No. GS-2024- **DEUIL /ESPCO – UPRES -29.25**

Neiva, 01 de noviembre 2024

Señora Capitán
NIDIA TALAGA SILVA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2 (E)
Carrera 22 Sur # 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio
Ciudad

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. 85-7-20113-23

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 No. 85-7-20113-23 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 No. GS-2022-011228-REGI2 del 15 de agosto del 2023, el señor Mayor. **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**, obrando en calidad de Regional de Aseguramiento en Salud No.2, nombró como supervisor del contrato del asunto al señor (a) SM-184 EDITH MARITZA CAMPOS CALDERON.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 13**

  Informe de supervisión AGOSTO 2023, comprendido durante el periodo del 15/08/2023 al 30/08/2023; radicado mediante comunicado N° GS-2023-087145-REGI2 de 04-09-2023

  Informe de supervisión SEPTIEMBRE 2023, comprendido durante el periodo del 01/09/2023 al 30/09/2023; radicado mediante comunicado N° GS-2023-097378-REGI2 de 02-10-2023

  Informe de supervisión OCTUBRE 2023, comprendido durante el periodo del 01/10/2023 al 31/10/2023; radicado mediante comunicado N° GS-2023-109707-DEUIL de 03-11-2023

Informe de supervisión NOVIEMBRE 2023, comprendido durante el periodo del 01/11/2023 al 30/11/2023; radicado mediante comunicado N° GS-2023-121831-DEUIL de 04-12-2023

Informe de supervisión DICIEMBRE 2023, comprendido durante el periodo del 01/12/2023 al 31/12/2023; radicado mediante comunicado N° GS-2024-000229-DEUIL de 02-01-2024

Informe de supervisión ENERO 2024, comprendido durante el periodo del 01/01/2024 al 31/01/2024; radicado mediante comunicado N° GS-2024-001638-DEUIL de 02-02-2024

Informe de supervisión FEBRERO 2024, comprendido durante el periodo del 01/02/2024 al 29/02/2024; radicado mediante comunicado N° GS-2024-029774-DEUIL de 04-03-2024

Informe de supervisión MARZO 2024, comprendido durante el periodo del 01/03/2024 al 31/03/2024; radicado mediante comunicado N° GS-2024-034248-DEUIL de 02-04-2024

Informe de supervisión ABRIL 2024, comprendido durante el periodo del 01/04/2024 al 30/04/2024; radicado mediante comunicado N° GS-2024-045085-DEUIL de 03-05-2024

Informe de supervisión MAYO 2024, comprendido durante el periodo del 01/05/2024 al 31/05/2024; radicado mediante comunicado N° GS-2024-056953-DEUIL de 04-06-2024

Informe de supervisión JUNIO 2024, comprendido durante el periodo del 01/06/2024 al 30/06/2024; radicado mediante comunicado N° GS-2024-010421-DEUIL de 02-07-2024

Informe de supervisión JULIO 2024, comprendido durante el periodo del 01/07/2024 al 31/07/2024; radicado mediante comunicado N° GS-2024-078680-DEUIL de 01-08-2024

Informe de supervisión AGOSTO 2024, comprendido durante el periodo del 01/08/2024 al 31/08/2024; radicado mediante comunicado N° GS-2024-015754-DEUIL de 02-10-2024

Contrato No. / Orden de compra No.	85-7-20113-23
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LAS CIUDAD DE NEIVA SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL.
Contratista	SALUD PLENA S.A.S
Representante legal	SONIA MARCELA CERQUERA RODRIGUEZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	Veintiocho millones quinientos mil de pesos ($28.500.000,00) M/LEGAL
Valor adiciones del contrato u orden de compra	Nueve millones de pesos ($9.000.000.00) M/LEGAL
Valor total del contrato u orden de compra	Treinta y siete millones quinientos mil pesos ($37.500.000,00) M/LEGAL
Plazo de ejecución inicial	30/04/2024

Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/04/2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	22/08/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	31/10/2024
Adiciones	Nueve millones de pesos ($9.000.000.00)
Modificatorios	Modificatorio 001 prorroga fecha terminación del contrato hasta 22 de agosto 2024 Modificatorio 002 adición de nueve millones de pesos ($9.000.000.00)M/LEGAL
Prorrogas	Modificatorio 001 prorroga fecha terminación del contrato hasta 22 de agosto 2024 Modificatorio 002 prorroga fecha terminación 31 de octubre 2024
Otros	No Aplica

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

1.1 Acciones adelantadas:

La entidad cumplió con sus obligaciones de acuerdo al contrato No. 85-20113-23., así mismo se le reitera los compromisos y obligaciones que debe tener en cuenta frente al contrato.

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO sí__ No___	Observaciones y Evidencias
1	El oferente debe disponer de un módulo de quejas y reclamos para ingresar cada una de las solicitudes, quejas y reclamos manifestadas por los usuarios, con el fin de dar respuesta a todas las comunicaciones ingresadas.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
2	Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por la oficina de referencia y contra referencia. Para este efecto el contratista atenderá los procedimientos autorizados en el anexo referente a los procedimientos contemplados de cada especialidad. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 y aquellas ocasionadas por accidente laboral, teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia, rehabilitación oral y otras que intervengan en el procedimiento)	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

3	El oferente debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
4	El oferente efectuará la prestación del servicio en la sede presentada donde existan las condiciones de infraestructura necesaria para garantizar la buena atención de los usuarios y se cumplan los requisitos de habilitación de la secretaria de salud.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
5	El servicio debe prestarse de manera continua durante toda la ejecución del contrato, la oportunidad de cita debe ser como mínimo 3 días hábiles a partir de la solicitud de ésta y no mayor a 15 días, sin embargo, las citas para exámenes programados se atenderán en horario diurno. Así mismo, las solicitudes por urgencia y/o prioritarias serán resueltas durante las 24 horas del día, de lunes a domingo y festivos. Los servicios que requieran quirófano serán prestados con un término no mayor a 20 días una vez realizado el requerimiento, exceptuando estados de emergencia sanitaria.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
6	No deberá realizar tratamientos sin autorizaciones y no crear expectativas en el paciente de tratamientos que no puedan ser realizados ya que no están contemplados en el plan de beneficios, se debe limitar a la realización de los procedimientos requeridos desde la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá previamente autorizados.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
7	Formular sin excepción en moléculas genéricas y que estén incluidas en el VADEMECUM de la POLICIA NACIONAL. En caso de ser necesario la formulación de medicamentos por fuera de manual de la POLICIA NACIONAL se deberá demostrar el seguimiento farmacológico y sus posibles fallas terapéuticas, anexando el resumen de historia clínica especificando los medicamentos utilizados previamente y la bibliografía basada en la evidencia incluidos en el mismo y diligenciar el formato de solicitud de medicamentos no incluidos en el manual adjuntando copia de estudios cultivos, etc; que soporten adecuadamente el medicamento ordenado, agotando los recursos existentes en el ítem anterior. Formato que será entregado una vez se realice la realización del contrato.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
8	Cumplir con las normas de referencia y contra referencia diseñadas por la institución tales como el diligenciamiento del formato de referencia (cuando se requiera la interconsulta con otro especialista) especificando diagnóstico, plan a seguir y en el evento de solicitar la realización de exámenes de apoyo diagnostico justificarlos (con resumen clínico detallado, motivo de examen), los prestadores de servicio de salud que se contraten darán estricto cumplimiento al decreto 2759 de 1991 por el cual se establece el régimen de referencia y contra referencia y específicamente a lo definido a contra referencia del paciente al médico familiar y/o tratante de la red propia y en el cual debe incluir las debidas indicaciones a seguir y la información recibida por el usuario.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
9	Entregar a contra referencia del usuario donde se incluyan datos de identificación resumen clínico, diagnostico, pronostico y tiempo de tratamiento, a la oficina de referencia y contra referencia de la unidad prestadora de salud Policía Tolima, , Huila, Putumayo y Caquetá.,	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
10	El oferente deberá participar en comités y actividades de mejoramiento de acuerdo a los requerimientos que realice el UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Policía Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
11	El oferente deberá Emitir conceptos de medicina laboral cuando sea requerida mediante autorización de consulta odontológica. Para las atenciones de usuarios inmersos en PROCESOS MEDICO LABORALES, el personal profesional con el cual cuenta para la prestación del servicio, deberá diligenciar la documentación que expresamente se tiene establecida para ello (PAPELES DE SEGURIDAD) los cuales NO deberán ser entregados al usuario, absteniéndose de emitir concepto de APTITUD ya que los		Cumplió de acuerdo al contrato

	mismos son POTESTAD exclusiva de los Organismos Médico-Laborales de las Fuerzas Militares y Policía Nacional. CONCEPTOS MÉDICOS U ODONTOLÓGICOS Son el registro médico u odontológico especializado que se emite al valorar las SECUELAS de algún tipo de patología sufrida por un funcionario activo o retirado (Uniformado o NO Uniformado) de la Policía Nacional objeto de Valoración Médico Laboral. El concepto se emite con base en la historia Clínica, los estudios o ayudas diagnósticas y el examen físico, y se registra en el Formato de referencia, conceptos de los especialistas solicitados por medicina laboral. Con el formato va adjunto una nota de Inicio de Estudio, en donde se describe someramente el caso y se anotan los servicios que se requieren para definir la situación médico-laboral del implicado, acompañado de la historia clínica y los estudios previos realizados. El formato tiene como fin definir las secuelas de cada patología. El papel de seguridad NO debe utilizarse como hoja de evolución. SOLO debe registrarse las SECUELAS de la Patología. En caso de NO poseer el CONCEPTO DEFINITIVO, NO se debe diligenciar el formato y se debe solicitar las Ayudas Necesarias o la Terapéutica que el usuario requiere para definir las secuelas. 6. El Formato referencia CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS SOLICITADOS POR MEDICINA LABORAL, contiene: Encabezado de referencia: Va anotado la Ciudad, la Fecha, el consecutivo y la especialidad. El cuerpo tiene 3 partes así: Identificación del Usuario, el cual siempre va diligenciado por la parte referente (Medicina Laboral). Antecedentes y Descripción de Patología a Evaluar: Se registra fecha de iniciación y circunstancia en que se presentó la afección a evaluar: Se limita única y exclusivamente a hacer referencia de las circunstancias que dieron inicio al padecimiento objeto de la evaluación. Ejm: accidente, agresión, autoagresión, atentado, enfermedad general, etc. Incluye los signos, síntomas y principales exámenes paraclínicos de la misma: En ésta parte se anotan las manifestaciones clínicas que inicialmente se encontraron en el paciente a la hora de iniciar la patología y las ayudas que facilitaron el diagnóstico. Diagnóstico, Secuelas Definitivas: Se anotan los diagnósticos confirmados del caso y las secuelas inherentes a los diagnósticos definitivos. Tratamiento y Conducta a seguir: Si el caso lo amerita, se anotan los procedimientos o estudios que se requieran para definir el estado clínico del usuario y se establece plan a seguir. NUNCA ANOTE APTITUD NI SUGIERA REUBICACIÓN LABORAL. Si el policial necesita incapacidad por su estado actual (Parcial o Total), expídala teniendo en cuenta su capacidad para laborar.	SI	

	Firma y Sello del Médico Tratante: Es importante que el médico firme el concepto y coloque el sello en donde se visualice perfectamente, mínimo, el nombre, y el Registro Médico. 7. Para poder emitir el o los conceptos, el profesional de la salud puede solicitar estudios complementarios o realizar procedimientos que vayan a mejorar el pronóstico funcional y vital del usuario. No debe anotarse la aptitud laboral. b. Teniendo en cuenta que el régimen laboral de la policía es especial, NO se debe recomendar reubicación laboral pues ésta es libre potestad del Director Nacional de la Policía Nacional. c. Es necesario y pertinente aclararle que los formatos de medicina laboral SOLO sirven para anotar el concepto de secuelas que corresponde al concepto final o definitivo. Si el usuario requiere continuar en tratamiento para mejorar las secuelas, requiere un procedimiento o estudios complementarios, debe anotarse en hojas de evolución como quien maneja un usuario ambulatorio. NO UTILIZAR EL PAPEL DE SEGURIDAD PARA ANOTAR EVOLUCIONES. SOLO ANOTAR EL CONCEPTO DEFINITIVO CON O SIN SECUELAS SEGÚN CRITERIO MÉDICO Y EVIDENCIAS DIAGNÓSTICAS.		
12	El oferente deberá Contar con el plan de mejoramiento continuo de la calidad.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
13	Prestar de forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios del subsistema de salud de la POLICIA NACIONAL UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
14	El oferente deberá remitir un reporte estadístico mensual sobre los tratamientos ejecutados a cada paciente describiendo nombre, cedula, edad, código patología etc.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
15	El oferente deberá presentar junto con las facturas información estadística mensual en un archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: N° de consecutivo, nombre, apellidos, N° de identificación, edad de los usuarios, fecha de servicio, diagnostico con CIE 10, procedimiento, código ISS del procedimiento.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
16	El oferente deberá garantizar la prestación del servicio a todos los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional sin discriminación alguna, siempre y cuando presenten carné o constancia vigentes expedidos en Talento Humano Policía, siempre y cuando requiera el servicio en las especialidades. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia rehabilitación y otras que intervengan en el procedimiento)	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
17	El oferente garantiza que en caso de ser necesario cuenta con un plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
18	Delegará un especialista que intervenga en las reuniones de decisiones médico-quirúrgicas, cuando su participación sea solicitada por la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

19	El oferente garantiza que rendirá INFORME MENSUAL DE GESTION el cual será acordado con el SUPERVISOR DEL CONTRATO. El cual deberá ser una persona capacitada para evaluar la ejecución de este tipo de contratos. .	N/A	N/A
20	Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
21	Presentar junto con la propuesta los respectivos soportes de radio protección del personal encargado de realizar toma de RX.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
22	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	N/A	N/A

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
Horas de presentación de servicios 4 horas diarias 22 semanales y 95 mensuales.	si	El contratista cumple con los honorarios establecidos en el contrato

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Sí__ No___	Observaciones y Evidencias
1	El Oferente 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 Tolima, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios. • Horarios de Atención para los usuarios • Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial) • Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas • Entrega de copia de servicios prestados Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

2	El oferente debe dar aplicación a lo contemplado por el Ministerio de Salud y de 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. De acuerdo con lo anterior, debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la Secretaria de Salud del Departamento del Tolima para cada servicio ofertado en la ciudad de Ibagué, los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
3	Dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información: • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios. • Horarios de Atención para los usuarios • Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial) • Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas • Entrega de copia de servicios prestados Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
4	Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
5	El oferente deberá presentar una certificación firmada por el representante legal y dirigida a la Jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, en donde demuestre que el personal de su entidad cuenta con los estudios profesionales, especializados, propicios para la atención de pacientes, dicho personal deberá contar con la disponibilidad permanente durante la ejecución de futuro contrato e indique el tiempo de experiencia del personal asistencial, en sus funciones y responsabilidades directamente ligadas al objeto contractual, la cual debe ser mínimo de un (01) año. Así mismo, deberá manifestar que realizó la verificación de la autenticidad del título de cada uno de los profesionales y auxiliares y/o tecnólogos con los cuales cumplirá con el objeto contractual del proceso de contratación en referencia. El talento humano profesional y auxiliar en salud ofertado deber reunir los requisitos definidos por el Estándar Recurso Humano establecidos por el Ministerio de salud y la Protección Social, por lo tanto, deberá anexar junto con el formato del recurso humano que se adjunta al estudio previo, la hoja de vida de cada profesional.Presentar copia del Registro o tarjeta profesional departamental o nacional, y/o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en salud (RETHUS).	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.
6	Diligenciar para cada funcionario el formulario "Formato de Idoneidad del Recurso Humano" debiendo anexar la documentación que lo acredita.	SI	Cumplió de acuerdo al contrato.

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA:
Se realiza el presente informe de supervisión, el cual comprende el periodo comprendido entre el 01 de septiembre 2024 al 30 de septiembre de 2024.

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:
A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido cuatrocientos cinco (405) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando treinta (30) días calendario para que finalice el plazo de ejecución

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

La Regional de Aseguramiento No. 2 - Unidad Prestadora de Salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva Huila, de manera mensual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de constancia de recibo a satisfacción de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará En virtud de lo consagrado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y Decreto 1273 de 2018, el **CONTRATISTA** deberá acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), mediante certificación suscrita por el Representante Legal del **CONTRATISTA** o su Revisor Fiscal – si lo tuviere – en la que conste tal situación. "En *el evento en el que la facturación la efectúe el consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el Decreto 358 de 2020, la factura, además de señalar el porcentaje o valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. Estas facturas deberán cumplir los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. En el evento previsto en el inciso anterior, quien efectúe el pago o abono en cuenta deberá practicar al consorcio o unión temporal la respectiva retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta y complementarios, y corresponderá a cada uno de sus miembros asumir la retención en la fuente a prorrata de su participación en el ingreso facturado."* documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de cada unidad prestadora de Salud (Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá), donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se le asignará un número de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día seis (6) del mes los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. La factura debe cumplir con los requisitos establecidos en el anexo No. 5 de la Resolución 3047 del 14 de agosto de 2008 emanada del Ministerio de la Protección Social. **Los soportes de las facturas se presentarán legajados en carpeta 4 aletas en cartulina blanca tipo propalcote máximo 250 folios por carpeta, legajado a tamaño oficio, sin documentos en formato fax, dando cumplimiento a la Ley de Archivo Documental del Archivo general de la Nación, anexando copia del contrato**

3.1. Ejecución Financiera y Pagos:
En este espacio se debe informar el valor total de los pagos efectuados, valor del mismo y porcentaje, así

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	$37.500.000,00	100%
Valor total de las entregas	$37.145.860,00	99.05%
Valor total facturado	$37.145.860,00	99.05%
Valor facturado pendiente de pago	$585.520.00	1.56%
Valor pagado	$36.560.340,00	97.49%
Valor pendiente de entrega	$354.140,00	0.94%

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
13 Del 16 /10/2024	**$585.520.00**	04/10/2024	**$585.520.00**	N/A	PENDIENTE POR PAGAR	N/A	PENDIENTE POR PAGAR

3. **RECOMENDACIONES**

No se estima ninguna recomendación frente al contrato en mención.

4. CONCLUSIONES

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

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

Atentamente

Firma_____

Grado y Nombres: SM-184 EDITH MARITZA CAMPOS CALDERÓN
Cargo: Odontóloga– UPRES HUILA-
Supervisor Contrato No.85-7-20113-23
Correo electrónico: edith.campos1006@corrreo.policia.gov.co
No. Celular: 3173661342

Ciudad y fecha:	Neiva 16/10/2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2
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.	. 85-7-20113-23
Constancia de recibido No.	13
Contratista:	SALUD PLENA S.A.S
NIT del contratista:	830511202
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LAS CIUDADES DE IBAGUÉ, NEIVA, MOCOA Y FLORENCIA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 28.500.000,00
Plazo de ejecución:	31-10-2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 13 N° 5-43 Barrio Centro
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO___	N/A
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM-184 Edith Maritza Campos Calderón Odontóloga UPRES DEUIL

Fecha de entrega certificada:	Del: 26/09/2024 Al: 26/09/2024

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
RASES N° 2	16	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LAS CIUDADES DE IBAGUÉ, NEIVA, MOCOA Y FLORENCIA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL..	$585.520,00	$585.520,00	$0.00	$585.520,00

Acta de recepción de bienes	/N/A

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FENV20733	30/09/2024	$292.760.00	$0.00	$292.760.00
FENV20734	30/09/2024	$292.760.00	$0.00	$292.760.00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$585.520.00**	**$0.00**	**$585.520.00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Por medio de la presente constancia de recibido a satisfacción y en mi condición de Supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones pactadas bajo el contrato número. 85-7-20113-23 con el objeto "LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LAS CIUDADES DE IBAGUÉ, NEIVA, MOCOA Y FLORENCIA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL"

ITEM	OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES	CUMPLIO sí__ No__	Observaciones y Evidencias
1	El oferente debe disponer de un módulo de quejas y reclamos para ingresar cada una de las solicitudes, quejas y reclamos manifestadas por los usuarios, con el fin de dar respuesta a todas las comunicaciones ingresadas.	SI	
2	Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por la oficina de referencia y contra referencia. Para este efecto el contratista atenderá los procedimientos autorizados en el anexo referente a los procedimientos contemplados de cada especialidad. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 y aquellas ocasionadas por accidente laboral, teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia, rehabilitación oral y otras que intervengan en el procedimiento)	SI	
3	El oferente debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	SI	
4	El oferente efectuará la prestación del servicio en la sede presentada donde existan las condiciones de infraestructura necesaria para garantizar la buena atención de los usuarios y se cumplan los requisitos de habilitación de la secretaria de salud.	SI	
5	El servicio debe prestarse de manera continua durante toda la ejecución del contrato, la oportunidad de cita debe ser como mínimo 3 días hábiles a partir de la solicitud de ésta y no mayor a 15 días, sin embargo, las citas para exámenes programados se atenderán en horario diurno. Así mismo, las solicitudes por urgencia y/o prioritarias serán resueltas durante las 24 horas del día, de lunes a domingo y festivos. Los servicios que requieran quirófano serán prestados con un término no mayor a 20 días una vez realizado el requerimiento, exceptuando estados de emergencia sanitaria.	SI	
6	No deberá realizar tratamientos sin autorizaciones y no crear expectativas en el paciente de tratamientos que no puedan ser realizados ya que no están contemplados en el plan de beneficios, se debe limitar a la realización de los procedimientos requeridos desde la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá previamente autorizados.	SI	
7	Formular sin excepción en moléculas genéricas y que estén incluidas en el		

	VADEMECUM de la POLICIA NACIONAL. En caso de ser necesario la formulación de medicamentos por fuera de manual de la POLICIA NACIONAL se deberá demostrar el seguimiento farmacológico y sus posibles fallas terapéuticas, anexando el resumen de historia clínica especificando los medicamentos utilizados previamente y la bibliografía basada en la evidencia incluidos en el mismo y diligenciar el formato de solicitud de medicamentos no incluidos en el manual adjuntando copia de estudios cultivos, etc; que soporten adecuadamente el medicamento ordenado, agotando los recursos existentes en el ítem anterior. Formato que será entregado una vez se realice la realización del contrato.	SI	
8	Cumplir con las normas de referencia y contra referencia diseñadas por la institución tales como el diligenciamiento del formato de referencia (cuando se requiera la interconsulta con otro especialista) especificando diagnóstico, plan a seguir y en el evento de solicitar la realización de exámenes de apoyo diagnostico justificarlos (con resumen clínico detallado, motivo de examen), los prestadores de servicio de salud que se contraten darán estricto cumplimiento al decreto 2759 de 1991 por el cual se establece el régimen de referencia y contra referencia y específicamente a lo definido a contra referencia del paciente al médico familiar y/o tratante de la red propia y en el cual debe incluir las debidas indicaciones a seguir y la información recibida por el usuario.	SI	
9	Entregar a contra referencia del usuario donde se incluyan datos de identificación resumen clínico, diagnostico, pronostico y tiempo de tratamiento, a la oficina de referencia y contra referencia de la unidad prestadora de salud Policía Tolima, , Huila, Putumayo y Caquetá.,	SI	
10	El oferente deberá participar en comités y actividades de mejoramiento de acuerdo a los requerimientos que realice el UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Policía Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá	SI	
11	El oferente deberá Emitir conceptos de medicina laboral cuando sea requerida mediante autorización de consulta odontológica. Para las atenciones de usuarios inmersos en PROCESOS MEDICO LABORALES, el personal profesional con el cual cuenta para la prestación del servicio, deberá diligenciar la documentación que expresamente se tiene establecida para ello (PAPELES DE SEGURIDAD) los cuales NO deberán ser entregados al usuario, absteniéndose de emitir concepto de APTITUD ya que los mismos son POTESTAD exclusiva de los Organismos Médico-Laborales de las Fuerzas Militares y Policía Nacional. CONCEPTOS MÉDICOS U ODONTOLÓGICOS Son el registro médico u odontológico especializado que se emite al valorar las SECUELAS de algún tipo de patología sufrida por un funcionario activo o retirado (Uniformado o NO Uniformado) de la Policía Nacional objeto de Valoración Médico Laboral. El concepto se emite con base en la historia Clínica, los estudios o ayudas diagnósticas y el examen físico, y se registra en el Formato de referencia, conceptos de los especialistas solicitados por medicina laboral. Con el formato va adjunto una nota de Inicio de Estudio, en donde se describe someramente el caso y se anotan los servicios que se requieren para definir la situación médico-laboral del implicado, acompañado de la historia clínica y los estudios previos realizados. El formato tiene como fin definir las secuelas de cada patología. El papel de seguridad NO debe utilizarse como hoja de evolución. SOLO debe registrarse las SECUELAS de la Patología. En caso de NO poseer el CONCEPTO DEFINITIVO, NO se debe diligenciar el formato y se debe solicitar las Ayudas Necesarias o la Terapéutica que el usuario requiere para definir las secuelas.	SI	

	6. El Formato referencia CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS SOLICITADOS POR MEDICINA LABORAL, contiene: Encabezado de referencia: Va anotado la Ciudad, la Fecha, el consecutivo y la especialidad. El cuerpo tiene 3 partes así: Identificación del Usuario, el cual siempre va diligenciado por la parte referente (Medicina Laboral). Antecedentes y Descripción de Patología a Evaluar: Se registra fecha de iniciación y circunstancia en que se presentó la afección a evaluar: Se limita única y exclusivamente a hacer referencia de las circunstancias que dieron inicio al padecimiento objeto de la evaluación. Ejm: accidente, agresión, autoagresión, atentado, enfermedad general, etc. Incluye los signos, síntomas y principales exámenes paraclínicos de la misma: En ésta parte se anotan las manifestaciones clínicas que inicialmente se encontraron en el paciente a la hora de iniciar la patología y las ayudas que facilitaron el diagnóstico. Diagnóstico, Secuelas Definitivas: Se anotan los diagnósticos confirmados del caso y las secuelas inherentes a los diagnósticos definitivos. Tratamiento y Conducta a seguir: Si el caso lo amerita, se anotan los procedimientos o estudios que se requieran para definir el estado clínico del usuario y se establece plan a seguir. NUNCA ANOTE APTITUD NI SUGIERA REUBICACIÓN LABORAL. Si el policial necesita incapacidad por su estado actual (Parcial o Total), expídala teniendo en cuenta su capacidad para laborar. Firma y Sello del Médico Tratante: Es importante que el médico firme el concepto y coloque el sello en donde se visualice perfectamente, mínimo, el nombre, y el Registro Médico. 7. Para poder emitir el o los conceptos, el profesional de la salud puede solicitar estudios complementarios o realizar procedimientos que vayan a mejorar el pronóstico funcional y vital del usuario. No debe anotarse la aptitud laboral. b. Teniendo en cuenta que el régimen laboral de la policía es especial, NO se debe recomendar reubicación laboral pues ésta es libre potestad del Director Nacional de la Policía Nacional. c. Es necesario y pertinente aclararle que los formatos de medicina laboral SOLO sirven para anotar el concepto de secuelas que corresponde al concepto final o definitivo. Si el usuario requiere continuar en tratamiento para mejorar las secuelas, requiere un procedimiento o estudios complementarios, debe anotarse en hojas de evolución como quien maneja un usuario ambulatorio. NO UTILIZAR EL PAPEL DE SEGURIDAD PARA ANOTAR EVOLUCIONES. SOLO ANOTAR EL CONCEPTO DEFINITIVO CON O SIN SECUELAS SEGÚN CRITERIO MÉDICO Y EVIDENCIAS DIAGNÓSTICAS.		
12	El oferente deberá Contar con el plan de mejoramiento continuo de la calidad.	SI	
13	Prestar de forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios del subsistema de salud de la POLICIA NACIONAL UNIDAD PRESTADORA DE SALUD Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad	SI	
14	El oferente deberá remitir un reporte estadístico mensual sobre los tratamientos ejecutados a cada paciente describiendo nombre, cedula, edad, código patología etc.	SI	

15	El oferente deberá presentar junto con las facturas información estadística mensual en un archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso que contenga la siguiente información: N° de consecutivo, nombre, apellidos, N° de identificación, edad de los usuarios, fecha de servicio, diagnostico con CIE 10, procedimiento, código ISS del procedimiento.	SI	
16	El oferente deberá garantizar la prestación del servicio a todos los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional sin discriminación alguna, siempre y cuando presenten carné o constancia vigentes expedidos en Talento Humano Policía, siempre y cuando requiera el servicio en las especialidades. odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas incluidos en el acuerdo nº 002 (abril 27 de 2001) del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la policía nacional para los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud de la policía nacional seccional sanidad Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá de la Región de Policía No. 2 teniendo en cuenta que algunas especialidades contempladas en dicho acuerdo son dispuestas a resolver procedimientos ocasionados por accidente laboral como lo son: (ortodoncia rehabilitación y otras que intervengan en el procedimiento)	SI	
17	El oferente garantiza que en caso de ser necesario cuenta con un plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales.	SI	
18	Delegará un especialista que intervenga en las reuniones de decisiones médico-quirúrgicas, cuando su participación sea solicitada por la unidad prestadora de salud Tolima, Huila, Putumayo y Caquetá.	SI	
19	El oferente garantiza que rendirá INFORME MENSUAL DE GESTION el cual será acordado con el SUPERVISOR DEL CONTRATO. El cual deberá ser una persona capacitada para evaluar la ejecución de este tipo de contratos. .	SI	
20	Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	SI	
21	Presentar junto con la propuesta los respectivos soportes de radio protección del personal encargado de realizar toma de RX.	SI	

SM-184 EDITH MARITZA CAMPOS CALDERON
SUPERVISOR DE CONTRATO N° 85-7-20113-23

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS

CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA

POLICÍA NACIONAL

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA SALUD PLENA LTDA NIT 830511202 PARA PAGO POR CONTRATO.

No. RADICACION 3885 DEL 04 DE OCTUBRE 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 85-7-20113-23 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	FENV20734	30-sep-24	ILLERA YAGUARA MARLI YURANI	26529663	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	15/10/2024	$ 0,00		$ 292.760,00	NA	
2	FENV20733	30-sep-24	VIDAL MOSCOSO KAREM SOFIA	1104941843	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00	15/10/2024	$ 0,00		$ 292.760,00	NA	
						$ 585.520,00		$ 0,00		$ 585.520,00		

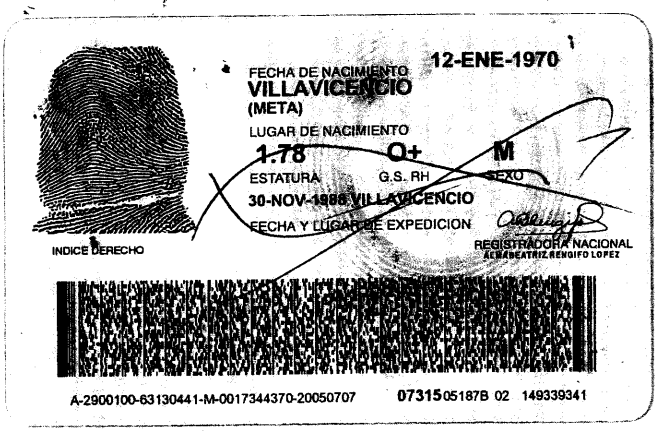
María Teresa Barrios García
Auditor Médico
C.C. 22549116
RM083007/2006
Universidad del Norte - UCC

Elaborado Por:

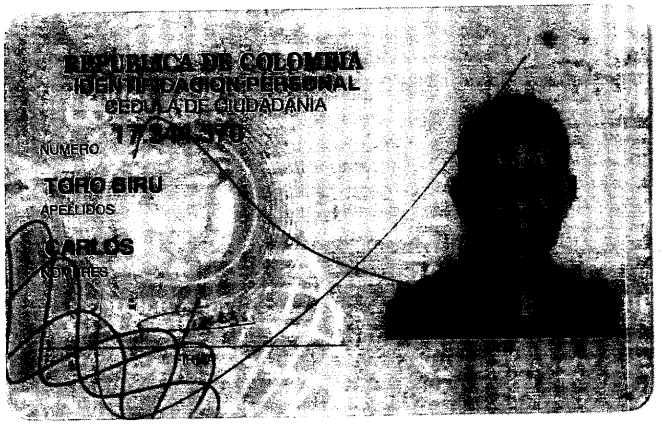
CPS4 MARIA TERESA BARRIOS GARCIA
Auditor Cuentas Medicas Huila

Recibido Por:

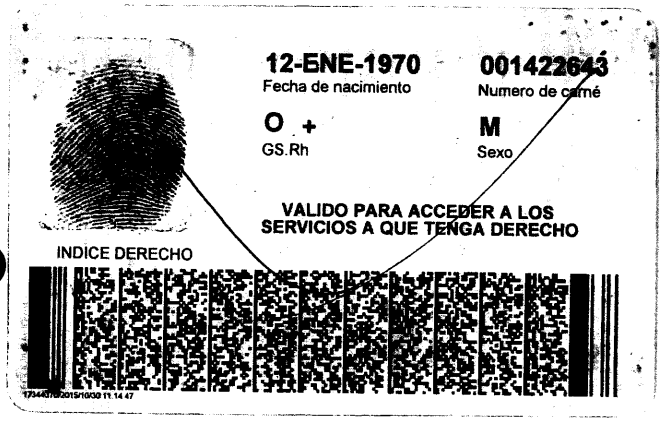
Grado y Cargo, Nombres y Apellidos



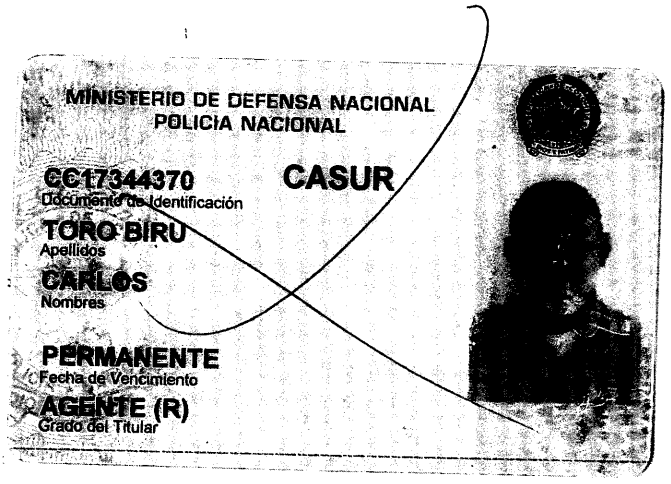
FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1970
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-NOV-1988 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-2900100-63130441-M-0017344370-20050707 07315 05187B 02 149339341



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17344370
TORO BIRU
APELLIDOS
CARLOS
NOMBRES



12-ENE-1970
Fecha de nacimiento
001422643
Numero de carné
O +
GS.Rh
M
Sexo
VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO
INDICE DERECHO
17344370 2015/10/30 11:14:47



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CC17344370
Documento de Identificación
CASUR
TORO BIRU
Apellidos
CARLOS
Nombres
PERMANENTE
Fecha de Vencimiento
AGENTE (R)
Grado del Titular

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR	POLICÍA NACIONAL
RADICACION DE CUENTAS MEDICAS	

FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO
30-sep-24	26-sep-24	VIDAL MOSCOSO KAREM SOFIA	1104941843	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
30-sep-24	26-sep-24	ILLERA YAGUARA MARLI YURANI	26529663	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 292.760,00
			TOTAL		$ 585.520,00

Grado y Gargo, Nombres y Apellidos

Recibido Por:

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA
FECHA RECIBIDO: 04 OCT 2024
No. RADICADO: 3885 FOLIOS:

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830511202
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SALUD PLENA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 13 # 5-43	TELÉFONO:	8716555
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7943258567**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			945958374

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 229.600
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 1.658.200
800224808	230301	230301-PORVENIR	4	$ 932.600
		SUBTOTAL:	10	**$ 2.820.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 244.000
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	6	$ 461.400
		SUBTOTAL:	10	**$ 705.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
891180008	CCF32	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA	10	$ 705.400
		SUBTOTAL:	10	**$ 705.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	10	$ 311.300
		SUBTOTAL:	10	**$ 311.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 4.542.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 4.542.500**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830511202
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SALUD PLENA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 13 # 5-43	TELÉFONO:	8716555
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			7943258567	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				946950374

TOTAL	$ 4.542.500

SaludPlena
Odontología Especializada
NIT:830.511.202-5

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Neiva, 04 de Octubre del 2024

Señores

POLICIA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Ciudad

YO, **SONIA MARCELA CERQUERA RODRIGUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No 26.427.874 de Neiva, en calidad de Representante Legal de la Empresas **SALUD PLENA SAS** con NIT **830.511.202-5,** me permito Certificar bajo la gravedad de Juramento que la sociedad, ha cumplido con el requisito establecido en la Ley 789 de 2002 art. 50 y a la fecha nos encontramos al día en el pago de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social y los Aportes Parafiscales con destino al ICBF, SENA y Cajas de Compensación Familiar.

De igual forma Certifico que la empresa según la ley 1607 DE 2012 en el art.25°. "**Exoneración de aportes.** A partir del 1 de Mayo de 2013 está exonera del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje -SENA Y de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, y de los aportes a Salud a partir del 1 enero de 2014, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, hasta diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Firma: _____
Nombre: Sonia Marcela Cerquera Rodríguez
C.C No. 26.427.874 de Neiva

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

Z 4 A 8 E E E E 3 2 D A B A C 6

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **BIBIANA PERAFAN MELO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 55173123 de NEIVA (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 106079-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ********************************
****
****

EL CONTADOR PUBLICO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 31 días del mes de Julio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
106079-T



BIBIANA
PERAFAN MELO
C.C.55173123
RESOLUCION INSCRIPCION 236 FECHA 2004/11/25
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

PRESIDENTE
MIGUEL TIQUE PEÑA
115591

El Presidente del Círculo de Notarías de que esta fotostática es similar con el original que tuvo a la vista
Pasto Nariño Departamento Otras Ciudades Nariño
18 JUL 2011
El interesado insistió en esta diligencia
No se hace responsable del uso indebido de la presente
18 de julio de 2011

NOTARÍA CUARTA
NEIVA - HUILA
Hilda María Perdomo C.
NOTARIA ENCARGADA

IDEO9

FIRMA DEL TITULAR 25954

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **55.173.123**

PERAFAN MELO

APELLIDOS

BIBIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1975**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-JUL-1993 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00179552-F-0055173123-20090918 **0016**234108A 1 6670033943

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

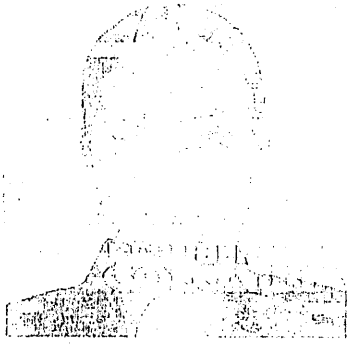
NUMERO 26.427.874

CERQUERA RODRIGUEZ

APELLIDOS

SONIA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1978

TERUEL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

15-JUN-1996 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00158732-F-0026427874-20090607 0012238985A 1 28249807

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764077424659

(415)7707212489984(8020) 001876407742465 9

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5				

11. Razón social
SALUD PLENA S.A.S

12. Dirección seccional (Cód. 1 3)
Impuestos y Aduanas de Neiva

24. Dirección
CL 13 5 43 BRR CENTRO

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Huila	Neiva

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

DIAN
2024-08-20 / 08:15:10 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

Firma del funcionario autorizado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres CERQUERA RODRIGUEZ SONIA MARCELA
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identificación 26427874 1004. DV 9
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización SALUD PLENA S.A.S

997. Fecha formalización 2 0 2 4 - 0 8 - 2 0 / 0 8 : 1 5 : 1 0

DIAN
UNA ENTIDAD MAS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764077424659

(415)7707212489984(8020) 001876407742465 9

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5				

11. Razón social
SALUD PLENA S.A.S

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	SALUD PLENA SAS IPS CL 13 N 5 43	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FENV	20,142	40,000	12	HABILITACIÓN	2
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141002917546

(415)7707212489984(8020) 000014100291754 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
SALUD PLENA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
SALUD PLENA IPS SAS	SPLENA S.A.S

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CL 13 5 43 BRR CENTRO

42. Correo electrónico GERENCIA@SALUDPLENA.COM.CO

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 7 1 6 5 5 5	3 1 2 5 9 2 1 9 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 4 1 2 2 0	8 6 2 1	2 0 0 4 1 2 2 0	6 8 1 0	8 6 9 9		3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	8	1 4	1 6	4 2	4 8	5 2	5 5																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 52 - Facturador electrónico
07- Retención en la fuente a título de rent 55 - Informante de Beneficiarios Finales
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 03 - 27 / 11 : 56: 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CERQUERA RODRIGUEZ SONIA MARCELA

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 30-09-2024 05:02:25PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141002917546

(415)7707212489984(8020) 000014100291754 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	1 1 1 9	5 5
73. Fecha	2 0 0 4 1 1 3 0	2 0 1 5 0 6 1 0
74. Número de notaría	4	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 4 1 2 2 0	2 0 1 5 0 9 2 2
77. No. Matrícula mercantil	1 4 3 9 3 4	1 4 3 9 3 4
78. Departamento	4 1	4 1
79. Ciudad/Municipio	2 3	2 3
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 4 1 2 2 0	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 7 0 1 0 1		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141002917546

(415)7707212489984(8020) 000014100291754 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 3 2 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	2 6 4 2 7 8 7 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CERQUERA	RODRIGUEZ	SONIA	MARCELA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 4 0 3 2 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	3 6 1 6 2 6 3 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LOSADA	MENDEZ	ARACELY	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141002917546

(415)7707212489984(8020) 000014100291754 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 5 1 1 2 0 2	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2	

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA IPS SUCURSAL PITALITO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Huila 4 1	Pitalito 5 5 1	

165. Dirección: CR 5 9 22

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 0 5 0 8 4	2 0 1 2 0 3 2 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
8 3 6 8 5 5 1	2 0 1 8 0 4 1 5	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sucursal 1 0	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2	

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA IPS ODONTOLOGIA SUCURSAL IBAGUE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CR 3 44 BIS 34

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 8 8 0 0 1	2 0 0 8 0 1 2 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
2 7 0 2 9 3 4	2 0 2 3 1 2 1 5	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sede 0 9	Actividades de la práctica odontológica 8 6 2 2	

162. Nombre del establecimiento: SALUD PLENA SAS IPS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Huila 4 1	Neiva 0 0 1	

165. Dirección: CL 13 N 5 43

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 4 3 9 3 4	2 0 0 4 1 2 2 0	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
8 7 1 6 5 5 5		

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	560664	Fecha Pre-Radicado	10/3/2024 2:06:01 PM
Nombre de la Entidad	SALUD PLENA SAS	Vlr Ini de Cargue	$585,520
Cantidad de Facturas Registradas	2	Vlr Fin de Cargue	$585,520.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI2		

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