No. GS-2024- 004684 **UPRES-GUPAS**

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 16 de diciembre 2024

Señor mayor
CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4
Cali-Valle del Cauca

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No 66-7-20205-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**22/11/2024**	**Hasta**	**30/11/2024**

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 Comunicado No 423 ARLOF-GRUCO 29 de fecha 22/11/2024, el señor Mayor CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento de Servicios en Salud No. 4, nombró como supervisor del contrato No. **66-7-20205-24** al señor Subintendente ARMANDO BENAVIDES PAZ Responsable de PYM.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0**

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20205-24**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE LA ATENCIÓN CUANDO SE REQUIERA EN ALTO COSTO, ATENCIÓN DE URGENCIAS VITALES Y URGENCIAS DE TRIAGE DE I A V. PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). EN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) DISAN – BOGOTÁ DC Y AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS POR ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Contratista	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
Representante legal	DORIS LUCIA SARASTI RODRIGUEZ
Valor inicial del contrato u orden de compra	SEISCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($650.000.000)
Valor adiciones del contrato u orden de compra	No Aplica
Valor total del contrato u orden de compra	**VIGENCIA 2024:** CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($150.000.000,00) **VIGENCIA 2025:** QUINIENTOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($500.000.000,00) APROBACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS 2025
Plazo de ejecución inicial	CUATRO (4) MESES Y ONCE (11) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	22/11/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/03/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	No Aplica
Prorrogas	N/A
Otros	No Aplica

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

1.1 Acciones adelantadas:

Al momento no se ha realizado acciones administrativas ya que el contrato se encuentra desarrollándose sin contratiempos.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) …	SI	N/A

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
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). • Orden de prestación de los servicios expedida por el Área de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de referencia y contra referencia y el sello del área de referencia y contra referencia, debidamente firmada por el usuario o acudiente, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente. • La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa SOAT según el caso.	SI	SE VERIFICAN CUENTAS CORRESPONDIENTE AL MES DE NOVIEMBRE 2024
En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada	SI	SE VERIFICA CUENTAS CORRESPONDIENTES DE NOVIEMBRE 2024
El CONTRATISTA deberá cargar las respectivas cuentas de cobro en el SECOP II	SI	SE SOLICITA VIA CELULAR A LA DRA KAREN DE LA INSTITUCION CARGAR LAS CUENTAS CORRESPONDIENTE AL CONTRATO VIGENTE

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 (9) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (122) días calendario para que finalice el plazo de ejecución, para un total de 131 días correspondientes a la totalidad del contrato

4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 4 pagará al CONTRATISTA el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO" del contrato No 66-7-20205-24, PARÁGRAFO – CUENTA PARA PAGOS: Los pagos previstos en esta cláusula se acreditaran a la cuenta que se indica en el anexo 1"DATOS DEL CONTRATO" del contrato No 66-7-20205-24 a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que se designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a los previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos a treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la firma contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
BANCO: Banco de Bogotá
TIPO DE CUENTA: Corriente
NUMERO DE CUENTA: 466-06814-5
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	$ 650.000.000,00	100,0%
Valor total de las entregas	$ 25.595.866,00	4%
Valor total facturado	$ 25.595.866,00	4%
Valor facturado pendiente de pago	$ 25.595.866,00	4%
Valor pagado	$ 0	0%
Valor pendiente de entrega	$ 624.404.134,00	96%

a. 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
1- 23618	$2.475.600	NOV/2024	$2.475.600	23618	$2.475.600	0	consultar SECOP II o Tesorería unidad
2- 23619	$10.837.866	NOV/2024	$10.837.866	23619	$10.837.866	0	consultar SECOP II o Tesorería unidad
3- 23634	$8.110.700	NOV/2024	$8.110.700	23634	$8.110.700	0	consultar SECOP II o Tesorería unidad
4- 23635	$795.700	NOV/2024	$795.700	23635	$795.700	0	consultar SECOP II o Tesorería unidad
5- 23636	$3.376.000	NOV/2024	$3.376.000	23636	$3.376.000	0	consultar SECOP II o Tesorería unidad

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

No 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, así mismo durante el desarrollo de la ejecución no se han presentado situaciones de relevancia que afecten el cumplimiento del objeto contratado. Cabe aclarar que el contratista ha sido resolutivo en los requerimientos que se han hecho frente a la prestación del servicio.

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 ___**	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_____

Subintendente **ARMANDO BENAVIDES PAZ**
Técnico Profesional de Enfermería UPRES NARIÑO
Supervisor Contrato **66-7-20205-24**
Correo electrónico armando.benavides@correo.policia.gov.co

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 12 de Diciembre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NUMERO 4
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.	**66-7-20205-24**
Constancia de recibido No.	**23635**
Contratista:	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
NIT del contratista:	891.200.240-2
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE LA ATENCIÓN CUANDO SE REQUIERA EN ALTO COSTO, ATENCIÓN DE URGENCIAS VITALES Y URGENCIAS DE TRIAGE DE I A V. PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). EN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) DISAN – BOGOTÁ DC Y AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS POR ACCIÓN 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:	**VIGENCIA 2024:** CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($150.000.000,00) **VIGENCIA 2025:** QUINIENTOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($500.000.000,00) APROBACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS 2025
Plazo de ejecución:	Del 22 de Noviembre de 2024 hasta el 31 de Marzo de 2025 o hasta agotar presupuesto.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**

Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios serán prestados en el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES en la ciudad de Pasto Nariño.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ARMANDO BENAVIDES PAZ** Responsable Promoción y Mantenimiento de la Salud
Fecha de entrega certificada:	Mes de Octubre 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido del desde el día 22/11/2024	
Acta de recepción de bienes	No aplica.

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES - 4	16	SERVICIOS DE SALUD	$795.700	$795.700	$ 0	$795.700

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA DÉBITO O CRÉDITO	VR. A PAGAR
1	2074587	27/11/2024	71.500	0	71.500
2	2074950	28/11/2024	71.500	0	71.500
3	2074992	28/11/2024	176.500	0	176.500
4	2075063	28/11/2024	71.500	0	71.500
5	2075138	28/11/2024	71.500	0	71.500
6	2075207	28/11/2024	71.500	0	71.500
7	2075561	29/11/2024	71.500	0	71.500
8	2075690	30/11/2024	71.500	0	71.500
9	2075753	30/11/2024	118.700	0	118.700
			$795.700	**0**	**$795.700**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL. Se evidenció compromiso durante el desarrollo de las funciones designadas y estas se cumplieron dentro del plazo establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

Con la presente constancia de recibo a satisfacción, certifico que el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES identificado con NIT No. 891.200.240-2, cumplió a satisfacción con las obligaciones consignadas en las cláusulas y de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato № 66-7-200015-24.

La cuenta número **23635** pertenece al compromiso Quipu número **689** y compromiso SIIF número **74424**

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Diez (10) días del mes siguiente en la Ventanilla Unica Central de Cuentas de LA REGIONAL	**SI**	CUMPLE

	DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 RASES Cali y a 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. • 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 Área de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de referencia y contra referencia y el sello del área de referencia y contra referencia, debidamente firmada por el usuario o acudiente (se exceptúa el caso de atención por Urgencias), anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente. • La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa SOAT según el caso.		
2	En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada en la reunión conciliatoria deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	**SI**	CUMPLE
3	El oferente entregara listado equivalente del SOAT Vigente y/o precios, con el cual se factura con los diferentes procedimientos y servicios contratados.	**SI**	CUMPLE

Subintendente **EDGAR ARMANDO BENAVIDES PAZ**
Supervisor de Contrato UPRES-DENAR
Correo: armando.benavides@correo.policia.gov.co
Celular: 316-8211860

	[redacted]	
	CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	

[redacted]

[redacted]

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
2074587	[redacted]				71.500		0	N.A	71.500		N.A
2074950	[redacted]				71.500		0	N.A	71.500		N.A
2074992	[redacted]				176.500		0	N.A	176.500		N.A
2075063	[redacted]				71.500		0	N.A	71.500		N.A
2075138	[redacted]				71.500		0	N.A	71.500		N.A
2075207	[redacted]				71.500		0	N.A	71.500		N.A
2075581	[redacted]				71.500		0	N.A	71.500		N.A
2075690	[redacted]				71.500		0	N.A	71.500		N.A
2075753	[redacted]				118.700		0	N.A	118.700		N.A
					795.700		**0**		**795.700**		

[redacted]

[redacted]

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES

891200240

CONSOLIDADO DE FACTURAS POR EMPRESA

EMPRESA ADMINISTRADORA

805022186-6

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 4 (POLICIA)

Remisión Nro. 23635 Desde: 01/11/2024 Hasta: 30/11/2024

CONTRATO : res001 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 4

No. FACTURA	SEDE	DOC	ID	NOMBRE USUARIO	TOTAL FACTURA	VALOR SUBSIDIADO	VALOR A PAGAR	NOTA NRO.	VR_NOTA CREDITO	VR_NOTA DEBITO
2074587	001	RC	1030024660	ADHARA ISABELLA TARAZONA RAMOS	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2074960	001	RC	1030023772	MARIA JOSE LOPEZ CERON	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2074992	001	TI	1086135938	JULIAN CAMILO MORA PORTILLA	176.500,00	176.500,00	0,00		0,00	0,00
2075063	001	TI	1089481282	YESICA CAROLINA MELO URBANO	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075138	001	RC	1081288159	RICHARD EMMANUEL CALDERON VASQ	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075207	001	RC	1089072953	THIAGO ALEXANDER ARTEAGA SAAVED	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075561	001	TI	1030023893	DULCE MARIA TUTISTAR VARGAS	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075600	001	TI	1081279716	JHOSEP SANTIAGO RANGEL JIMENEZ	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075753	001	RC	1080706672	JUAN FELIPE YELA NARVAEZ	118.700,00	118.700,00	0,00		0,00	0,00
				**TOTALES CONTRATO ==========> **	**795.700,00**	**795.700,00**	**0,00**		**0,00**	**0,00**
				TOTAL FACTURAS REMITIDAS 9	**795.700,00**	**795.700,00**	**0,00**		**0,00**	**0,00**

VALOR SUBSIDIADO :

SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

VALOR NOTAS CREDITO :

CERO PESOS CON CERO CENTAVOS

VALOR NOTAS DEBITO :

CERO PESOS CON CERO CENTAVOS

VALOR NETO REMITIDO (VALOR SUBSIDIADO - VALOR NOTAS CREDITO + VALOR NOTAS DEBITO) : 795.700,00

SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

USUARIO QUE REALIZO LA REMISION :1093738616

FIRMA: Paula Arcila Reyes FIRMA: _____

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES

891200240

CONSOLIDADO DE FACTURAS POR EMPRESA

EMPRESA ADMINISTRADORA

805022186-6

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 4 (POLICIA)

RContCons
Fecha: 04/12/2024
Hora: 07:08:59
Página: 1

Remisión Nro. 23635 Desde: 01/11/2024 Hasta: 30/11/2024

CONTRATO : 109001 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 4

No. FACTURA	SEDE	DOC	ID	NOMBRE USUARIO	TOTAL FACTURA	VALOR SUBSIDIADO	VALOR A PAGAR	NOTA NRO.	VR NOTA CREDITO	VR NOTA DEBITO
2074947	001	RC	1030074990	ADHARA ISABELLA TARAZONA RAMOS	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2074950	001	RC	1030023772	MARIA JOSE LOPEZ CERON	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2074999	001	TI	1098132038	JULIAN CAMILO MORA PORTILLA	176.500,00	176.500,00	0,00		0,00	0,00
2075083	001	TI	1089481287	YESICA CAROLINA MELO URBANO	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075138	001	RC	1081788158	RICHARD EMMANUEL CALDERON VASQ	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075207	001	RC	1080072953	THIAGO ALEXANDER ARTEAGA SAAVED	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075561	001	TI	1030023893	DULCE MARIA TUTISTAH VARGAS	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075690	001	TI	1081779716	JHOSEP SANTIAGO RANGEL JIMENEZ	71.500,00	71.500,00	0,00		0,00	0,00
2075753	001	RC	1080706627	JUAN FELIPE YELA NARVAEZ	118.700,00	118.700,00	0,00		0,00	0,00
				TOTALES CONTRATO ==========>	795.700,00	795.700,00	0,00		0,00	0,00
				TOTAL FACTURAS REMITIDAS 9	795.700,00	795.700,00	0,00		0,00	0,00

VALOR SUBSIDIADO :

SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

VALOR NOTAS CREDITO :

CERO PESOS CON CERO CENTAVOS

VALOR NOTAS DEBITO :

CERO PESOS CON CERO CENTAVOS

VALOR NETO REMITIDO (VALOR SUBSIDIADO - VALOR NOTAS CREDITO + VALOR NOTAS DEBITO) : 795.700,00

SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

USUARIO QUE REALIZO LA REMISION :1093738616

FIRMA: _____ FIRMA: _____

7J.0 'HOSVITAL' *** FIN DEL REPORTE ***

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 14 de Diciembre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NUMERO 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.	**66-7-20205-24**
Constancia de recibido No.	**23618**
Contratista:	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
NIT del contratista:	891.200.240-2
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE LA ATENCIÓN CUANDO SE REQUIERA EN ALTO COSTO, ATENCIÓN DE URGENCIAS VITALES Y URGENCIAS DE TRIAGE DE I A V. PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). EN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) DISAN – BOGOTÁ DC Y AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS POR ACCIÓN 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:	**VIGENCIA 2024:** CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($150.000.000,00) **VIGENCIA 2025:** QUINIENTOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($500.000.000,00) APROBACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS 2025
Plazo de ejecución:	Del 22 de Noviembre de 2024 hasta el 31 de Marzo de 2025 o hasta agotar presupuesto.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**

Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios serán prestados en el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES en la ciudad de Pasto Nariño.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ARMANDO BENAVIDES PAZ** Responsable Promoción y Mantenimiento de la Salud
Fecha de entrega certificada:	Mes de Noviembre 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido del mes de noviembre.	
Acta de recepción de bienes	No aplica.

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
BASE 1	80	SERVICIOS DE SALUD	$2.475.600	$2.475.600	$ 0	$2.475.600

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA DÉBITO O CRÉDITO	VR. A PAGAR
1	2073703	25/11/2024	71.500	0	71.500
2	2073937	26/11/2024	71.500	0	71.500
3	2073951	26/11/2024	71.500	0	71.500
4	2073974	26/11/2024	71.500	0	71.500
5	2074024	26/11/2024	71.500	0	71.500
6	2074044	26/11/2024	117.600	0	117.600
7	2074047	26/11/2024	71.500	0	71.500
8	2074055	26/11/2024	71.500	0	71.500
9	2074058	26/11/2024	71.500	0	71.500
10	2074074	26/11/2024	71.500	0	71.500
11	2074092	26/11/2024	71.500	0	71.500
12	2074593	27/11/2024	99.300	0	99.300
13	2074852	27/11/2024	99.300	0	99.300
14	2074853	27/11/2024	104.500	0	104.500
15	2074737	27/11/2024	758.200	0	758.200
16	2074770	27/11/2024	67.800	0	67.800
17	2074778	27/11/2024	176.500	0	176.500
18	2074789	27/11/2024	194.400	0	194.400
19	2074916	28/11/2024	71.500	0	71.500
20	2075031	28/11/2024	71.500	0	71.500
			$2.475.600	**0**	**$2.475.600**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL. Se evidenció compromiso durante el desarrollo de las funciones designadas y estas se cumplieron dentro del plazo establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 14 de Diciembre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NUMERO 4
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.	**66-7-20205-24**
Constancia de recibido No.	**23619**
Contratista:	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
NIT del contratista:	891.200.240-2
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE LA ATENCION CUANDO SE REQUIERA EN ALTO COSTO, ATENCION DE URGENCIAS VITALES Y URGENCIAS DE TRIAGE DE I A V. PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGUN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). EN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) DISAN – BOGOTA DC Y AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS POR 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:	**VIGENCIA 2024**: CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($150.000.000,00) **VIGENCIA 2025**: QUINIENTOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($500.000.000,00) APROBACION DE VIGENCIAS FUTURAS 2025
Plazo de ejecución:	Del 22 de Noviembre de 2024 hasta el 31 de Marzo de 2025 o hasta agotar presupuesto.

Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**
Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios serán prestados en el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES en la ciudad de Pasto Nariño.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ARMANDO BENAVIDES PAZ** Responsable Promoción y Mantenimiento de la Salud
Fecha de entrega certificada:	Mes de Noviembre 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido del mes de noviembre.	
Acta de recepción de bienes	No aplica.

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RSS1 - 4 sn	ip	SERVICIOS DE SALUD	$10.837.866	$10.837.866	$ 0	$10.837.866

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA DÉBITO O CRÉDITO	VR. A PAGAR
1	2074683	27/11/2024	114.400	0	114.400
2	2074684	27/11/2024	224.400	0	224.400
3	2074685	27/11/2024	81.400	0	81.400
4	2074687	27/11/2024	289.400	0	289.400
5	2074906	28/11/2024	237.900	0	237.900
6	2074912	28/11/2024	772.300	0	772.300
7	2075051	28/11/2024	4.144.030	0	4.144.030
8	2075282	28/11/2024	227.900	0	227.900
9	2075283	28/11/2024	485.100	0	485.100
10	2075376	29/11/2024	115.800	0	115.800
11	2075476	29/11/2024	333.300	0	333.300
12	2075640	29/11/2024	514.800	0	514.800
13	2075641	29/11/2024	93.500	0	93.500
14	2075817	30/11/2024	211.800	0	211.800
15	2075818	30/11/2024	81.400	0	81.400
16	2075896	30/11/2024	81.400	0	81.400
17	2075899	30/11/2024	85.000	0	85.000
18	2075910	30/11/2024	1.254.436	0	1.254.436
19	2076145	2/12/2024	225.500	0	225.500
20	2076220	2/12/2024	1.264.100	0	1.264.100
			$10.837.866	**0**	**$10.837.866**

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 14 de Diciembre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NUMERO 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.	**66-7-20205-24**
Constancia de recibido No.	**23634**
Contratista:	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
NIT del contratista:	891.200.240-2
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE LA ATENCIÓN CUANDO SE REQUIERA EN ALTO COSTO, ATENCIÓN DE URGENCIAS VITALES Y URGENCIAS DE TRIAGE DE I A V. PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). EN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) DISAN – BOGOTÀ DC Y AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS POR ACCIÓN 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:	**VIGENCIA 2024:** CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($150.000.000,00) **VIGENCIA 2025:** QUINIENTOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($500.000.000,00) APROBACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS 2025
Plazo de ejecución:	Del 22 de Noviembre de 2024 hasta el 31 de Marzo de 2025 o hasta agotar presupuesto.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**

Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios serán prestados en el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES en la ciudad de Pasto Nariño.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO_X__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ARMANDO BENAVIDES PAZ** Responsable Promoción y Mantenimiento de la Salud
Fecha de entrega certificada:	Mes de Noviembre 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido del mes de noviembre.	
Acta de recepción de bienes	No aplica.

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASE 4	1e	SERVICIOS DE SALUD	$8.110.700	$8.110.700	$ 0	$8.110.700

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA DÉBITO O CRÉDITO	VR. A PAGAR
1	2075270	28/11/2024	8.110.700	0	8.110.700
			$8.110.700	**0**	**$8.110.700**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL. Se evidenció compromiso durante el desarrollo de las funciones designadas y estas se cumplieron dentro del plazo establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

Con la presente constancia de recibo a satisfacción, certifico que el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES identificado con NIT No. 891.200.240-2, cumplió a satisfacción con las obligaciones consignadas en las cláusulas y de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato Nº 66-7-200015-24.

La cuenta número **23634** pertenece al compromiso Quipu número **689** y compromiso SIIF número **74424**

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Diez (10) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 RASES Cali y a 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 DEMAS 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	SI	CUMPLE

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 12 de Diciembre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NUMERO 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.	**66-7-20205-24**
Constancia de recibido No.	**23635**
Contratista:	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
NIT del contratista:	891.200.240-2
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE LA ATENCIÓN CUANDO SE REQUIERA EN ALTO COSTO, ATENCIÓN DE URGENCIAS VITALES Y URGENCIAS DE TRIAGE DE I A V. PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). EN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) DISAN – BOGOTÁ DC Y AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS POR ACCIÓN 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:	**VIGENCIA 2024**: CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($150.000.000,00) **VIGENCIA 2025**: QUINIENTOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($500.000.000,00) APROBACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS 2025
Plazo de ejecución:	Del 22 de Noviembre de 2024 hasta el 31 de Marzo de 2025 o hasta agotar presupuesto.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**

Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios serán prestados en el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES en la ciudad de Pasto Nariño.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ARMANDO BENAVIDES PAZ** Responsable Promoción y Mantenimiento de la Salud
Fecha de entrega certificada:	Mes de Noviembre 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido del mes de noviembre.	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASE 1-4	1p	SERVICIOS DE SALUD	$795.700	$795.700	$ 0	$795.700

Acta de recepción de bienes	No aplica.

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA DÉBITO O CRÉDITO	VR. A PAGAR
1	2074587	27/11/2024	71.500	0	71.500
2	2074950	28/11/2024	71.500	0	71.500
3	2074992	28/11/2024	176.500	0	176.500
4	2075083	28/11/2024	71.500	0	71.500
5	2075138	28/11/2024	71.500	0	71.500
6	2075207	28/11/2024	71.500	0	71.500
7	2075561	29/11/2024	71.500	0	71.500
8	2075690	30/11/2024	71.500	0	71.500
9	2075753	30/11/2024	118.700	0	118.700
			$795.700	**0**	**$795.700**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL. Se evidenció compromiso durante el desarrollo de las funciones designadas y estas se cumplieron dentro del plazo establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

Con la presente constancia de recibo a satisfacción, certifico que el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES identificado con NIT No. 891.200.240-2, cumplió a satisfacción con las obligaciones consignadas en las cláusulas y de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato Nº 68-7-200015-24.

La cuenta número **23635** pertenece al compromiso Quipu número **689** y compromiso SIIF número **74424**

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si___ No___	Observaciones y Evidencias
1	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Diez (10) días del mes siguiente en la Ventanilla Unica Central de Cuentas de LA REGIONAL	SI	CUMPLE

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 14 de Diciembre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NUMERO 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.	**66-7-20205-24**
Constancia de recibido No.	**23636**
Contratista:	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
NIT del contratista:	891.200.240-2
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE LA ATENCIÓN CUANDO SE REQUIERA EN ALTO COSTO, ATENCIÓN DE URGENCIAS VITALES Y URGENCIAS DE TRIAGE DE I A V. PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS). EN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) DISAN – BOGOTÁ DC Y AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS POR ACCIÓN 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:	**VIGENCIA 2024:** CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($150.000.000,00) **VIGENCIA 2025:** QUINIENTOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($500.000.000,00) APROBACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS 2025
Plazo de ejecución:	Del 22 de Noviembre de 2024 hasta el 31 de Marzo de 2025 o hasta agotar presupuesto.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	**NO APLICA**

Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios serán prestados en el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES en la ciudad de Pasto Nariño.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_**X**__	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **ARMANDO BENAVIDES PAZ** Responsable Promoción y Mantenimiento de la Salud
Fecha de entrega certificada:	Mes de Diciembre 2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido del mes de Diciembre.	
Acta de recepción de bienes	No aplica.

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASE S.A.S	1e	SERVICIOS DE SALUD	$3.376.000	$3.376.000	$ 0	$3.376.000

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA DÉBITO O CRÉDITO	VR. A PAGAR
1	2075820	30/11/2024	716.400	0	716.400
2	2075821	30/11/2024	983.800	0	983.800
3	2075822	30/11/2024	81.400	0	81.400
4	2075985	1/12/2024	215.800	0	215.800
5	2076080	1/12/2024	865.000	0	865.000
6	2076446	2/12/2024	89.300	0	89.300
7	2076449	2/12/2024	81.400	0	81.400
8	2076450	2/12/2024	81.400	0	81.400
9	2076451	2/12/2024	98.700	0	98.700
10	2076453	2/12/2024	81.400	0	81.400
11	2076454	2/12/2024	81.400	0	81.400
			$3.376.000	**0**	**$3.376.000**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL. Se evidenció compromiso durante el desarrollo de las funciones designadas y estas se cumplieron dentro del plazo establecido, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato.

Con la presente constancia de recibo a satisfacción, certifico que el HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES identificado con NIT No. 891.200.240-2, cumplió a satisfacción con las obligaciones consignadas en las cláusulas y de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato Nº 66-7-200015-24.

La cuenta número **23635** pertenece al compromiso Quipu número **689** y compromiso SIIF número **74424**

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Diez (10) días del mes siguiente en	SI	CUMPLE