15	FVE100355	24/09/2024	CC1233188907	ÑAÑEZ ÑAÑEZ JOHAN SEBASTIAN	303.609,00	0,00	0,00	303.609,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
16	FVE100568	25/09/2024	CC1841783	CHAMORRO ADELMO ANTONIO	271.192,00	0,00	0,00	271.192,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
17	FVE101015	30/09/2024	CC43756088	GARCIA MORALES DORIAN YANED	68.531,00	0,00	0,00	68.531,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
18	FVE101016	30/09/2024	CC43756088	GARCIA MORALES DORIAN YANED	68.531,00	0,00	0,00	68.531,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06
19	FVE101045	30/09/2024	CC1085326319	BURBANO NARVAEZ ANGELA GABRIELA	70.488,00	0,00	0,00	70.488,00	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	89	SP 09-06

TOTAL FACTURAS:	19
VR FACTURADO:	2,446,799.00
VR COPAGOS:	0.00
VR DESCUENTOS:	0.00
NETO A PAGAR:	2,446,799.00

Valor en letras: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS 00 M/CTE

LIDIA MARITZA ORTIZ BERMUDEZ
Representante Legal

Diana M
MORILLO MADROÑERO DIANA PAOLA
apoyo facturacion

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	561076	Fecha Pre-Radicado	10/3/2024 4:05:33 PM
Nombre de la Entidad	PALERMO IMAGEN LTDA	Vlr Ini de Cargue	$2,446,799
Cantidad de Facturas Registradas	19	Vlr Fin de Cargue	$2,446,799.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI4		

Acepto que los valores y datos registrados en los RIPS, son los mismos que se encuentran en las facturas, conforme a la normatividad vigente