No. GS-2025-00104 UPRES-JEFAT-29.25

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto,

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

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 66-7-20070-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/12/2024**	**Hasta**	**15/12/2024**

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 N°108 ARLOF-GRUCO de fecha 02 de Mayo del 2024, designada por el señor Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4, nombró como supervisor del contrato No 66-7-20070-24 a la Patrullera L JULYET LIZETH BENAVIDES CISNEROS Auxiliar de Enfermería de la Unidad Prestadora de Salud Nariño

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: ___7___**

No.	RADICADO GECOP	FECHA DE PRESENTACIÓN	PERIODO REPORTADO
01	GS-2024-098664-DENAR	01/05/2024	02/05/2024 AL 31/05/2024
02	GS-2024-136025-DENAR	01/06/2024	01/06/2024 AL 30/06/2024
03	GS-2024-136046-DENAR	01/08/2024	01/07/2024 AL 31/07/2024
04	GS-2024-184579-DENAR	27/11/2024	01/08/2024 AL 31/08/2024
05	GS-2025-001960-DENAR	04/01/2025	01/09/2024 AL 30/09/2024

06	**GS-2025-001988-DENAR**	**04/01/2025**	**01/10/2024 AL 31/10/2024**
07	**GS-2025-001997-DENAR**	**04/01/2025**	**01/11/2024 AL 30/11/2024**

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20070-24**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD, EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA
Contratista	**CLINICALSPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA**
Representante legal	**JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ ROSAS**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**VEINTISIETE MILLONES DE PESOS ($27.000.000) M/CTE,** incluido IVA vigencia 2024
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL 13.500.000 M/CTE,** incluido IVA vigencia 2024
Valor total del contrato u orden de compra	**CUARENTA MILLONES QUINIENTOS MIL ($40.500.000) M/CTE,** incluido IVA vigencia 2024
Plazo de ejecución inicial	**3 MESES 29 DIAS**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**02/05/2024**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**31/08/2024**
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**15/12/2024**
Adiciones	**Acta 002 TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL 13.500.000 M/CTE**
Modificatorios	**No aplica**
Prorrogas	**Acta 001 un mes 30 de septiembre, Acta 002 dos meses 30 de noviembre, Acta 003 15 días**
Otros	**No aplica**

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

1.1 Acciones adelantadas:

- No se adelanta ninguna acción de tipo administrativo.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con las obligaciones, frente al sistema de seguridad social, para fiscales (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF)...	SI	Planilla número 7951993713 de fecha 06/12/2024

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ITEM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLIO	
		SI	NO
1	EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Nariño.	X	
2	El talento humano científico técnico del oferente deberá reunir los requisitos definidos por el Decreto 1335 / 90 del Ministerio de Salud o aquellas normas que lo deroguen o sustituyan en cuanto a su idoneidad. **BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE PERMITIRÁ** la participación en la atención en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de **ESTUDIANTES EN FORMACIÓN**	X	
3	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.	X	
4	Deberá contar con personal idóneo responsable del proceso de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud y atención al usuario, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y ágil con la Unidad Prestadora de Salud Nariño para el manejo de la prestación del servicio.	X	
5	**EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO.**	X	
6	La atención por consulta externa debe prestarse previa autorización expedida solamente por el Funcionario del Grupo de Referencia y Contrareferencia de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, presentar documentos de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). Usuarios que no cumplan estos requisitos, no serán reconocidos. Se exceptúan de esto, los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente.	X	
7	Todo cambio de horario de atención y/o lugar de prestación del servicio deberá ser notificado a la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4 o al señor Supervisor de Contrato con un mínimo de 96 horas previas al cambio. El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. De ello deberá notificar a la Unidad Prestadora de Salud Nariño mediante documento escrito una vez le sea entregada la respectiva carta de inicio del contrato	X	

8	Por ningún motivo el contratista puede solicitar con posterioridad autorización de servicios ya prestados a usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño que nunca fueron notificados y/o informados, en su debido tiempo bajo los términos de Ley, al Funcionario de la Oficina de Referencia y Contrareferencia de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño.	X	
9	El oferente deberá disponer con médicos especialistas en cada área, enfermeras profesionales con experiencia, personal de apoyo técnica asistencial y administrativo que le permitirá dar cumplimiento al objeto del presente contrato	X	
10	EL DILIGENCIAMIENTO DE ALGÚN TIPO DE FORMATO INSTITUCIONAL bien sea para justificar medicamentos fuera del manual único de medicamentos, formatos en papel de seguridad para medicina laboral, justificación de prestaciones excepcionales, formatos de farmacovigilancia JAMÁS DERIVARA EN LA EXPEDICIÓN DE UNA NUEVA ORDEN DE SERVICIOS POR PARTE DEL CONTRATANTE. El diligenciamiento de estos formatos no deberá sobrepasar los cinco (5) días hábiles	X	

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el desarrollo del presente contrato a la fecha no se han presentado situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (127) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (00) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

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

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

La cuenta de cobro deberá presentarse debidamente legajada en gancho plástico, sin ganchos de cosedora, foliados hasta un máximo de 250 folios, desde el primer evento hasta el último con sus respectivos anexos en estricto orden cronológico de la prestación de los servicios por cada usuario en medio físico y magnético, Lo anterior en cumplimiento a la ley 594 del 2000, Ley general de archivo que rige tanto a entidades públicas como privadas, La facturación deberá entregarse en la Oficina – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, acorde al plazo establecido en el contrato.

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

(certificación de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, certificación del revisor fiscal de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, -copia planilla pago seguridad social, certificación del supervisor del contrato) de los servicios prestados por la empresa contratada.

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

Si los documentos en referencia son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud Nariño, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del OFERENTE, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS
Los responsables de la Ventanilla Única de la Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, tramitará a la auditora de cuentas del Proceso Financiero la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

PARAGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". En su artículo 57 "Trámite de Glosas".

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

- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.

- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 - NIT 805-022-186-6 o Policía Nacional, según sea el origen del usuario beneficiado.
- Discriminado de la factura.
- Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
- Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo de Redes Integrales de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, debidamente firmada por el usuario o acudiente.
- Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPs con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

PLATAFORMA SECOP II

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

NOTA: El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, debe cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 016 del 9 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020".

La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de Unidad Prestadora de Salud Nariño, ubicada en la carrera 35 No 19-119, tercer piso de la ciudad de Pasto, en horario administrativo.
Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA
ENTIDAD FINANCIERA: BBVA COLOMBIA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 695026054
OFICINA: PASTO

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato u orden de compra**
Valor total del contrato u orden de compra	$ 40.500.000	100%
Valor total de las entregas	$ 39.993.908	99%
Valor total facturado	$ 39.993.908	99%
Valor facturado pendiente de pago	$ 1.504.278	4%
Valor pagado	$ 38.489.630	95%
Valor pendiente de entrega	$ 506.092	1%

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**
09	1.498.188	22/12/2024	1.498.188	11224	1.498.188	0	Consultar en SECOP II
10	6.090	22/12/2024	6.090	11224	6.090	0	Consultar en SECOP II

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

5. RECOMENDACIONES

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

6. CONCLUSIONES

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

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

Atentamente,

Firma_____

Patrullera **JULYET LIZETH BENAVIDES CISNEROS**
Supervisor Contrato No. 66-7-20070-24
Correo electrónico: jlbenavid00002@correo.policia.gov.co

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 29 de Diciembre del 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	066-7-20070-24
Constancia de recibido No.	NO. 9 CUENTA DE COBRO NO. 11224
Contratista:	CLINICALSPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA
NIT del contratista:	NIT. 900047319
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD, EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No Aplica
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	CUARENTA MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($40.500.000) M/CTE, incluido IVA vigencia 2024
Plazo de ejecución:	DEL 01 DE MAYO DEL 2024 HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DEL 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Instalaciones Clinical spa Cirugía Plástica & Laser Limitada en Pasto Nariño
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Patrullera JULYET LIZETH BENAVIDES CISNEROS Auxiliar de enfermería UPRES DENAR
Fecha de entrega certificada:	diciembre

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
	REGI 4	16	Servicios de Salud	$1.498.188	$1.498.188	$0	$1.498.188
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
FECS54516	3/12/2024	49.990	0	49.990
FECS54516	ABONO	-6.090	0	-6.090
FECS54517	3/12/2024	49.990	0	49.990
FECS54518	3/12/2024	49.990	0	49.990
FECS54523	3/12/2024	496.500	0	496.500
FECS54552	4/12/2024	49.990	0	49.990
FECS54553	4/12/2024	49.990	0	49.990
FECS54554	4/12/2024	331.000	0	331.000
FECS54624	16/12/2024	426.828	0	426.828
		[illegible]	0	[illegible]

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas. ***De igual forma solicito se Tramite cuenta con Compromiso QUIPU 524 y Compromiso SIIF 66924.***

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Sí__ No__	Observaciones y Evidencias
1	EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Nariño.	SI	CUMPLE
2	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros CINCO (05) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta Facturación debe aparecer el Número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias. • *Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa* y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado. • Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico. • Resumen de la Historia Clínica y/o Epicrisis, para procedimientos quirúrgicos, correspondiente a los servicios	SI	CUMPLE

	relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario. • RIPS de atenciones prestadas • Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas). • Orden de prestación de los servicios expedida por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud, debidamente firmada por el usuario o acudiente, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente.		
3	El oferente debe CERTIFICAR el inicio y la implementación del Sistema De Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el manual del SGSST del lugar donde se prestara el servicio, para así dar cumplimiento del decreto 1072 de 2015 y sus complementarios.	**SI**	CUMPLE

Patrullera **JULYET LIZETH BENAVIDES CISNEROS**
Auxiliar de enfermería UPRES DENAR

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

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 29 de Diciembre del 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**: Orden de compra: ; Contrato de obra: ; Contrato de consultoría: ; Contrato de prestación de servicios: X ; Contrato de compraventa: ; Contrato de suministro: ; Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	066-7-20070-24
Constancia de recibido No.	NO. 10 CUENTA DE COBRO NO. 11224
Contratista:	CLINICALSPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA
NIT del contratista:	NIT. 900047319
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN MEDICINA DEL DOLOR, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD, EN LA CIUDAD DE PASTO, PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No Aplica
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	CUARENTA MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($40.500.000) M/CTE, incluido IVA vigencia 2024
Plazo de ejecución:	DEL 01 DE MAYO DEL 2024 HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DEL 2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Instalaciones Clinical spa Cirugía Plástica & Laser Limitada en Pasto Nariño
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Patrullera JULYET LIZETH BENAVIDES CISNEROS Auxiliar de enfermería UPRES DENAR
Fecha de entrega certificada:	diciembre

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
	REGI 4	16	Servicios de Salud	$6.090	$6.090	$0	$6.090
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
FECS54516	3/12/2024	49.990	0	49.990
FECS54516	abono	-43.900	0	-43.900
		[illegible]	[illegible]	[illegible]

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas. ***De igual forma solicito se Tramite cuenta con Compromiso QUIPU 176 y Compromiso SIIF 38324.***

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No__	Observaciones y Evidencias
1	EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Nariño.	SI	CUMPLE
2	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros CINCO (05) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta Facturación debe aparecer el Número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias. • Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado. • Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico. • Resumen de la Historia Clínica y/o Epicrisis, para procedimientos quirúrgicos, correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario. • RIPS de atenciones prestadas • Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas).	SI	CUMPLE

	• Orden de prestación de los servicios expedida por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de Grupo Regional Redes Integrales Servicios ~~de Salud~~, ~~debidamente firmada por el usuario o acudiente~~, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente.		
3	El oferente debe CERTIFICAR el inicio y la implementación del Sistema De Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el manual del SGSST del lugar donde se prestara el servicio, para así dar cumplimiento del decreto 1072 de 2015 y sus complementarios.	**SI**	CUMPLE

Patrullera **JULYET LIZETH BENAVIDES CISNEROS**
Auxiliar de enfermería UPRES DENAR

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

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA NIT 900847315 PARA PAGO POR CONTRATO Nº 000-7-290070-24

No. RADICACION 7127 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2024, NOS PERMITO CERTIFICAR QUE PROCEDIMOS A REVISAR 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 VALORES 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.

#.	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	FECS54516	3/12/2024	WILLIAM LOPEZ MONTILLA	98.380.424	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	49.990	18/12/2024	0	N/A	49.990	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FECS54516	3/12/2024	WILLIAM LOPEZ MONTILLA	98.380.424	ABONO	-6.090	18/12/2024	0	N/A	-6.090	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	FECS54517	3/12/2024	JULIA MEDINA ROMERO	30.704.456	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUJIA DEL DOLOR	49.990	18/12/2024	0	N/A	49.990	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	FECS54518	3/12/2024	CRUZ VILLOTA ENRIQUEZ	30.715.739	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUJIA DEL DOLOR	49.990	18/12/2024	0	N/A	49.990	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	FECS54523	3/12/2024	OMAR RAMOS MARTINEZ	87.573.539	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	496.500	18/12/2024	0	N/A	496.500	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	FECS54552	4/12/2024	ANA MORENO BRAZO	30.715.072	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUJIA DEL DOLOR	49.990	18/12/2024	0	N/A	49.990	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	FECS54553	4/12/2024	HEBER ENRIQUE PASTUSAN	12.995.022	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	49.990	18/12/2024	0	N/A	49.990	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	FECS54554	4/12/2024	JAIRO OUETTE MOJICA	8.785.143	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	331.000	18/12/2024	0	N/A	331.000	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	FECS54624	16/12/2024	JHONAL BERNAL DELGADO	1.045.287.541	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	426.828	18/12/2024	0	N/A	426.828	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
						1.498.188		**0**		**1.498.188**		

Elaborado Por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO
MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Recibido Por:

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

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA NIT 900567319 PARA PAGO POR CONTRATO N° 006-7-2024070-24

No. RADICACION 7127 DEL 19 DE DICIEMBRE 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 SIN 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 EPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	FECS54516	3/12/2024	WILLIAM LOPEZ MONTILLA	98.380.424	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	49.990	18/12/2024	0	N/A	49.990	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	FECS54516	3/12/2024	WILLIAM LOPEZ MONTILLA	98.380.424	ABONO	-43.900	18/12/2024	0	N/A	-43.900	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
						6.090		0		6.090		

Elaborado por:

DRA PAOLA ANDREA ERAZO ROSERO

MEDICO AUDITOR DE CUENTAS

Revisado por:

RdO

CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LTDA

SECCION DE FACTURACION
PASTO , 16/dic./2024
CUENTA DE COBRO ***11224***

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.4 - 066-7-200070-24
NIT: 805022186-6
Atentamente remitimos a ustedes las facturas individuales por concepto de servicios de salud Prestados a sus afiliados, durante el periodo de : diciembre-2024

No	No Factura	Fecha	Documento	Nombre del Paciente	Vr Neto	Vr Copago	Vr Descuento	Vr Facturado
1	FECS54516	03/12/2024	CC98380424	LOPEZ MONTILLA WILLIAM GIRALDO	49,990	0	0	49,990
2	FECS54517	03/12/2024	CC30704456	MEDINA ROSERO JULIA INES	49,990	0	0	49,990
3	FECS54518	03/12/2024	CC30715739	VILLOTA ENRIQUEZ CRUZ DEL ROSAF	49,990	0	0	49,990
4	FECS54523	03/12/2024	CC87573539	RAMOS MARTINEZ OMAR NELSON	496,500	0	0	496,500
5	FECS54552	04/12/2024	CC30713072	MORENO ERAZO ANA LUCIA	49,990	0	0	49,990
6	FECS54553	04/12/2024	CC12995022	DULCE PASTUSAN HEBER CLAUDIO	49,990	0	0	49,990
7	FECS54554	04/12/2024	CC8760148	GUETTE MOJICA JAIRO ENRIQUE	331,000	0	0	331,000
8	FECS54624	16/12/2024	CC1085297543	BERNAL DELGADO RONAL STIVENSOI	426,828	0	0	426,828

TOTAL FACTURAS:	8
VR FACTURADO:	1,504,278
VR COPAGOS:	0
VR DESCUENTOS:	0
NETO A PAGAR:	1,504,278

OR EN LETRAS:
UN MILLON QUINIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

CORDIALMENTE:

FUNCIONARIO RESPONSABLE
AREA FACTURACION

Página: 1 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2SS-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. (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. CONTRATO:

VALOR PAGO: 6'690

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 176

FECHA DE RECIBIDO : 16-12-2021

NUMERO DE RADICADO SIIF:

CONTRATISTA: Clinical Spg.

NIT DEL CONTRATISTA:

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

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

4. 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 BENEFICARIO DEL PAGO) N/A

CUENTA BANCARIA:

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 38324

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION RIC. 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 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009 ✓

OBSERVACIONES :

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

Página 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. 7127 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. CONTRATO:

VALOR PAGO: 1.498.108

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 524

FECHA DE RECIBIDO : 10-12-2024

NUMERO DE RADICADO SIIF:

CONTRATISTA: Clinical Spa

NIT DEL CONTRATISTA: 900047319

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

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

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

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

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

CUENTA BANCARIA: ____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 66924

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN RIC, 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 ARTICULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009 ✓

OBSERVACIONES : ____

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA

NIT: 900047319-1

Persona Jurídica Régimen Ordinario

COLOMBIA, NARIÑO, PASTO
CR 41 17 A 95 EL DORADO
facturacionelectronica@clinicalspa.com.co
3014022873

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FECS54516

ADQUIRIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.4 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 805022186-6 DIRECCIÓN: COLOMBIA, NARIÑO, PASTO, PASTO CORREO ELECTRÓNICO: SIIFNACION.FACTURAELECTRONICA@MINHACIENDA.GOV.CO NÚMERO TELEFÓNICO: 0	FECHA DE EMISIÓN 2024-12-03 08:12:00	FECHA DE VENCIMIENTO 2025-01-03	CARGA DIAN 2024-12-03 08:12:00
	CUFE c03e66386b878e7ba369d6d3170570175d27820384caa8aafa924c02adb78341d57ead18b20c6aac30f8bad15248bdb0		

FORMA PAGO: CREDITO	MEDIO PAGO: POSTGIRO	-

No. Admisión: 94904 Identificación: CC98380424 Nombre: LOPEZ MONTILLA WILLIAM GIRALDO Fecha Nacimiento: 08/septiembre/1970 Estrato: AFILIADO/BENEF/COTIZ	*Atención: AMBULATORIO* No. Remisión: 8708906 Fecha Ingreso: 03/diciembre/2024 08:12 Fecha Egreso: 03/diciembre/2024 08:12 Régimen: CONTRIBUTIVO	*COBERTURA RÉGIMEN ESPECIAL O EXCEPCIÓN* Tipo Usuario: CONTRIBUTIVO BNEFICIARIO Autorización: 8708906 Contrato: 066-7-200070-24 Cod. Pres: 16-01-02-034;805022186,DENAR.UPRES-PRE@POLICIA.GOV.CO

Id	Código	DESCRIPCIÓN	CANT	Vlr UNITARIO	IMPUESTOS	SUBTOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1.00	49,990.00		49,990.00

Se hace constar que las mercancías o servicios fueron entregados real y materialmente y en todo caso, la factura será considerada irrevocablemente aceptada por el comprador si no reclamare en los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción.

Resolución número 18764078198203 autorizada el 2024-08-28 desde FECS53796 hasta FECS100000, vigente hasta el 2025-08-28.

Subtotal Precio Unitario (=)	49,990.00
Descuentos detalle (-)	0.00
Recargos detalle (+)	0.00
Subtotal No Gravados (=)	49,990.00
Subtotal Base Gravable (=)	0.00
Total impuesto (+)	0.00
Total más impuesto (=)	49,990.00
Descuento Global (-)	0.00
Recargo Global (+)	0.00
COP/MOD/REC (-)	0.00
Valor Total	49,990.00

CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESO(S) COLOMBIANO(S) EXACTOS

FACTURADOR: _____

PACIENTE: _____
LOPEZ MONTILLA WILLIAM GIRALDO

Impreso por: SaludIPS v4 personalizado para CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LIMITADA NIT: 900047319
Proveedor Tecnológico: : Informática & Gestión LTDA NIT: 814 XH 061

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 8708906 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 12/11/2024 09:42:21

Información del Prestador

Nombre	CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LTDA	**Identificación Prestador**	900047319
Departamento	NARIÑO	**Municipio**	PASTO
Dirección	KR 41 # 17 A 95	**Teléfono**	3167795426

Información del Paciente

Nombre	WILLIAM GIRALDO LOPEZ MONTILLA	**Identificación Paciente**	98380424
Departamento	NARIÑO	**Municipio**	PASTO
Dirección	*MZ 2 CS 10*	**Teléfono**	
Fecha de Nacimiento	8/9/1970		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA, EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS-PROTESIS	1

Datos de Internación

Fecha Desde	**Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS INCLUYE: ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADO PALEATIVOS—PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TUMOR MALIGNO DE PROSTATA EN CONTROL Y SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD DR. ALBERT MENA RM 12680

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 066-7-200870-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	RUTH ALEXANDRA LARRAGANA CASTRO
Registro Médico	1085314347
Cargo	*OPERADOR SIAU*
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Clinical Spa Belleza para todo tu cuerpo	**CLINICAL SPA CIRUGIA PLASTICA & LASER LTDA** **CARRERA 41 # 17A - 95 - 7317070** **Nit 900047319-1** **HISTORIA CLINICA AMBULATORIO**	

No. H. C.	98380424 - 94904	Fecha Ingreso	03/12/2024 08:25	Fecha Egreso	

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	LOPEZ MONTILLA WILLIAM GIRALDO	**DOC. ID.**	**CC98380424**
LUGAR NAC.	BUESACO	**FEC. NAC.**	08/09/1970
E. CIVIL	SOLTERO (A)	**EDAD**	54 Años
OCUPACIÓN	EMPLEADO	**SEXO**	MASCULINO
CIUDAD	BUESACO	**BARRIO**	OTRO BARRIO (Urbana)
DIRECCIÓN RESIDENCIA	BUESACO BARRIO CORAZON DE JESUS	**TELÉFONO**	3218624453
ESTRATO	BENEFICIARIO	**GS - RH**	O+
ACUDIENTE	ANYI LOPEZ	**TELÉFONO**	3205761031
DIRECCION ACUDIENTE	BUESACO BARRIO CORAZON DE JESUS	**PARENTESCO**	HIJO (A)
EMPRESA	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.4	**REGIMEN**	CONTRIBUTIVO
ETNIA	MESTIZO	**G. POBLACIONAL**	*Otro grupo poblacional*
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	**EPS**	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N.4
DISCAPACIDAD	NINGUNO	**ORIENTACION SEXUAL**	
CONDICION VULNERABILIDAD		**PROGRAMA SOCIAL**	
HECHOS VICTIMIZANTES			

MOTIVO CONSULTA	"SEGUIMIENTO POR DOLOR "
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE CONA NTECEDENETS DE ADENOMA ACINAR DE PROSTTA, ENFEERMEDAD DIVERTICULAR, HEMORROIDES. ACTUAL PSA. 12/11/2024:1.03 ALUDE CERVICODORSALGIA INTERMITENTE CONTRACTURAS EN LA ZONA CON DOLOR EN ZONA DORSAL DOLRO EN EPICONDILO DERECHO YRODILLA DERECHA EVA:4-8/10 CON EXACERBACION NOCTURNA COMENTA DORMIR ADECUADAMENTE.

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

TIPO	DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES
QUIRURGICOS	QX: FRACTURA SEGUNDA Y ERA FALANGE EN MANO DERECHA. 23/05/2023
FAMILIARES	Negativo
FARMACOLOGICOS	TANSULOSINA 0.4 MG/DUTASTERIDE 0.5 MG/DIA. 08/02/2024
FARMACOLOGICOS	MAGNESIO BIOMAGNET 1 DIARIA 06/08/2024
ALERGICOS	Negativo
PATOLOGICOS	Negativo
TOXICOS	TRAUMA POR HERIDAS DE ARMA DE FUEGO EN CARA POSTERIOR DE PIERNA DERECHA (PANTORILLA). 23/05/2023
GINECOLOGICOS	Negativo

ANTECEDENTES PROSTATA, PLANIFICACION FAMILIAR E ITS

Planificación	NO	**Método**										**Suspendido**	NO	**Fecha**			
Enfermedad transmisión sexual		NO	**Cuales**														
Tamizaje Próstata		NO	**PSA**	NO	**Fecha**					**Resultado**							
Tacto Rectal		NO	**Fecha**							**Resultado**	NORMAL						

T. A	120/70	**PULSO**	74	**F. RES.**	1[illegible]	**T°**	36.2	**PESO**	62	**TALLA**	165	**PC**	52	**SP02**	96	**IMC**	22.77	**RCV**	
SINTOMATICO RESPIRATORIO			NO			**SINTOMATICO DE PIEL**				NO		**SSNP**	NO			**PAM**		86	
E. GENERAL	INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS																		
GLASGOW			**ESCALA DEL DOLOR**							**SUP.CORPORAL**	1.685			**CREATININA**					

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : Normal	11. ABDOMEN : Normal
2. OJOS : Normal	12. PELVIS : Normal
3. OIDOS : Normal	13. TACTO RECTAL : Normal
4. NARIZ : Normal	14. GENITOURINARIO : Normal
5. BOCA : Normal	15. EXTREMIDADES SUP : Normal
6. GARGANTA : Normal	16. EXTREMIDADES INF : Normal
7. CUELLO : Normal	17. ESPALDA : DOLOR EN AREACERVICODORSAL
8. TORAX : Normal	18. PIEL : Normal
9. CORAZÓN : Normal	19. ENDOCRINO : Normal
10. PULMÓN : Normal	20. SISTEMA NERVIOSO : Normal

DX PRINCIPAL	C61X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA								
TIPO DX	*CONFIRMADO REPETIDO*								
CAUSA EXTERNA	13 - ENFERMEDAD GENERAL								
UBICACIÓN	Sin Dato	**ESTADO**	Sin Dato	**T**	Sin Dato	**N**	Sin Dato	**M**	Sin Dato
RELACIONADO 1	M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS- CON RADICULOPATIA								
RELACIONADO 2	M501 - TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON RADICULOPATIA								
RELACIONADO 3	K590 - CONSTIPACION								
DX CLINICO	DISCOPATIA CERVICORSAL.								
ANALISIS Y PLAN	SE TRATA DE DOLOR CRONICO ASOCIADO A DISCPATIA CERVICODORSAL SE INDICA MANEJO FARMACOLOGICO + INTERVENICIONISTA. SE INDICA MANEJO CON BIOLOGICOS. SE INDICA CONTROL CON RESULTADOS POSTERIOR A INTERVENCION. SE LE EXPLICA SU CONDICIÓN CLÍNICA, LA IMPORTANCIA DE NO AUTOMEDICARSE. SE REALIZA CONCILIACIÓN DE SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VERIFICANDO DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FRECUENCIA CORRECTA DE LOS MISMOS, SE PROCEDE A EVALUAR LA SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE Y SE REALIZA LA NUEVA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, SE VERIFICAN INTERACCIONES. SE EXPLICA AL PACIENTE EFECTOS SECUNDARIOS AL								

	MEDICAMENTO, QUIEN COMPRENDE Y ACEPTA MANEJO, SE IDNICA SEGUUIMIENTO

SOLICITUDES

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CAN	PERSONAL
903895	CREATININA	03/12/2024 08:33	1	PLAZA ORDOÑEZ LORENA
861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	03/12/2024 08:40	2	PLAZA ORDOÑEZ LORENA
890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUI	03/12/2024 08:42	1	PLAZA ORDOÑEZ LORENA

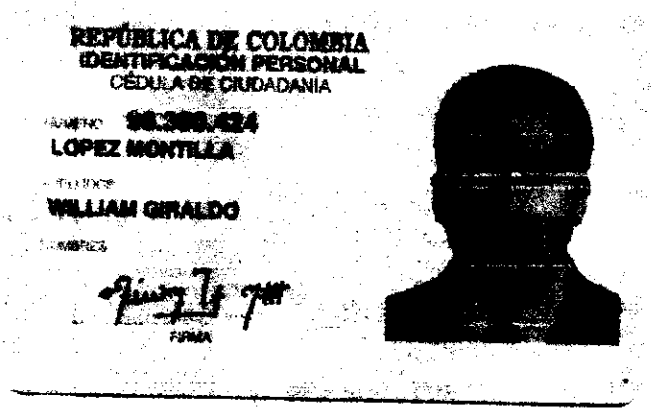
FORMULAS MEDICAS

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CAN	PERSONAL
1068	CICLOBENZAPRINA RETARD 15 MG CAPSULAS Dosis: 1 Cada 24 Horas	03/12/2024 08:42	15	PLAZA ORDOÑEZ LORENA
1209	TRAMADOL + ACETAMINOFEN 37.5 + 325 MGL TABLETAS Dosis: TOME 1 DIARIA 8 PM	03/12/2024 08:42	90	PLAZA ORDOÑEZ LORENA

Dra Lorena Plaza Ordoñez
Medica Cirujana
Especialista en Medicina
Reg. 520230.

Dr(a). PLAZA ORDOÑEZ LORENA

REGISTRO NO.	520230	Esp. MEDICNA DEL DOLOR Y ANESTESIOLOGIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 98.388.424
LOPEZ MONTILLA

APELLIDOS
WILLIAM GIRALDO

NOMBRES

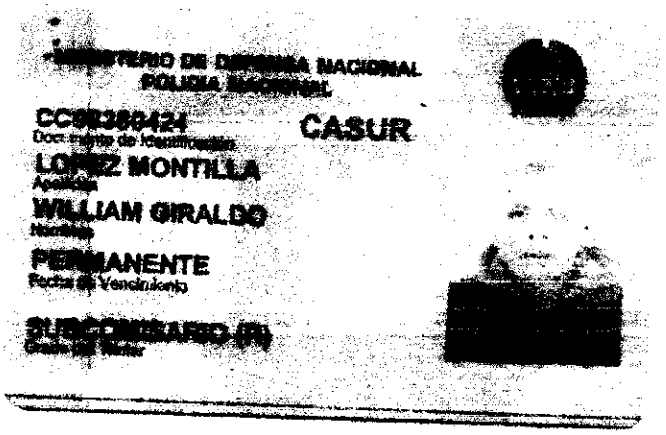
FIRMA

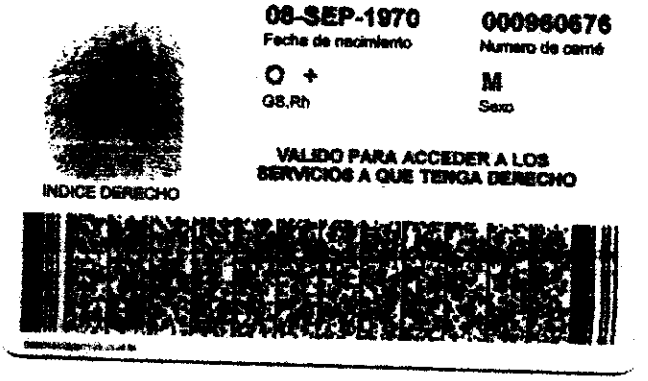


FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1970
BUESACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
11-DIC-1988 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2300100-01289413-M-0098380424-20210929 0278705272H 1 9915814223


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CASUR
LOPEZ MONTILLA
WILLIAM GIRALDO
PERMANENTE
SUBOFICIAL (R)


08-SEP-1970
Fecha de nacimiento
000960676
Numero de carné
O +
GS,Rh
M
Sexo
VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO
INDICE DERECHO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7951993713**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: noviembre AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES: AÑO:	diciembre 2024
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1105840161

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	4	$ 1.143.500
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	6	$ 2.335.000
800224808	230301	230301-PORVENIR	6	$ 1.964.600
		SUBTOTAL:	16	**$ 5.443.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	9	$ 924.200
900156264	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 55.000
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 225.600
837000084	EPSIC5	EPSIC5-MALLAMAS EPSI	1	$ 52.100
901021565	ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	4	$ 368.500
		SUBTOTAL:	18	**$ 1.625.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
891280008	CCF35	CCF35-CCF DE NARINO	17	$ 1.460.100
		SUBTOTAL:	17	**$ 1.460.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	18	$ 822.300
		SUBTOTAL:	18	**$ 822.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 9.344.100**
VALOR MORA:	**$ 6.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 9.350.900**