Pasto, 2 de Abril de 2020.

OSCAR FERNANDO SALAZAR ALEGRIA - CITOPAT
MEDICO PATOLOGO
NIT: 76316159-6

CUENTA DE COBRO No 79

LA POLICIA NACIONAL AREA DE SANIDAD DEBE A OSCAR FERNANDO SALAZAR ALEGRIA LA SUMA DE $ 1.400.700 POR CONCEPTO DE ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS REALIZADOS DURANTE EL MES DE MARZO DE ACUERDO CON RELACION ANEXA.

DC

R 914
Comp 6120

Atentamente,

DR. OSCAR F. SALAZAR A
MEDICO PATOLOGO
U. JAVERIANA-I.N. CANCEROLOGIA

DR. OSCAR FERNANDO SALAZAR A.
MEDICO PATOLOGO

Rdo 01-04-20 Alexandra B.

DR. OSCAR F. SALAZAR A MEDICO PATOLOGO RELACION DE PACIENTE ATENDIDOS A LA POLICIA NACIONAL EN EL MES DE MARZO DE 2020

No	FRA	NOMBRE	APELLIDO	IDENTIFICACION	CODIGO	VALOR
1	12856	EDWIN	MONTOYA	75100295	898101	49000
2	12857	ALDAIR	ACOSTA	1116268620	898201+898202X3	281300
3	12858	RICARDO	PIZANO	12987867	898201+898202X3	281300
4	12859	DEICY	BASANTE	1085252113	898101X2	98000
5	12860	ALBA	ROSERO	30721258	898101	49000
6	12861	ARTURO	SANCHEZ	1000688195	898201	56450
7	12863	IVAN	MUÑOZ	12984585	898101	49000
8	12862	ORLANDO	SALAS	5371755	898201+898202X5	431200
9	12869	OSNAIDER	MARTINEZ	1122410544	898201	56450
10	12874	LUZ	ARAUJO	36991407	898101	49000
					TOTAL	**1400700**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	78319159-	OSCAR FERNANDO SALAZAR ALEGRIA	U ☑ C ☐ S ☐ O ☐		

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
2020	1	2020	4140074		PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	53

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CARRERA 39A # 16B - 01	PASTO	52001	NARIÑO	52	7231142		oscarfer72@yahoo.com	4799	0	1	2020/03/24	543722661

APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

COD ENT	ENTIDAD	VALOR NOMINA	No. DIAS COTIZADOS	No. HORAS COTIZADAS	VALOR COTIZACION	VALOR UPC ADICIONAL	No. DIAS INCAPACIDAD	No. DIAS LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD	VALOR INCAPACIDAD	VALOR LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD	VALOR AUSENTISMO	VALOR A PAGAR	APORTE OBLIGATORIO
EPSS05	800251440-6	300,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	300,000	1

APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COD ADM	ADMINISTRADORA	VALOR NOMINA	No. DIAS COTIZADOS	No. HORAS COTIZADAS	VALOR COTIZACION	VALOR BONOS PENSIONALES	No. DIAS INCAPACIDAD	No. DIAS LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD	VALOR INCAPACIDAD	VALOR LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD	VALOR AUSENTISMO	VALOR A PAGAR	APORTE OBLIGATORIO
25-14	900336004-7	384,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	384,000	1

APORTES AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES

COD ADM	ADMINISTRADORA	VALOR NOMINA	No. DIAS COTIZADOS	No. HORAS COTIZADAS	COTIZACION A PAGAR	APORTE OBLIGATORIO

APORTES AL SENA, ICBF Y CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR

SENA	VALOR	ICBF	VALOR	CAJA	VALOR A PAGAR	APO
1	0	0	0	0	0	

SENA	VALOR	ICBF	VALOR	CAJA	VALOR A PAGAR	APO
1	0	0	0	0	0	

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

APORTES AL FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL

COD ENT	ENTIDAD	VALOR NOMINA	No. DIAS COTIZADOS	No. HORAS COTIZADAS	VALOR COTIZACION	VALOR A PAGAR	APORTE OBLIGATORIO
14-23	860011153-6	12,500		0	0	12,600	

No. DIAS INCAPACIDAD	No. DIAS LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD	VALOR INCAPACIDAD	VALOR LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD	VALOR AUSENTISMO	VALOR A PAGAR
0	0	12,600	0	126	12,600

APORTES AL FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL DE SUBSISTENCIA

COD ENT	ENTIDAD	VALOR NOMINA	No. DIAS COTIZADOS	No. HORAS COTIZADAS	VALOR COTIZACION	VALOR A PAGAR	APORTE OBLIGATORIO

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	No. DE VALIDACION	VALOR TOTAL
PENSIONES	384,000	384,000
SALUD	300,000	300,000
RIESGOS LABORALES	12,600	12,600
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
TOTALES	696,600	696,600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Página 1 de 2 Código: 2BS-FR-0045	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	
Fecha: 22-05-2015 Versión: 2	CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN	POLICIA NACIONAL

CIUDAD Y FECHA:	SAN JUAN DE PASTO 02/05/20
CONTRATO N°:	94-7-20124-19
CONTRATISTA:	OSCAR FERNANDO SALAZAR ALEGRIA
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL AREA DE SANIDAD DENAR
VALOR DEL CONTRATO: $	$ 10.000.000 – 15.900 REDUCCION 15.9000 = 9.984.100 vigencia actual +5.000.000 vigencia futura =14.984.100
PLAZO DE EJECUCIÓN:	30/06/20
FECHA DE ENTREGA:	02/05/20
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	N/A
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	TS-27 ALEJANDRA ANDREA BENAVIDES CASTILLO AUXILIAR DE ENFERMERIA
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	$ 0
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes #_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA
(Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ÍTEMS NO PREVISTOS:	NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°._____ de fecha:_____

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO SE CANCELARA LA CUENTA DE COBRO No.___ CORRESPONDIENTES A SERVICIOS PRESTADOS EN EL MES DE Abril 2020, no presenta facturación ya que el contrato llego a un 99% y no hay ningún procedimiento para cubrirlo

No. de la cuenta y/o factura	Fecha de la cuenta y/o factura	Valor de la cuenta y/o factura	Nota crédito o débito	Valor neto
0	02/05/2020	$ 0	0	$ 0
Valor total bienes y/o servicios recibidos				

FIRMA DEL SUPERVISOR
TS-27 ALEJANDRA ANDREA BENAVIDES CASTILLO

CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

(APLICA PARA CONTRATOS DE COMPRAVENTA, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTRO E INTERADMINISTRATIVOS)

San Juan de Pasto,02 de mayo 2020

No. 8 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO

Señor Coronel
HERBERT LUGUIY BENAVIDEZ VALDERRAMA
Comandante Policía Metropolitana de Pasto
Pasto, Nariño

Asunto: Informe de supervision contrato No 94-7-201-24-19 reporte mes de abril 2020

1. PRORROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No. 061	4. OTROS
INICIO: TERMINO:	FECHA:	FECHA:15/04/20	FECHA:
		REDUCCION	

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS			RECIBIDO		PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
			8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA, SERVICIO AMBULATORIO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE 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 DE ABRIL 27 DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN –BOGOTA D C Y AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA	OSCAR FERNANDO SALAZR ALEGRIA	Vigencia 2019 $10.000.000 Inicio 10 de julio 2019 termino 31/12/2019 VIGENCIA FUTURA 2020 $ 5.000.000 Inicio 01/01/2019 termina vigencia futura 30/06/2020	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA, SERVICIO AMBULATORIO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO 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 DE ABRIL 27 DE 2001 QUE SEAN APROBADOS POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN –BOGOTA D.C Y AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.	SERVICIOS	14.994.100	0 CUENTA DE COBRO N° 74 CUENTA DE COBRO N° 75 CUENTA DE COBRO N° 76 CUENTA DE COBRO N° 77 DICIEMBRE ENERO CUENTA DE COBRO N° 78 CUENTA DE COBRO N° 79 ABRIL	0 1.722.450 3.990.350 1.910.050 2.361.350 0 0 3.533.100 1.400.700 0	SERVICIOS	VALOR ANTERIOR 99.200	se termina contrato quedandno un saldo de 99.200 para liquidar en el acta bilateral ya que no hay ningun procedimiento por realizar COVID-19
		VALOR TOTAL		$ 15.000.000,00		$14.917.999,00		$ 99.200,00		

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?

SI X

NO: ____

18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No.____ del ____ mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS		
20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.		
24. ÍTEM Y/O NUMERAL	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.
1	Contar con constancia de inscripción en el registro especial nacional del Ministerio de Protección Social, de conformidad con el Artículo 11 del decreto 855 de 1994 o aquellas normas que lo deroguen o sustituyan.	
2	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 3003 del 2014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores del Área de Sanidad Nariño 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	
3	El talento humano científico técnico del oferente deberá reunir los requisitos definidos por el Decreto 1335 / 90 del Ministerio de Salud o aquellas normas que lo deroguen o sustituyan en cuanto a su idoneidad. BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE PERMITIRÁ la participación en la atención en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de ESTUDIANTES EN FORMACIÓN.	
4	Deberá contar con personal idóneo responsable del proceso de referencia y Contra referencia y atención al usuario, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y ágil con el Área de Sanidad Nariño para el manejo de la prestación del servicio.	
5	El oferente deberá disponer de los especialistas en cada área, personal profesional de salud con experiencia, personal de apoyo técnico asistencial y administrativo que le permitirá dar cumplimiento al objeto del presente contrato.	
6	Presentar la facturación correspondiente al mes vencido dentro de los primeros CINCO (05) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas del Área de Sanidad, 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 facturas 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 del Área de Sanidad 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.	
7	Enviá a la Jefatura del Área Sanidad Nariño (Carrera 35 No. 19 – 119) durante los cinco (5) primeros días del mes los siguientes indicadores de Gestión • Porcentaje de Contra referencia • Oportunidad de citas de medicina especializada igualmente se debe incluir los indicadores estipulados en la circular 030 de la Supersalud de 19 de mayo de 2006,en formato Excel dentro de los 5 primeros días de cada mes a los siguientes correos sanidadpasto@hotmail.com	
8	El contratista permitirá al equipo auditor del Área de Sanidad Nariño , el acceso en tiempo real y oportuno a todos los registros asistenciales diligenciados dentro de la atención de los usuarios de la Policía Nacional , adicionalmente permitirá también, el acceso a las unidades de análisis que contengan el resultado de los casos de importancia en salud pública y de los incidentes y eventos adversos, así como permitir que el equipo auditor efectúe la revisión de la facturación in situ de los servicios prestados a nuestros usuarios.	
9	El contratista se obliga a REMITIR todos los RIPS de las atenciones a los usuarios del Área de Sanidad Nariño , anexos a las cuentas de cobro y junto con los indicadores solicitados por el Área de Sanidad Nariño durante los cinco primeros días hábiles del mes y paralelamente a los correos electrónicos yulian.guerrero1020@correo.policia.gov.co. Además se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro	
10	Crear un espacio adecuado para garantizar la atención y el acceso de los Pacientes discapacitados, que nos permita brindar un manejo adecuado, acogiéndose a las nuevos estatutos de protección para este tipo de población. (Rampla, ascensor o Habilitación de consultorios en el primer piso).	
11	El contratista deberá presentar la cuenta de cobro junto con la relación con el formato que maneja auditoria médica Sanidad Policía Nariño mensualmente con los siguientes datos por cada cuenta radicada en formato Excel en media magnética que consta de las siguientes variables: fecha de la atención de la factura, nombre e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 10, Diagnóstico, edad, valor de la factura el cual será enviado al correo. alejandra.benavides@correo.policia.gov.co Este formato se entregará al supervisor para que lo haga llegar al contratista.	
12	El oferente se compromete a cumplir con el decreto 351 del 19-02-2014 el reglamenta la gestión integral de residuos generado en la atención de salud y otras actividades.	
13	El oferente debe CERTIFICAR el Inicio y la implementación del Sistema De Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el manual del SGSST del lugar donde se prestara el servicio, para así dar cumplimiento del decreto 1072 de 2015 y sus complementarios.	
14	El oferente deberá presentar certificado de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se reporte que cuentan con SIISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312 del 13 de Febrero de 2019	
15	El oferente deberá presentar certificado de accidentalidad de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación.	
16	El oferente deberá presentar certificado de la ARL o SENA, de un funcionario que aprobó el curso de 50 horas del SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312 del 13 de Febrero de 2019.	
17	El oferente deberá presentar la matriz de peligros y riesgos de su empresa.	
18	El oferente deberá presentar el plan de emergencia actualizado de su empresa.	

1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO:

MES	ejecucion programada vigencia 2019 $10.000.000	ejecucion real	porcentaje de ejecucion
agosto	$ 2.000.000,00	$ -	0,00%
septiembre	$ 2.000.000,00	$ 1.722.450,00	11,48%
octubre	$ 2.000.000,00	$ 3.990.350,00	39,00%
noviembre	$ 2.000.000,00	$ 1.910.050,00	50,8%
diciembre	$ 2.000.000,00	$ 2.361.250,00	66,5%
enero 2020	$ 830.000,00	$ -	66,5%
febrero 2020	$ 850.000,00	$ -	66,5%
marzo 2020	$ 830.000,00	$ 3.533.100,00	87,00%
abril 2020	$ 830.000,00	$ 1.400.700,00	99,00%
mayo	$ -	$ -	99,00%
TOTAL	$ 13.340.000,00	$ 14.917.900,00	99,00%

Item	efecucion real	porcentaje pendiente por ejecutar
inicial	$ 15.000.000,00	100,00%
julio	0	100,00%
agosto	$ 1.722.450,00	88,52%
septiembre	$ 3.990.350,00	61,00%
octubre	$ 1.910.050,00	49,2%
noviembre	$ 2.361.250,00	33,5%
diciembre	$ -	33,5%
enero	$ -	33,5%
febrero	$ -	33,5%
marzo	$ 3.533.100,00	13,00%
abril	$ 1.400.700,00	1,00%
mayo	0	1,00%
PENDIENTE POR EJECUTAR	82.100	99,00%

1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:

1.3 LA PRESENTE SUPERVISION SE REALIZA LA CUENTA N° 79 FUE SUJETA A AUDITORIA MEDICA, DEL CUAL NO TUVO GLOSA, SE RECIBE A SATISFACCION EL VALOR DE $ 1.400.700

Alexandra Benavides

Grado / Nombre del Supervisor TS-27 ALEJANDRA BENAVIDES

Cargo: Auxiliar de enfermeria

Teléfono:323-207-03-77

Anexos (NO)

Firma



Usuario Nombre de Pagos

Usuario Solicitante: Verificador: LEIDY JULIANA MARTINEZ MARTINEZ

Unidad o Sub Unidad Solicitante: 19-01-02-016 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO

Fecha y Hora Solicitud: 2020-05-12 11:42 a. m.

RELACION DE PAGOS							
Unidad / Sub Unidad:	19-01-02-016 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO	Número de Compromiso:	8126	Valor Total:	$ 500.000,00	Saldo por pagar:	$0.00
Tipo Doc. Identidad:	CEDULA DE CIUDADANIA	Número Doc. Identidad:	76310459	Tercero:		OSCAR FERNANDO SALAZAR ALZORA	
DOCUMENTO SOPORTE							
Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Número:	91-7-2019-19	Fecha:		5/01/2020 12:00:00	
OBJETO							
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PATOLOGIA PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS SANIDAD NARIÑO						

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL AREA DE TESORERIA CERTIFICA QUE AL CONTRATISTA ANTERIORMENTE MENCIONADO SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES PAGOS

CUENTA POR PAGAR				NUM OBLIGACION	ANTICIPOS	ORDEN DE PAGO				MEDIO DE PAGO		REINTEGRO		DOCUMENTO SOPORTE		ENTIDAD PAGADORA	CONCEPTO DE PAGO
FECHA	NUMERO	VALOR	IVA		CONCEPTO ANTICIPO	NUMERO	FECHA DE PAGO	VALOR BRUTO	VALOR DEDUCCIONES	VALOR NETO	CUENTA BCO	BANCO	NUMERO	VALOR	TIPO	NUMERO	CODIGO	
2020-04-20	40990	$ 533.109,00	0.00	44209		3637459	2020-04-11	$ 533.109,00	$ 37.309,00	$ 495.800,00	63041135647	BANCOLOMBIA S.A.			CUENTA DE COBRO	76	19-01-01-01	CONTRATO 91-7-2019-19
2020-04-21	41035	$ 466.891,00	0.00	45070		3639452	2020-04-28	$ 466.891,00	$ 32.683,00	$ 434.208,00	63041135647	BANCOLOMBIA S.A.			CUENTA DE COBRO	79	19-01-01-01	CONTRATO 91-7-2019-19

CONCILIADO: Ordenes de pago en estado Pagadas, con detalles fecha de pago, y detalle contable diferente a NINGUNO

AMORTIZADO: Con valor negativo, los valores de descripciones con cargo a la ODP pagadas con los dicotes anteriormente mencionados