REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7

No. GS-2025-~~=~~0 0 0 9 8 8 - /DECAS/JEFAT-29.25

Ciudad y Fecha: 04/01/2025

Señor teniente coronel
YAIR YOVANNY CHAPARRO GUERRERO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N° 7
Calle 15 No 15 A 33 Barrio El estero
Villavicencio.

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 084-7-200112-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

01/12/2024	**31/12/2024**

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:

[1] ***Artículo 2.1.1.2.1.8.* Publicación de la ejecución de contratos**. *Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.*
***Artículo 2.1.1.2.1.7.* Publicación de la información contractual.** *De conformidad con el literal (c) del artículo 3° de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del Estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP). (transcripción literal parcial, subrayado fuera texto)*

1. **Mediante comunicación oficial No.GS-2022-014302-DEMET del 01/10/2024**, el señor Teniente Coronel Yair Yovanny Chaparro Guerrero, obrando en calidad de (Jefe Regional de Aseguramiento en salud N°7, nombró como supervisor del contrato al señor (a) Intendente Jefe, JOSE GREGORIO MONTERREY MONOGA.
2. **Mediante comunicación oficial o acto administrativo de nombramiento del coordinador N° GS-2024-015628-REGI7 del 24/10/2024**, el señor Teniente Coronel Yair Yovanny Chaparro Guerrero, obrando en calidad de (Jefe Regional de Aseguramiento en salud N°7), nombró como supervisor del contrato del asunto al señor (a) Teniente Cristian David Robles Guerrero.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Los cinco primeros días hábiles de cada mes.

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 02**

  - No. Radicado GS-2024-081539-DECAS de fecha 05/11/2024

  - No. Radicado GS-2024-090017-DECAS de fecha 05/12/2024

1. Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**084-7-200112-24**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	***PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.***
Contratista	**DOMISALUD DEL LLANO S.A.S**
Representante legal	**DEISYI MERCEDES CABALLERO VALDES**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**$40.000.000.00**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	N/A
Valor total del contrato u orden de compra	**$40.000.000.00**
Plazo de ejecución inicial	N/A
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**01/10/2024**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**30/04/2025**
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	01/10/2024 HASTA EL 30/04/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

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

1.1 Acciones adelantadas:

Se realizó llamada telefónica con las entidades de la red externa contratadas con la Regional N°7, para hacer seguimiento a la ejecución de los contratos, glosas, notas débito y saldo del mismo, de igual manera se resalta los parámetros para radicar la facturación y observaciones por parte de auditoría de cuentas médicas.
Finalmente, con el fin de no presentar sobre ejecuciones, se les indica la importancia de enviar todos los lunes el saldo del contrato con el porcentaje de ejecución semanal y la verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

N/A

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		

ITEM	CUPS	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	X	
2	890311	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	X	
3	931001	**TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BACK, ULTRASONIDO, TENS DE ACUERDO AL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO.	X	
4	890213	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	X	
5	890313	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	X	
6	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL Incluye: EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL, SOCIAL Y FAMILIAR Y EN USO DE TEGNOLOGIA DE REHABILITACIONDE ACUERDO AL PLAN INVIDUAL DE TRATAMIENTO.	X	
7	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	X	
8	890310	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TERAPIA FONOAUDIOLOGIA	X	
9	937000	**TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIÓN.	X	
10	937203	** TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA DEGLUCION	X	
11	939403	**TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL Incluye: PERCUSION, VIBRACION, DRENAJE POSTURAL, SUCCION, MICRONEBULIZACION, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS	X	
12	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA CLINICA (MANEJO PACIENTE CON TEA)	X	
13	890308	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA CLINICA (MANEJO PACIENTE CON TEA)	X	
14	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA (MANEJO PACIENTE CON TEA)		
		TERAPIAS DOMICILIARIAS		
15	931001	**TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BA	X	
16	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL Incluye: EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS	X	

		COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL, SOCIAL Y		
17	937000	**TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIÓN.	X	
18	939403	**TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL Incluye: PERCUSION, VIBRACION, DRENAJE POSTURAL, SUCCION, MICRONEBULIZACION, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS	X	

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Se realiza justificación de la reserva presupuestal mediante orden de fecha 08/01/2024 mediante comunicación oficial justificación de la reserva presupuestal del mes de diciembre del 2024

Se genera reserva presupuestal toda vez que la entidad presento tardanzas en la entrega de facturación, lo cual impidió que se desarrollará a tiempo la cadena de ejecución presupuestal y por consiguiente la obligación de las mismas. A pesar de que se tomó contacto de manera permanente con la entidad y se realizó visita presencial a la sede de la entidad

El valor de la reserva presupuestal 2025 es de :Cinco millones veinte unos mil ciento sesenta y siete pesos ($5.021.167)

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión ha transcurrido 05 días calendario desde que Inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, quedando 04 meses 26 días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

5.1. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en moneda legal colombiana, La Regional de Aseguramiento en Salud No 7 pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Villavicencio, por pagos contra entrega, dentro de los treinta (30) dias 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, copia del informe del resultado del estudio de manera impresa o en medio magnético, acreditación del contratista de encontrarse al dia en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud , pensiones y riesgos laborales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de La Regional de Aseguramiento en Salud N° 7, 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. Todas las facturas deben venir acompañadas de los RIPS debidamente diligenciados, los cuales serán validados en el aplicativo SISAP WEB de la Policía Nacional.

De igual forma, en cumplimiento a la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas (IAR-GU-0002) de la Policía Nacional, el contratista deberá tener en cuenta las otras Condiciones así:

- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616- 1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 019 - DISAN-PLANE de 29 de mayo de 2020 o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

  Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal" en el Artículo 3, punto 2 - parágrafo I, que a la letra dice:

  "*El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...*", las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.

- De acuerdo a la ley 594 del 2.000 por la cual se establece la Ley General de Archivo, la cuenta debe llegar en carpeta preferiblemente de las indicaciones de la institución, (carpeta blanca con 4 alas) sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, foliada en la parte superior derecha con lápiz No. 2 a partir del consecutivo No. 7 máximo hasta 250 folios por carpeta; de igual forma se aclara que cada cuenta debe venir en una carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 250 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, **las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja completo bien sea carta u oficio.**

- 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 ésta sea verificada por el- supervisor del contrato: y poder realizar el respectivo pago".

- Adicionalmente, se solicitan los siguientes soportes:

- Certificación bancaria.
- Fotocopia del RUT.

NOTA 1: El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.
NOTA 2: En cumplimiento a la Resolución 05884 del 27-12-2019 "por la cual se expide el Manual para la Administración de los Recursos Logísticos de la Policía Nacional", en su ítem que a letra dice... "2.43.4 Clasificación de las entradas: La entrada de los bienes según la procedencia de los mismos se clasifica entre otras, por: compras, donación, reintegros, recuperación, reposición, transferencia, nacimiento de semovientes, compensación, reconstrucción de equipos, sobrantes, traspasos y comodatos".

En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día cinco (05) del mes los pagos contra entrega 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. Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro 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 Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.
Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

FACTURAS ELECTRÓNICAS. Dando cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 de 2020 referente a los lineamientos para el pago a los proveedores del estado, y a la Circular Externa 016 de 09 de marzo 2021 emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, donde se refiere al proceso de recepción de facturas electrónicas de ventas, notas crédito y notas débito, y a la implementación del Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito, el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, se informa que todos los proveedores y contratistas obligados a facturar electrónicamente (personas jurídicas y personas naturales incluyendo CPS) deben parametrizar con su operador electrónico de facturación los datos del emisor, datos del adquiriente y notas finales; así mismo, establecer, que todas las facturas a nombre de Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, se direccionen al buzón dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público al siguiente correo electrónico siifnacion.facturacionelectronica@minhacienda.gov.co, toda vez que será el Ministerio de Hacienda - SIIF NACION quien centraliza su recepción y gestione el envío a cada supervisor a través del aliado tecnológico **Olimpia it**.

CIRCULAR EXTERNA N-12 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE FACTURAS ELECTRÓNICAS PARA ENTIDADES DE SALUD DEL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN del 03 de mayo de 2022, emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se informa que "a partir del 15 de mayo del 2022 las entidades de Salud que hacen parte del Presupuesto General de la Nación deberán realizar el siguiente procedimiento para poder registrar obligaciones con personas jurídicas y naturales que tienen la responsabilidad de facturar electrónicamente, con cargo a los objetos de gastos de adquisición de bienes y servicios asociados con tal sector.

LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

Se permite informar que las facturas electrónicas emitidas por las entidades prestadoras de bienes y/o servicios deben facturar bien sea por competencia de la RASES No. 7, de acuerdo al contrato que se haya adjudicado, y/o en su defecto si los servicios son denominados urgencia médica, con la unidad que a continuación se relaciona así:

RAZON SOCIAL: Regional de Aseguramiento en Salud No 7
NIT No.: 900.407.224-6
DIRECCION: Calle 15 No. 15ª - 33, Av. los maracos barrio el estero
CORREO ELECTRONICO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD PCI: 16-01-02-042 **(**Regional de Aseguramiento en Salud No 7**)**

- Utiliza el formato electrónico de generación XML estándar establecido por la DIAN.
- Lleva la numeración consecutiva autorizada por la DIAN.
- Cumple con los requisitos del art. 617 del ET y discrimina el impuesto al consumo cuando es el caso.
- Incluye la firma digital o electrónica para garantizar autenticidad integridad y no repudio de la factura electrónica, de acuerdo con la política de firma adoptada por la DIAN.
- Incluye el Código Único de Factura Electrónica CUFE.
- Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.
- **Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, **dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.**
- Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .ZIP (PDF, XML).

- En la sección de la factura **NOTA O OBSERVACIONES** la entidad debe digitar los siguiente: **#$** luego el código de identificación de la entidad **PCI** a la cual le va a enviar la factura; número contrato, correo del supervisor, finalizando con **#$**, debidamente separados por punto y coma sin espacios, ejemplo Adjunto:

Ejemplo (16-01-02-042; Contrato 20/2022; pperez@entidaddesalud.gov.co.la factura inicial más la nota débito)".

Nota importante: De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin.

Generar factura obteniendo el contenedor electrónico - Documento. Zip (PDF, XML).

Desde cualquier correo electrónico, puede enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento. Zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma, sin espacios según ej. Adjunto:

16-01-02-054;85-7-20033-22; pepito.perez@correo.policia.gov.co

El contratista o proveedor, una vez haga su factura electrónica de venta tal como se indica, Le llegara una notificación de factura electrónica de la entidad al correo electrónico del supervisor, indicando o notificando que tiene un documento pendiente por aprobar en la plataforma Olimpia, que por obligación el supervisor debe ingresar a la plataforma Olimpia, y es donde el supervisor verifica la factura para que sea rechazada o aprobada la factura, una vez haga el paso por parte del supervisor de rechazo o aprobación, la entidad debe estar atento si le llega notificación de que aprobaron o rechazaron la factura, si la factura es rechazada el supervisor debe justificar el rechazo, pero si es aprobada puede proceder a radicar en físico la factura con todos sus soportes normales como han estado haciendo ante la oficina Central de Cuentas de la RASES No 7.

Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista, el supervisor del contrato dentro de los (2) días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

El recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte de la POLICIA NACIONAL y, por consiguiente, no exime al CONTRATISTA de su responsabilidad en cuanto a la calidad del bien o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace claridad a la facturación electrónica, los contratistas prestadores de bienes y/o servicios, una vez envíen la factura electrónica al correo antes mencionado, deberá seguir radicando físicamente como se ha venido haciendo en la oficina de Central de Cuentas RASES No 7, factura original con sus respectivos soportes originales y firmado a que haya lugar.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario Contratista, el funcionario de la ventanilla única de cuentas remitirá al supervisor del contrato para la revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes al auditor de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS. La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas RASES N° 7, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según ley 1438 de 2011 articulo 57.

- Autorización.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden de servicio.

PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS. En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011.

El Contratista se compromete a realizar las actividades de propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).
PARÁGRAFO 3: CONCILIACIÓN DE GLOSAS. En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se procederá citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No.7, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

NOTA: Teniendo en cuenta el oficio No. 092351 ARAFI-AUMED fechado 22/10/2015 en el cual trata el tema sobre la Política de cero papeles en concordancia con la Directiva Presidencial 04 del 2012 "EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y LINEAMIENTOS DE LA POLITICA DE CERO PAPEL EN LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA" se requiere que el contratista al momento de radicar la factura presente en medio magnético los siguientes documentos:

- Historia clínica
- Autorizaciones
- RIPS

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

Igualmente, el contratista deberá entregar en medio magnético un archivo en Microsoft Excel que contenga la información que más adelante se relaciona con el fin de darle celeridad al proceso de auditoría de cuentas médicas.

No.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE PACIENTE	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	VALOR FACTURADO

REQUISITOS PARA EL PAGO

Darle aplicabilidad a la ley 594 de 2000 Ley General de Archivo; de la siguiente manera: la presentación de las cuentas médicas presentadas a La Regional De Aseguramiento En Salud No.7, cuya actividad es imprescindible en los procesos de organización archivística, y la cual tiene dos finalidades principales: controlar la cantidad de folios de una unidad de conservación dada.

El contratista estará en la obligación de radicar las cuentas generadas en la Regional de Aseguramiento en Salud No.7 dentro de los 5 primeros días hábiles de cada mes, cumpliendo con los siguientes requisitos:

a. Relación general de usuarios atendidos, detallando el número del contrato, número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel. Listado discriminando número de factura, fecha de factura, nombre del paciente, identificación, atención recibida y valor facturado, según modelo anexo:

ÁREA DE SANIDAD	IPS	FECHA DE PRESTACIÓN	FECHA DE RADICAC	N°. DE FACTUR	DOCU MENTO	NOMB RE DEL	VALOR DE LA	VALOR DE LA	VALOR ACEPTA DO POR	VALOR	CON CILIA	OBS ERVA CIÓN	CONTI NGENCIA	CONTR ATO O URGENCI
											SI	NO		

b. Factura con el lleno de requisitos establecidos por la DIAN.

c. La factura debe presentarse en original y una copia debidamente firmada por quien la expide en hoja tamaño carta (no se aceptaran facturas que no estén en tamaño carta y/o oficio), en carpeta tipo yute tamaño oficio, debidamente legajadas en gancho plástico, sin gancho de cosedora, foliadas en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja esfero negro hasta un máximo de 240 folios, desde el primer evento hasta el último junto con sus respectivos anexos en estricto orden cronológico de la prestación de los servicios por cada usuario en medio físico y en medio magnético. Para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.

d. Anexar el Original de la autorización del suministro.

e. Comprobantes de recibido del supervisor del contrato

f. 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 realizará hasta el mes siguiente.

g. Certificado original suscrito por el representante legal o revisor fiscal (en el evento de estar legalmente obligado a tenerlo) sobre el cumplimiento de sus obligaciones ante el SGSSI y parafiscales del periodo correspondiente.

h. Copia del soporte de liquidación y pago de aportes al SGSSI y parafiscales del periodo correspondiente.
i. Recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato previa verificación del suministro y a los soportes de la facturación.
j. EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones

k. La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.

l. Factura que no cumpla con los requisitos legales vigentes no será radicada

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	$40.000.000.00	100%
Valor total de las entregas	$ 10.978.833.00	27.44%
Valor total facturado	$ 10.978.833.00	27.44%
Valor facturado pendiente de pago	$ 10.978.833.00	27.44%
Valor pagado	$0.00	0%
Valor pendiente de entrega	$ 29.021.167.00	72.56%

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**
No 01	$126.732.00	05-30/09/2024	$ 16.800,00	FE25441	$ 16.800,00		
		01-12/11/2024	$ 16.800,00	FE25442	$ 16.800,00		
		01-12/11/2024	$ 16.800,00	FE25443	$ 16.800,00		
		01-12/11/2024	$ 76.332,00	FE25444	$ 76.332,00		
No 02	$5.767.997.00	16/12/2024	$ 16.800,00	FE25724	$ 16.800,00		
		16/12/2024	$ 190.830,00	FE25725	$ 190.830,00		
		16/12/2024	$ 16.800,00	FE25726	$ 16.800,00		
		16/12/2024	$ 190.830,00	FE25727	$ 190.830,00		
		16/12/2024	$ 457.464,00	FE25728	$ 457.464,00		
		16/12/2024	$ 567.814,00	FE25729	$ 567.814,00		
		16/12/2024	$ 168.000,00	FE25730	$ 168.000,00		
		16/12/2024	$ 209.913,00	FE25731	$ 209.913,00		
		16/12/2024	$ 16.800,00	FE25732	$ 16.800,00		
		16/12/2024	1.866.980,00	FE25733	1.866.980,00		
		16/12/2024	$ 582.946,00	FE25734	$ 582.946,00		
		16/12/2024	$ 228.996,00	FE25735	$ 228.996,00		
		16/12/2024	$ 16.800,00	FE25736	$ 16.800,00		
		16/12/2024	$ 190.830,00	FE25737	$ 190.830,00		
		16/12/2024	$ 190.830,00	FE25738	$ 190.830,00		
		16/12/2024	$ 16.800,00	FE25739	$ 16.800,00		
		16/12/2024	$ 152.664,00	FE25740	$ 152.664,00		
		16/12/2024	$ 685.900,00	FE25741	$ 685.900,00		
No 03	$5.84.104.00	27/12/2024	$ 591.144,00	FE25761	$ 591.144,00		
		27/12/2024	$ 209.913,00	FE25762	$ 209.913,00		

		27/12/2024	$ 38.166,00	FE25764	$ 38.166,00		
		27/12/2024	$ 133.449,00	FE25765	$ 133.449,00		
		27/12/2024	$ 144.400,00	FE25766	$ 144.400,00		
		27/12/2024	$ 204.649,00	FE25767	$ 204.649,00		
		27/12/2024	$ 19.083,00	FE25768	$ 19.083,00		
		27/12/2024	$ 190.665,00	FE25769	$ 190.665,00		
		27/12/2024	$ 267.162,00	FE25770	$ 267.162,00		
		27/12/2024	$ 152.664,00	FE25771	$ 152.664,00		
		27/12/2024	$ 171.450,00	FE25772	$ 171.450,00		
		27/12/2024	$ 19.083,00	FE25773	$ 19.083,00		
		27/12/2024	$ 114.300,00	FE25774	$ 114.300,00		
		27/12/2024	$ 76.332,00	FE25775	$ 76.332,00		
		27/12/2024	$ 343.164,00	FE25776	$ 343.164,00		
		27/12/2024	$ 180.500,00	FE25777	$ 180.500,00		
		27/12/2024	2.227.980,00	FE25778	$2.227.980,00		

NOTA: pendiente de pago $126.732.00, $5.76.997.00, $5.084.104.00

4.2 Entrada de Bienes ***(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, (N/A)***

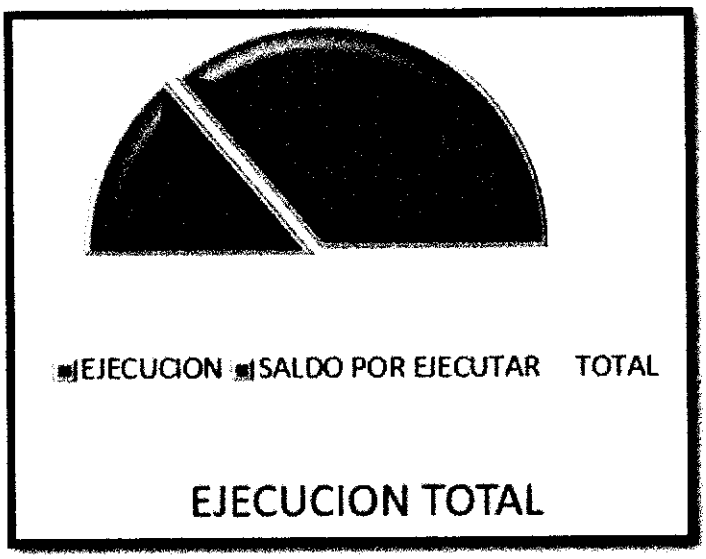
5. RECOMENDACIONES

SE LE RECOMIENDA AL CONTRATISTA:

- presentar la facturación en el plazo establecido en el contrato
- cargar la facturación al siifnacion
- cualquier eventualidad en el contrato, reportarlo a la jefe del área.
- presentar mediante oficio el porcentaje ejecutado por la entidad cuando vayan en el 50% y 70%.

6. CONCLUSIONES

El contrato inicio el 01/10/2024, por valor de $40.000.000.00, para un valor total radicado $10.978.833.00, saldo por ejecutar $29.021.167.00, porcentaje de ejecución de 27%,



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_____

Capitán CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare
Supervisor contrato N°. 21-7-200112-24
Correo eletrônico: decas.upres@policia.gov.co
No. Celular: 3507113803

Informe Final: SI___NO__X_

OK

Página 1 de 5	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:	Yopal, 02 de diciembre de 2024
Unidad:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7**
Tipo de contrato	

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

Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	084-7-200112-24
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	**DOMISALUD DEL LLANO S.A.S**
NIT del contratista:	900778518-7
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE.
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:	Inicial: $ 40.000.000 Adición: $ 0 Total: $ 40.000.000
Plazo de ejecución:	01/10/2024 AL 30/04/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CASANARE
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor / coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Teniente CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare
Fecha de entrega certificada:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE EL MES DE OCTUBRE 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°7	16	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE.	**$ 126.732**	**$ 126.732**	**$ 0**	**$ 126.732**

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA CREDITO O DEBITO	VALOR NETO
FE25441	14/11/2024	$ 16.800	$ 0	$ 16.800
FE25442	14/11/2024	$ 16.800	$ 0	$ 16.800
FE25443	14/11/2024	$ 16.800	$ 0	$ 16.800
FE25444	14/11/2024	$ 76.332	$ 0	$ 76.332
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 126.732**	**$ 0**	**$ 126.732**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Servicio prestado por la profesional de acuerdo a las condiciones y/o especificaciones técnicas Del contrato, no se presentó inconveniente alguno en la ejecución del mismo durante el presente mes.

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.

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**EXPERIENCIA:** El proponente deberá acreditar experiencia en contratos con objetos iguales o similares al presente proceso **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE**, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con entidades públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones. Las certificaciones deberán contener la siguiente información: Nombre o Razón Social del Contratante Nombre o Razón Social del Contratista Objeto Contractual Fecha de Inicio Fecha de Terminación Valor del Contrato Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación Fecha de expedición En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato.	SI X NO __ N/A __	

<table>
<tr><td></td><td>Además, debe tenerse en cuenta que:

- No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios.
- No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia.
- No se tendrán en cuenta contratos en ejecución.
- No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.

Justificación: La experiencia especifica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>CAPACIDAD INSTALADA DEL PRESTADOR: Se requiere que el proponente cuente con la siguiente capacidad:

<table><tr><th>GRUPO</th><th>CONCEPTO</th><th>CANTIDAD</th></tr><tr><td>Consultorio</td><td>Consulta Externa</td><td>3</td></tr></table></td><td>SI X
NO __
N/A __</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Certificado de Inscripción o Habilitación. El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014; la cual debera tener relacion de habilitados de los servicios medicos de baja mediana y alta complejidad con que cuenta para prestar los servicios, así:

<table><tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td></tr><tr><td>Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje</td></tr><tr><td>Fisioterapia</td></tr><tr><td>Terapia respiratoria</td></tr><tr><td>Terapia ocupacional</td></tr><tr><td>Consulta Externa</td></tr><tr><td>Psicología</td></tr></table>
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 Casanare para cada servicio ofertado 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.</td><td>SI X
NO __
N/A __</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Recurso humano: El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual <u>deberá diligenciar el anexo de Idoneidad del Recurso Humano</u>, establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.

<table><tr><th>ITEM</th><th>PERFIL</th><th>CANT</th></tr><tr><td>1</td><td>Terapeuta Físico</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>Terapeuta Ocupacional</td><td>2</td></tr><tr><td>3</td><td>Terapeuta Respiratorio</td><td>2</td></tr><tr><td>4</td><td>Fonoaudiólogo (a) (Terapia de Lenguaje)</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>Psicólogo</td><td>1</td></tr></table></td><td>SI X
NO __
N/A __</td><td></td></tr>
</table>

5	Disponibilidad para la atención: Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios: • Lunes a viernes de 07:00 a 12:00 horas y de 14:00 a 18:00 horas. • Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios cotizados con la siguiente oportunidad: • Oportunidad para la asignación de citas y/o terapias: de 1 a 10 días	**SI X** **NO __** **N/A __**	
6	**SUPERVISOR POR PARTE DEL CONTRATISTA**: El proponente informará con su propuesta los datos de contacto del supervisor del contrato por parte del contratista (Empleado) con capacidad de toma de decisiones, quien tendrá contacto permanente vía telefónica directa, con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato. Este supervisor por parte del contratista tiene la finalidad de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto, ***se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal*** y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al supervisor de UPRES CASANARE y garantizar la actualización de este formato.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
7	**MANUALES:** El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios. SÍ, el proponente, es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. **(ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II)**	**SI X** **NO __** **N/A __**	
8	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 de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo "LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE", dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
9	El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el	**SI X** **NO __** **N/A __**	

	Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Asi mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
10	El contratista deberá realizar el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policia Nacional y cumplirá con 2020, Decreto lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 00839 de 2017, Ley 2015 de 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clinica. El PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la Regional de Aseguramiento en Salud No.7. por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la Regional de Aseguramiento en Salud No.7. o a cualquier tercero.	**SI_X_** **NO __** **N/A __**	
11	El contratista deberá presentar en medio magnético la relación de los servicios ofertados, identificados con los CUPS, con el respectivo valor según tarifa y/o precio ofertado.	**SI_X_** **NO __** **N/A __**	
12	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*, firmado por el representante legal de la entidad.	**SI_X_** **NO __** **N/A __**	
13	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL* firmado por el representante legal de la entidad.	**SI_X_** **NO __** **N/A __**	

FIRMA DEL SUPERVISOR
Teniente **CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare

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

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA DOMISALUD DEL LLANO S.A.S NIT 900778518-7 PARA PAGO CONTRATO N° 084-7-200112-24

No. RADICACION 2240 DEL 16 DE NOVIEMBRE 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 (URG/CONTRATO) CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DESCRIPCION DEL DX CIE-10	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	FE25441	14/11/2024	ALFARO PRIETO JOAN SEBASTIAN	1222141680	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DE L NINO	$ 16.800		$ 0	$ 0	$ 16.800	SIN GLOSA	
2	FE25442	14/11/2024	AVENDAÑO PEREZ EMILY	1222142605	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 16.800		$ 0	$ 0	$ 16.800	SIN GLOSA	
3	FE25443	14/11/2024	VARGAS MORENO JUAN ESTEBAN	1117942741	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 16.800		$ 0	$ 0	$ 16.800	SIN GLOSA	
4	FE25444	14/11/2024	VARGAS PARRA MARTIN 0	1014898445	RETARDO DEL DESARROLLO	$ 76.332		$ 0	$ 0	$ 76.332	SIN GLOSA	
						$ 126.732		**$ 0**	**$ 0**	**$ 126.732**		

Revisado Por:

CPS-4 Adolfo Alexander Perez Alvarado
Médico Auditor UPRES-DECAS

Elaborado Por:

CPS-5 Lisbeth Solangie Suescún Niño
Técnico Administrativo UPRES-DECAS

Recibido Por:

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

Ciudad y fecha:	Yopal, 22 de diciembre de 2024
Unidad:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7**
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.	084-7-200112-24
Constancia de recibido No.	02
Contratista:	**DOMISALUD DEL LLANO S.A.S**
NIT del contratista:	900778518-7
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE.
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:	Inicial: $ 40.000.000 Adición: $ 0 Total: $ 40.000.000
Plazo de ejecución:	01/10/2024 AL 30/04/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CASANARE
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor / coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Capitán CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare
Fecha de entrega certificada:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE EL MES DE OCTUBRE A DICIEMBRE 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°7	16	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE.	**$ 5.767.997**	**$ 5.767.997**	**$ 0**	**$ 5.767.997**

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA CREDITO O DEBITO	VALOR NETO
FE25724	16/12/2024	$ 16.800	$ 0	$ 16.800
FE25725	16/12/2024	$ 190.830	$ 0	$ 190.830
FE25726	16/12/2024	$ 16.800	$ 0	$ 16.800
FE25727	16/12/2024	$ 190.830	$ 0	$ 190.830
FE25728	16/12/2024	$ 457.464	$ 0	$ 457.464
FE25729	16/12/2024	$ 567.814	$ 0	$ 567.814
FE25730	16/12/2024	$ 168.000	$ 0	$ 168.000
FE25731	16/12/2024	$ 209.913	$ 0	$ 209.913
FE25732	16/12/2024	$ 16.800	$ 0	$ 16.800
FE25733	16/12/2024	$ 1.866.980	$ 0	$ 1.866.980
FE25734	16/12/2024	$ 582.946	$ 0	$ 582.946
FE25735	16/12/2024	$ 228.996	$ 0	$ 228.996
FE25736	16/12/2024	$ 16.800	$ 0	$ 16.800
FE25737	16/12/2024	$ 190.830	$ 0	$ 190.830
FE25738	16/12/2024	$ 190.830	$ 0	$ 190.830
FE25739	16/12/2024	$ 16.800	$ 0	$ 16.800
FE25740	16/12/2024	$ 152.664	$ 0	$ 152.664
FE25741	16/12/2024	$ 685.900	$ 0	$ 685.900
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 5.767.997**	**$ 0**	**$ 5.767.997**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Servicio prestado por la profesional de acuerdo a las condiciones y/o especificaciones técnicas Del contrato, no se presentó inconveniente alguno en la ejecución del mismo durante el presente mes.

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.

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE

1	**EXPERIENCIA:** El proponente deberá acreditar experiencia en contratos con objetos iguales o similares al presente proceso **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE**, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con entidades públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones. Las certificaciones deberán contener la siguiente información: Nombre o Razón Social del Contratante Nombre o Razón Social del Contratista Objeto Contractual Fecha de Inicio Fecha de Terminación Valor del Contrato Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación Fecha de expedición En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato. Además, debe tenerse en cuenta que: - No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios. - No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia. - No se tendrán en cuenta contratos en ejecución. - No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias. Justificación: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.	**SI_X_** **NO __** **N/A __**	
2	**CAPACIDAD INSTALADA DEL PRESTADOR:** Se requiere que el proponente cuente con la siguiente capacidad: **GRUPO** | **CONCEPTO** | **CANTIDAD** Consultorio | Consulta Externa | 3	**SI_X_** **NO __** **N/A __**	

<table>
<tr>
<td>3</td>
<td>Certificado de Inscripción o Habilitación. El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014; la cual debera tener relacion de habilitados de los servicios medicos de baja mediana y alta complejidad con que cuenta para prestar los servicios, así:

<table>
<tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td></tr>
<tr><td>Fonoaudiologia y/o terapia del lenguaje</td></tr>
<tr><td>Fisioterapia</td></tr>
<tr><td>Terapia respiratoria</td></tr>
<tr><td>Terapia ocupacional</td></tr>
<tr><td>Consulta Externa</td></tr>
<tr><td>Psicología</td></tr>
</table>

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 Casanare para cada servicio ofertado 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.</td>
<td>SI X
NO __
N/A __</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Recurso humano: El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual <u>deberá diligenciar el anexo de Idoneidad del Recurso Humano</u>, establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>PERFIL</th><th>CANT</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Terapeuta Físico</td><td>2</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Terapeuta Ocupacional</td><td>2</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Terapeuta Respiratorio</td><td>2</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Fonoaudiólogo (a) (Terapia de Lenguaje)</td><td>2</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Psicólogo</td><td>1</td></tr>
</table></td>
<td>SI X
NO __
N/A __</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Disponibilidad para la atención: Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios:

• Lunes a viernes de 07:00 a 12:00 horas y de 14:00 a 18:00 horas.
• Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas

Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios cotizados con la siguiente oportunidad:

• Oportunidad para la asignación de citas y/o terapias: de 1 a 10 días</td>
<td>SI X
NO __
N/A __</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>SUPERVISOR POR PARTE DEL CONTRATISTA:
El proponente informará con su propuesta los datos de contacto del supervisor del contrato por parte del contratista (Empleado) con capacidad de toma de decisiones, quien tendrá contacto permanente vía telefónica directa, con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato. Este supervisor por parte del contratista tiene la finalidad de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto, <u>se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal</u> y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al supervisor de UPRES CASANARE y garantizar la actualización de este formato.</td>
<td>SI X
NO __
N/A __</td>
<td></td>
</tr>
</table>

7	**MANUALES:** El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios. SÍ, el proponente, es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. **(ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II)**	**SI X** **NO __** **N/A __**	
8	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 de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo "LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE", dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
9	El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
10	El contratista deberá realizar el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y cumplirá con 2020, Decreto lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 00839 de 2017, Ley 2015 de 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clínica. El PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la Regional de Aseguramiento en Salud No.7. por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la Regional de Aseguramiento en Salud No.7. o a cualquier tercero.	**SI X** **NO __** **N/A __**	

11	El contratista deberá presentar en medio magnético la relación de los servicios ofertados, identificados con los CUPS, con el respectivo valor según tarifa y/o precio ofertado.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
12	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*, firmado por el representante legal de la entidad.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
13	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL* firmado por el representante legal de la entidad.	**SI X** **NO __** **N/A __**	

FIRMA DEL SUPERVISOR
Capitán **CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare

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

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA DOMISALUD DEL LLANO S.A.S NIT 900778518-7 PARA PAGO CONTRATO Nº 084-7-200112-24

No. RADICACION 2675 DEL 20 DE DICIEMBRE 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 (URG/CONTRATO) 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	No. FACTURA	FECHA DE RADICADA	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DESCRIPCION DEL DX DEL PACIENTE	VR. FACTURADO	TARIFA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR APROBADO	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	OBSERVACION GLOSA
1	FE25724	16/12/2024	ALFONSO MAHECHA SARA VICTORIA	1118126985	OTITIS EXTERNA AGUDA, NO INFECCIOSA	$ 16.800		$ 0	$ 0	$ 16.800	SIN GLOSA	
2	FE25725	16/12/2024	CAMPOS POVEDA ELIZABETH 0	1222132370	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 190.830		$ 0	$ 0	$ 190.830	SIN GLOSA	
3	FE25726	16/12/2024	CASTRO RAMIREZ MELANIE VALERIA	1121969710	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 16.800		$ 0	$ 0	$ 16.800	SIN GLOSA	
4	FE25727	16/12/2024	CONTRERAS ATUESTA SANDRA VALENTINA	1222132729	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 190.830		$ 0	$ 0	$ 190.830	SIN GLOSA	
5	FE25728	16/12/2024	DIAZ CURCHO ERLING JERONIMO	1222136773	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 457.464		$ 0	$ 0	$ 457.464	SIN GLOSA	
6	FE25729	16/12/2024	DIAZ VIVAS SAID SANTIAGO	1222122743	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	$ 567.814		$ 0	$ 0	$ 567.814	SIN GLOSA	
7	FE25730	16/12/2024	DOMINGUEZ VALENCIA ELORY DAENERYS	1116557092	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 168.000		$ 0	$ 0	$ 168.000	SIN GLOSA	
8	FE25731	16/12/2024	FUENTES BARRERA LUCIANA 0	1118577573	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 209.913		$ 0	$ 0	$ 209.913	SIN GLOSA	
9	FE25732	16/12/2024	GALINDO PERILLA MARIA JOSE	1074534161	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 16.800		$ 0	$ 0	$ 16.800	SIN GLOSA	
10	FE25733	16/12/2024	HERNANDEZ GUALDRON JUDITH TATIANA	1116041011	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	$ 1.866.980		$ 0	$ 0	$ 1.866.980	SIN GLOSA	
11	FE25734	16/12/2024	LIZARRALDE MORENO SARA GUADALUPE	1222136705	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 582.946		$ 0	$ 0	$ 582.946	SIN GLOSA	
12	FE25735	16/12/2024	LOPEZ GONZALEZ JUAN SEBASTIAN	1029968412	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	$ 228.996		$ 0	$ 0	$ 228.996	SIN GLOSA	
13	FE25736	16/12/2024	MALDONADO DE MOJICA NUBIA ESTELA	51595144	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	$ 16.800		$ 0	$ 0	$ 16.800	SIN GLOSA	
14	FE25737	16/12/2024	MARTINEZ MARTINEZ ASHLEY VALERIA	1222134243	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE, NO ESPECIFICADO	$ 190.830		$ 0	$ 0	$ 190.830	SIN GLOSA	
15	FE25738	16/12/2024	MORALES RANGEL MARIA CLARA	1222123955	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE, NO ESPECIFICADO	$ 190.830		$ 0	$ 0	$ 190.830	SIN GLOSA	
16	FE25739	16/12/2024	MORENO SUENO EILHEEM MARIANGEL	1055275244	OTRAS HIPOACUSIAS ESPECIFICADAS	$ 16.800		$ 0	$ 0	$ 16.800	SIN GLOSA	

Código: 1LF-FR-0131 Fecha: 15/08/2024 Versión: 1			**ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS** **CERTIFICACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA**								POLICÍA NACIONAL	
17	FE25740	16/12/2024	VARGAS PARRA MARTIN 0	1014898445	RETARDO DEL DESARROLLO	$ 152.664		$ 0	$ 0	$ 152.664	SIN GLOSA	
18	FE25741	16/12/2024	AVELLA CARDENAS MARIA ESPERANZA	40385441	PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA	$ 685.900		$ 0	$ 0	$ 685.900		
										$ 5.767.997		

Revisado Por:

CPS-4 Adolfo Alexander Perez Alvarado
Médico Auditor UPRES-DECAS

Elaborado Por:

CPS-5 Lisbeth Solangie Suescún Niño
Técnico Administrativo UPRES-DECAS

Recibido Por:

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

Ciudad y fecha:	Yopal, 28 de diciembre de 2024
Unidad:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7**
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.	084-7-200112-24
Constancia de recibido No.	03
Contratista:	**DOMISALUD DEL LLANO S.A.S**
NIT del contratista:	900778518-7
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE.
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:	Inicial: $ 40.000.000 Adición: $ 0 Total: $ 40.000.000
Plazo de ejecución:	01/10/2024 AL 30/04/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CASANARE
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor / coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Capitán CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare
Fecha de entrega certificada:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE EL MES DE OCTUBRE A DICIEMBRE 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°7	16	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE.	**$ 5.084.104**	**$ 5.084.104**	**$ 0**	**$ 5.084.104**

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

NO. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA CREDITO O DEBITO	VR. NETO
FE25761	27/12/2024	$ 591.144	$ 0	$ 591.144
FE25762	27/12/2024	$ 209.913	$ 0	$ 209.913
FE25764	27/12/2024	$ 38.166	$ 0	$ 38.166
FE25765	27/12/2024	$ 133.449	$ 0	$ 133.449
FE25766	27/12/2024	$ 144.400	$ 0	$ 144.400
FE25767	27/12/2024	$ 204.649	$ 0	$ 204.649
FE25768	27/12/2024	$ 19.083	$ 0	$ 19.083
FE25769	27/12/2024	$ 190.665	$ 0	$ 190.665
FE25770	27/12/2024	$ 267.162	$ 0	$ 267.162
FE25771	27/12/2024	$ 152.664	$ 0	$ 152.664
FE25772	27/12/2024	$ 171.450	$ 0	$ 171.450
FE25773	27/12/2024	$ 19.083	$ 0	$ 19.083
FE25774	27/12/2024	$ 114.300	$ 0	$ 114.300
FE25775	27/12/2024	$ 76.332	$ 0	$ 76.332
FE25776	27/12/2024	$ 343.164	$ 0	$ 343.164
FE25777	27/12/2024	$ 180.500	$ 0	$ 180.500
FE25778	27/12/2024	$ 2.227.980	$ 0	$ 2.227.980
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 5.084.104**	**$ 0**	**$ 5.084.104**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Servicio prestado por la profesional de acuerdo a las condiciones y/o especificaciones técnicas Del contrato, no se presentó inconveniente alguno en la ejecución del mismo durante el presente mes.

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.

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**EXPERIENCIA:** El proponente deberá acreditar experiencia en contratos con objetos iguales o similares al presente proceso **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA**	**SI X** **NO —** **N/A —**	

	POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con entidades públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones. Las certificaciones deberán contener la siguiente información: Nombre o Razón Social del Contratante Nombre o Razón Social del Contratista Objeto Contractual Fecha de Inicio Fecha de Terminación Valor del Contrato Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación Fecha de expedición En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato. Además, debe tenerse en cuenta que: - No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios. - No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia. - No se tendrán en cuenta contratos en ejecución. - No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias. Justificación: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.		
2	**CAPACIDAD INSTALADA DEL PRESTADOR:** Se requiere que el proponente cuente con la siguiente capacidad: **GRUPO** | **CONCEPTO** | **CANTIDAD** Consultorio | Consulta Externa | 3	**SI X** **NO** **N/A**	
3	Certificado de Inscripción o Habilitación. El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014; la cual debera tener relacion de habilitados de los servicios medicos de baja mediana y alta complejidad con que cuenta para prestar los servicios, así: **Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica**	**SI X** **NO** **N/A**	

	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje Fisioterapia Terapia respiratoria Terapia ocupacional **Consulta Externa** Psicología 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 Casanare para cada servicio ofertado 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.		
4	Recurso humano: El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual ***deberá diligenciar el anexo de Idoneidad del Recurso Humano***, *establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.* **ITEM** / **PERFIL** / **CANT** 1 – Terapeuta Físico – 2 2 – Terapeuta Ocupacional – 2 3 – Terapeuta Respiratorio – 2 4 – Fonoaudiólogo (a) (Terapia de Lenguaje) – 2 5 – Psicólogo – 1	**SI X** **NO __** **N/A __**	
5	Disponibilidad para la atención: Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios: • Lunes a viernes de 07:00 a 12:00 horas y de 14:00 a 18:00 horas. • Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios cotizados con la siguiente oportunidad: • Oportunidad para la asignación de citas y/o terapias: de 1 a 10 días	**SI X** **NO __** **N/A __**	
6	**SUPERVISOR POR PARTE DEL CONTRATISTA**: El proponente informará con su propuesta los datos de contacto del supervisor del contrato por parte del contratista (Empleado) con capacidad de toma de decisiones, quien tendrá contacto permanente vía telefónica directa, con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato. Este supervisor por parte del contratista tiene la finalidad de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto, ***se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal*** y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al supervisor de UPRES CASANARE y garantizar la actualización de este formato.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
7	**MANUALES:** El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios.	**SI X** **NO __** **N/A __**	

	SÍ, el proponente, es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. **(ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II)**		
8	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 de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo "LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE", dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
9	El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
10	El contratista deberá realizar el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y cumplirá con 2020, Decreto lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 00839 de 2017, Ley 2015 de 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clínica. El PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la Regional de Aseguramiento en Salud No.7. por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la Regional de Aseguramiento en Salud No.7. o a cualquier tercero.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
11	El contratista deberá presentar en medio magnético la relación de los servicios ofertados, identificados con los CUPS, con el respectivo valor según tarifa y/o precio ofertado.	**SI X** **NO __** **N/A __**	
12	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*, firmado por el representante legal de la entidad.	**SI X** **NO __** **N/A __**	

13	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL* firmado por el representante legal de la entidad.	**SI X** **NO __** **N/A __**	

FIRMA DEL SUPERVISOR
Capitán **CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare

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

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA DOMISALUD DEL LLANO S.A.S NIT 900778518-7 PARA PAGO CONTRATO N° 084-7-200112-24

NO. RADICACION 2777 DEL 27 DE DICIEMBRE 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 (URG/CONTRATO) CONTRATO Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO

N°	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VR. FACTURADO	CODIGO GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	OBSERVACION GLOSA
1	FE25761	27/12/2024	ALBARRIN DELGADO NASLY LORENA	1222113373	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 591.144		$ 0	$ 0	$ 591.144	SIN GLOSA	
2	FE25762	27/12/2024	AVENDAÑO PEREZ EMILY	1222142605	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 209.913		$ 0	$ 0	$ 209.913	SIN GLOSA	
3	FE25764	27/12/2024	USUGA CESPEDES ALAIA	1222143522	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	$ 38.166		$ 0	$ 0	$ 38.166	SIN GLOSA	
4	FE25765	27/12/2024	DIAZ CURCHO ERLING JERONIMO	1222136773	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 133.449		$ 0	$ 0	$ 133.449	SIN GLOSA	
5	FE25766	27/12/2024	BENAVIDES RODRIGUEZ YAN CARLOS	1143141703	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 144.400		$ 0	$ 0	$ 144.400	SIN GLOSA	
6	FE25767	27/12/2024	DIAZ VIVAS SAID SANTIAGO	1222122743	PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	$ 204.649		$ 0	$ 0	$ 204.649	SIN GLOSA	
7	FE25768	27/12/2024	FLOREZ VELAZQUEZ RAFAEL FERNANDO	1029667894	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 19.083		$ 0	$ 0	$ 19.083	SIN GLOSA	
8	FE25769	27/12/2024	GARCIA GIRALDO LUNA SOFIA	1222132783	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 190.665		$ 0	$ 0	$ 190.665	SIN GLOSA	
9	FE25770	27/12/2024	GRANADOS GONZALEZ JOAQUIN ANDRES	1222134961	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 267.162		$ 0	$ 0	$ 267.162	SIN GLOSA	
10	FE25771	27/12/2024	LEGUIZAMON MARE JOSE LUIS	1222124686	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE, NO ESPECIFICADO	$ 152.664		$ 0	$ 0	$ 152.664	SIN GLOSA	
11	FE25772	27/12/2024	LOPEZ GONZALEZ JUAN SEBASTIAN	1029968412	TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES	$ 171.450		$ 0	$ 0	$ 171.450	SIN GLOSA	
12	FE25773	27/12/2024	QUINONEZ MARTINEZ EDWIN JAVIER	1053607260	TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE (ORGANICO)	$ 19.083		$ 0	$ 0	$ 19.083	SIN GLOSA	
13	FE25774	27/12/2024	RODRIGUEZ REYES JHOAN NICOLAS	1049395221	RETRASO MENTAL LEVE C/DETERIORO SIGNIFICAT DEL COMPORTAM., QUE REQUIERE ATENC O TRATAMIENTO	$ 114.300		$ 0	$ 0	$ 114.300	SIN GLOSA	
14	FE25775	27/12/2024	VARGAS MORENO JUAN ESTEBAN	1117942741	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO	$ 76.332		$ 0	$ 0	$ 76.332	SIN GLOSA	
15	FE25776	27/12/2024	VARGAS PARRA MARTIN 0	1014898445	RETARDO DEL DESARROLLO	$ 343.164		$ 0	$ 0	$ 343.164	SIN GLOSA	

Código: 1LF-FR-0131 Fecha: 15/08/2024 Versión: 1			ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS CERTIFICACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA								POLICÍA NACIONAL	
16	FE25777	27/12/2024	AVELLA CARDENAS MARIA ESPERANZA	40385441	PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA	$ 180.500		$ 0	$ 0	$ 180.500	SIN GLOSA	
17	FE25778	27/12/2024	HERNANDEZ GUALDRON JUDITH TATIANA	1116041011	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	$ 2.227.980		$ 0	$ 0	$ 2.227.980	SIN GLOSA	
						[illegible]		[illegible]	[illegible]	$ 5.084.104		

Revisado Por:

CPS-4 Adolfo Alexander Perez Alvarado
Médico Auditor UPRES-DECAS

Elaborado Por:

CPS-5 Lisbeth Solangie Suescún Niño
Técnico Administrativo UPRES-DECAS

Recibido Por:

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos