No. GS-2025 **UPRES-JEFAT-29.25** GS-2025-177177-DENAR

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 04 de octubre del 2025

Teniente Coronel
IVAN DARIO RUIZ VELASCO
Jefe Regional de Aseguramiento de Servicios en Salud No. 4
Cali (Valle)

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **66-7-20212-24**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	01/09/25	**Hasta**	30/09/2025

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 oficial 434 ARLOF-GRUCO de fecha 26 de noviembre del 2024, designado por el señor Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4, nombró como supervisor del contrato No **66-7-20212-24 ROLANDO ARBEY CHAMPUTIS**.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: ___10__**

No.	RADICADO GECOP	FECHA DE PRESENTACIÓN	PERÍODO REPORTADO
1	GS-2025-013202-2025	01-12-2024	26-11-2024 - 30-11-2024
2	GS-2025-013345-2025	01-01-2025	01-12-2024 - 31-12-2024
3	GS-2025-029700-DENAR	18-02-2025	01-01-2025 -31-01-2025
4	GS-2025-038509-DENAR	01-03-2025	01/02/2025 AL 31-03-2025
5	GS-2025-056675-DENAR	01-04-2025	01-03-2025 AL 31-03-2025

6	GS-2025-033202-DENAR	01-05-2025	01-04-2025 al 30-04-2025
7	GS-2025-099663-DENAR	09-06-2025	01-05-2025 al 31-05-2025
8	GS-2025-118197-DENAR	07/07/2025	01-06-2025 al 31-06-2025
9	GS-2025-135777-DENAR	04/09/2025	01-07-2025 al 31-07-205
10	GS-2025-177171-DENAR	05/10/2025	01-08-2025 al 31/08/2025

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**66-7-20212-24**
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA, CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD, PARA LAS USUARIAS Y BENEFICIARIAS GESTANTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN LA CIUDAD DE PASTO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS POR ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA
Contratista	**CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL S.A.S**
Representante legal	**ANDREA JIMENA TOBAR**
Valor inicial del contrato u orden de compra	VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($25.000.000,00) Incluido IVA, distribuidos de la siguiente manera: **VIGENCIA 2024:** UN MILLONE QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000.00) incluido IVA. **VIGENCIA 2025:** VEINTITRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($23.500.0000) incluido IVA
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**DOCE MILLONES DE PESOS ($12.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,**
Valor total del contrato u orden de compra	**TREINTA Y SIETE MILLONES DE PESOS ($37.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,**
Plazo de ejecución inicial	**7 MESES Y 4 DIAS**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**26/11/2024**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**30//2025**
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**30/11/2025.**
Adiciones	**No aplica**
Modificatorios	MODIFICACION 001 SUSTITUCION DE VIGENCIA Y PRORROGA DEL CTO 66-7-20212-24 CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS.pdf MODIFICACIÓN 002 QUE TRATA DE LA ADICIÓN AL VALOR Y PRÓRROGA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro. 66-7-20212-24, CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 4, Y LA ENTIDAD CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL FETAL SAS.

Prorrogas	MODIFICACION 001 SUSTITUCION DE VIGENCIA Y PRORROGA DEL CTO 66-7-20212-24 CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS.pdf MODIFICACIÓN 002 QUE TRATA DE LA ADICIÓN AL VALOR Y PRÓRROGA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro. 66-7-20212-24, CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 4, Y LA ENTIDAD CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL FETAL SAS.
Otros	**No aplica**

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

1.1 Acciones adelantadas:

- No se adelanta ninguna acción de tipo administrativo.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con las obligaciones, frente al sistema de seguridad social, para fiscales (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF)...	SI	Planilla N° 89423766

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud, Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Nariño	SI	No aplica
El contratista no podrá continuar prestando los servicios objeto del presente contrato, una vez se haya agotado el presupuesto asignado al mismo.	SI	No aplica
EL OFERENTE DEBERA INFORMAR AL JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO y supervisor de CONTRATO, MENSUALMENTE SOBRE LA EJECUCION DEL CONTRATO Y CUANDO EL MISMO SE ENCUENTRE EN UN CINCUENTA 50%, UN SETENTA (70%), UN NOVENTA (90%) Y UN CIEN (100%) POR CIENTO. Una vez recibida la información la oficina de Contratos comunicarán al Jefe de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO	si	No aplica
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	SI	No aplica

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 • RIPS cargados en el en el link: *https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frCargarRips.aspx* • Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas). • Orden de prestación de los servicios expedida por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico del Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud y el sello del Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud, debidamente firmada por el usuario o acudiente, fotocopia del documento de identificación del paciente. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa pactada		
El contratista se obliga a **REMITIR todos los RIPS** de las atenciones a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, anexos a las cuentas de cobro y junto con los indicadores solicitados por la Unidad Prestadora de Salud Nariño durante los cinco primeros días hábiles del mes y paralelamente al correo electrónico denar.upres-ccu@policia.gov.co.,asi mismo se deben validar en la plataforma **RECUM,** Además, se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro.	SI	No aplica
El oferente deberá informar al Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4 y supervisor de contrato de la Unidad Prestadora de Salud Nariño tipo B, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento. Una vez recibida la información la oficina de contratos comunicará al Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4.	SI	No aplica
Presentar junto a la oferta Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato	SI	No aplica

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.

Es de anotar que para el mes de junio la entidad radico cuenta número 052025, la cual aún se encuentra en auditoria de cuentas médicas, pero con el fin de no incurrir en retrasos con los informes de supervisión y ser objeto de llamados

de atención se realiza el mismo con el valor de la respectiva antes mencionada cuenta lo anterior para conocimiento de mi coronel y fines pertinentes

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (277) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (60) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

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

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

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

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

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

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

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

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS

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

PARAGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS

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

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

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

- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoria de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 - NIT 805-022-186-6 o Policía Nacional, según sea el origen del usuario beneficiado.
- Discriminado de la factura.
- Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
- Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo de Redes Integrales de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, debidamente firmada por el usuario o acudiente.

- Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPS con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

PLATAFORMA SECOP II

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

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

La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de Unidad Prestadora de Salud Nariño, ubicada en la carrera 35 No 19-119, tercer piso de la ciudad de Pasto, en horario administrativo.

Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL S.A.S
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 695027748
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	$ 37.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 27.700.429,00	75%
Valor total facturado	$ 27.700.429,00	75%
Valor facturado pendiente de pago	$ 2.899.035,00	8%
Valor pagado	$ 24.801.394,00	67%
Valor pendiente de entrega	$ 9.299.571,00	25%

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
08	$2.899.035,00	01/10/2025	$2.899.035,00	082025	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

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

5. RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo durante el desarrollo de la ejecución se verifica que en algunos meses no se ha realizado la facturación mensual de los servicios prestados por tal razón se solicita la facturación mensual para evitar novedades en el desarrollo del contrato.

6. CONCLUSIONES

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

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

Atentamente,



Firma_____
Intendente ROLANDO ARBEY CHAMPUTIS LOPEZ
Responsable Referencia UPRES Nariño
Supervisor Contrato No. **66-7-20212-24**
Correo electrónico: rolando.champutis@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3157338262

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 01 de OCTUBRE del 2025
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-7-20212-2024
Constancia de recibido No.	07 cuenta 082025
Contratista:	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL
NIT del contratista:	NIT. 900865853
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ESPECIALIDAD, PARA LAS USUARIAS Y BENEFICIARIAS GESTANTES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN LA CIUDAD DE PASTO. SEGÚN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LO QUE NO SE ENCUENTTRE EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEA APROBADO POR COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DISAN – BOGOTA D.C. O AQUELLOS AMPARADOS 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:	VEINTICINCO MILLONES DE PESOS ($25.000.000) M/CTE
Plazo de ejecución:	Del 26 de noviembre del 2024 hasta el 30 de julio del 2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Instalaciones del Centro De Diagnóstico Integral Fetal en Pasto Nariño
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente ROLANDO ARBEY CHAMPUTIS LOPEZ Responsable Logístico UPRES Nariño
Fecha de entrega certificada:	AGOSTO

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025.	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
REGI4	16	Servicios de Salud	2.899.035	2.899.035	0	2.899.035

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
16798	29/08/2025	125.675	0	125.675
16800	29/08/2025	125.675	0	125.675
16783	29/08/2025	111.368	0	111.368
16784	29/08/2025	193.548	0	193.548
16785	29/08/2025	193.548	0	193.548
16786	29/08/2025	193.548	0	193.548
16787	29/08/2025	111.368	0	111.368
16788	29/08/2025	193.548	0	193.548
16789	29/08/2025	193.548	0	193.548
16790	29/08/2025	111.368	0	111.368
16791	29/08/2025	193.548	0	193.548
16792	29/08/2025	193.548	0	193.548
16793	29/08/2025	111.368	0	111.368
16794	29/08/2025	111.368	0	111.368
16795	29/08/2025	182.344	0	182.344
16796	29/08/2025	73.187	0	73.187
16797	29/08/2025	73.187	0	73.187
16799	29/08/2025	184.555	0	184.555
16801	29/08/2025	111.368	0	111.368
16802	29/08/2025	111.368	0	111.368
		2.899.035	**0**	**2.899.035**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: EN LA PRESENTE ENTREGA SE CUMPLIO A CABALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL). Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas. ***De igual forma solicito se Tramite cuenta con Compromiso QUIPU 725 y Compromiso SIIF 10625.***

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, y cumplir con el objeto contractual conforme a lo pactado	SI	CUMPLE
2	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Cinco (5) 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	**SI**	CUMPLE

	carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias		
3	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
4	El oferente deberá presentar certificado de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se reporte que cuentan con 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.	**SI**	CUMPLE

Intendente **ROLANDO ARBEY CHAMPUTIS LOPEZ**
Responsable Logístico UPRES Nariño

Pagina 1 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta _____

Cargo del funcionario _____

TURNO No. 4665 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 725

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 02-09-2025

VALOR PAGO: 1.445.448

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : _____

CONTRATISTA: Cubo de Diagnostico

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

NIT DEL CONTRATISTA: 900865853

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI _____ NO X
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI _____ NO X
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI _____ NO X

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

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTPADO EN SECOP) 10625
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) — ✓
6. FACTURA ORIGINAL: — ✓
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: _____ — ✓
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: N/A
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): N/A
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP — N/A
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP — N/A
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. — N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP — N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. — N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, — ✓

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA _____

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

CARGO Y UNIDAD _____

Pagina 1 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Version: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____ SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL

805022186

RADICACION DE CUENTAS

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4

SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

03/09/2025 14:34:04

Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
4665	RADICADA	03/09/2025	900865853	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	16783	29/08/2025	111,368.00
AR	16784	29/08/2025	193,548.00
DENAR	16785	29/08/2025	193,548.00
DENAR	16786	29/08/2025	193,548.00
DENAR	16787	29/08/2025	111,368.00
DENAR	16800	29/08/2025	125,675.00
DENAR	16789	29/08/2025	193,548.00
DENAR	16790	29/08/2025	111,368.00
ABONO	16790	29/08/2025	-107,746.00
DENAR	16798	29/08/2025	125,675.00
DENAR	16788	29/08/2025	193,548.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	725	2024	1,445,448.00

Pagina 1 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No. _____

Grado _____

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta _____

Cargo del funcionario _____

TURNO No. 4666 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO: _____

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 236

No. CONTRATO: _____

FECHA DE RECIBIDO : 02-09-2025

VALOR PAGO: 1.453.587

NUMERO DE RADICADO SIIF: _____

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : _____

CONTRATISTA: Centro de Diagnostico

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____

NIT DEL CONTRATISTA: 900865853

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI _____ NO X

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

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

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

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 45625

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓

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

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

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

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

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

11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. — N/A

12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP — N/A

13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. — N/A

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ✓

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA _____

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

CARGO Y UNIDAD _____

Pagina 1 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:_____

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
805022186
RADICACION DE CUENTAS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

03/09/2025 14:35:12
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
4666	RADICADA	03/09/2025	900865853	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR.	16790	29/08/2025	111,368.00
ONO.	16790	29/08/2025	-3,622.00
DENAR	16791	29/08/2025	193,548.00
DENAR	16792	29/08/2025	193,548.00
DENAR	16793	29/08/2025	111,368.00
DENAR	16802	29/08/2025	111,368.00
DENAR	16795	29/08/2025	182,344.00
DENAR	16796	29/08/2025	73,187.00
DENAR	16797	29/08/2025	73,187.00
DENAR	16799	29/08/2025	184,555.00
DENAR	16801	29/08/2025	111,368.00
'AR	16794	29/08/2025	111,368.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	236	2025	1,453,587.00

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

RELACION DE FACTURAS CENTRO DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL CEDIF NIT 900865853 PARA PAGO POR CONTRATO NO 66-7-200212-24

No. RADICACIÓN 1665 DEL 02 DE SEPTIEMBRE DE 2025. 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 POLICÍA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MÉDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCIÓN DE CONTRATO NO 66-7-200212-24 Y LOS VALORES FACTURADOS CORRESPONDEN A LOS VIGENTES EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

N.	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	16793	29/08/2025	PAOLA CALPA ZAMBRANO	37083606	OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	125.675	N/A	0	N/A	125.675	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
2	16800	29/08/2025	ALICIA CAICEDO FIGUEROA	1010084374	OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	125.675	N/A	0	N/A	125.675	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
3	16783	29/08/2025	TATIANA CASTRO CASTAÑEDA	1063540057	VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO U OBSTETRICO	111.368	N/A	0	N/A	111.368	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
4	16784	29/08/2025	EVELYN CAICEDO GONZALEZ	1002962415	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRASLUCENCIA NUCAL	193.548	N/A	0	N/A	193.548	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
5	16785	29/08/2025	MARIA ORREGO VELEZ	1018344413	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRASLUCENCIA NUCAL	193.548	N/A	0	N/A	193.548	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
6	16786	29/08/2025	IVANIA DE LA CRUZ ALVAREZ	1086896653	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	193.548	N/A	0	N/A	193.548	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
7	16787	29/08/2025	JULIETH RUANO ORTEGA	1087408206	VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO U OBSTETRICO	111.368	N/A	0	N/A	111.368	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
8	16788	29/08/2025	JOHANA NARVAEZ DAZA	1085298529	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRASLUCENCIA NUCAL	193.548	N/A	0	N/A	193.548	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
9	16789	29/08/2025	NOHORA PINCHAO CUASQUER	1085933364	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRASLUCENCIA NUCAL	193.548	N/A	0	N/A	193.548	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
10	16790	29/08/2025	GINNA CABRERA GUAÑARITA	1085287864	VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO U OBSTETRICO	111.368	N/A	0	N/A	111.368	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
11	16791	29/08/2025	ANGIE RAMIREZ RIOBO	1110575940	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRASLUCENCIA NUCAL	193.548	N/A	0	N/A	193.548	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
12	16792	29/08/2025	SANDRA RAMIREZ CERON	1015454892	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	193.548	N/A	0	N/A	193.548	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
13	16793	29/08/2025	YENNY GOMEZ SANDOVAL	1056908344	VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO U OBSTETRICO	111.368	N/A	0	N/A	111.368	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
14	16794	29/08/2025	KATHERIN GUERRERO IBARRA	1085276977	VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO U OBSTETRICO	111.368	N/A	0	N/A	111.368	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
15	16795	29/08/2025	KAREN HIDALGO RIASCOS	1004593438	OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	182.344	N/A	0	N/A	182.344	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
16	16796	29/08/2025	MARIA ACOSTA ESTRADA	1085328094	OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	73.187	N/A	0	N/A	73.187	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
17	16797	29/08/2025	DAYERLY RIVERA MENECES	1080040866	OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	73.187	N/A	0	N/A	73.187	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
18	16799	29/08/2025	DIANA RAMIREZ ALVAREZ	1112378513	OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	184.555	N/A	0	N/A	184.555	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
19	16801	29/08/2025	NATHALIA IOIOA DE LA CRUZ	1080042682	VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO U OBSTETRICO	111.368	N/A	0	N/A	111.368	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
20	16802	29/08/2025	ANGELA GUERRERO RUANO	1087425058	VAGINAL PARA DIAGNOSTICO GINECOLOGICO U OBSTETRICO	111.368	N/A	0	N/A	111.368	SIN MOTIVO DE GLOSA	N/A
						2.899.035		0		2.899.035		

Elaborado Por

DRA PAOLA ANDREA [illegible] ROSERO

MEDICO AUDITOR DE [illegible]

Revisado Por

CUENTA DE COBRO No.082025

PASTO-NARIÑO, Martes 02 de Septiembre de 2025

CEDIF IPS
CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4
NIT: 805022186-6

DEBE A:

CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS
NIT: 900865853-2

LA SUMA DE: $ 2, 899,035.oo
DOS MILLONES OCHOCIENETOS NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE ($ 2, 899,035.oo).

POR CONCEPTO DE:
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, CORRESPONDIENTES AL CONTRATO N° 066-7-2002012-24.

PERIODO FACTURADO: **Desde el 01/Agosto/2025 al 30/Agosto/2025**

TOTAL FACTURAS: 24 **TOTAL FOLIOS:** 129

ADREA JIMENA TOBAR ERASO.
Representante Legal

Anexo: Relación de facturas
Facturas debidamente soportadas

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	677448	Fecha Pre-Radicado	9/1/2025 11:51:49 AM
Nombre de la Entidad	CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL FETAL SAS	Vlr Ini de Cargue	$2,899,035
Cantidad de Facturas Registradas	20	Vlr Fin de Cargue	$2,899,035.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD RASES4		

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



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900865853-2	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS		CRA 35 A No 20 - 10 EDIFICIO LA RIVIERA	3177031273	info@cedif.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	PASTO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-08	E		89384925	$2.049.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	271.800	0		0		0	0	0	0	271.800	3
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	63.000	0		0		0	0	0	0	63.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	251.700	0	0	0	0	0	0		251.700	1
230301	Porvenir	800224808-8	599.600	0	0	0	0	0	0		599.600	2
231001	Colfondos	800227940-6	487.000	0	0	0	0	0	0		487.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	41.700				41.700	0	0	41.700			417	41.700	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Fliar Nariño	891280008-1	334.800	0	0	334.800	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	334.800	334.800
Pensión	3	1.338.300	1.338.300
Riesgos Laborales	1	41.700	41.700
CCF	1	334.800	334.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	2.049.600	2.049.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900865853-2	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS		CRA 35 A No 20 - 10 EDIFICIO LA RIVIERA	3177031273	info@cedif.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			NARIÑO	PASTO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-08	E		89384925	$2.049.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1085308577	GUERRERO RODRIGUEZ LAURA ANDREA	1	0			S																	230201	1.153.247	184.600	0	0	0	0	ESSC18	1.153.247	46.200	14-23	1.153.247	1	6.100	CCF35	1.153.247	46.200	0	0	0	0	0
2	CC	1085308577	GUERRERO RODRIGUEZ LAURA ANDREA	1	0			S													X				230201	419.363	67.100	0	0	0	0	ESSC18	419.363	16.800	14-23	419.363	1	0	CCF35	419.363	16.800	0	0	0	0	0
3	CC	1233188545	GUERRERO ROSERO LEIDY KATHERINE	1	0			S																	230301	1.572.609	251.700	0	0	0	0	EPS005	1.572.609	63.000	14-23	1.572.609	1	8.300	CCF35	1.572.609	63.000	0	0	0	0	0
4	CC	36752405	TOBAR ERASO ANDREA JIMENA	1	0			S																	231001	3.043.478	487.000	0	0	0	0	EPS005	3.043.478	121.800	14-23	3.043.478	1	15.900	CCF35	3.043.478	121.800	0	0	0	0	0
5	CC	87068389	INSUASTI GERMAN ESTEBAN	1	0			S																	230301	2.173.913	347.900	0	0	0	0	EPS005	2.173.913	87.000	14-23	2.173.913	1	11.400	CCF35	2.173.913	87.000	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900865853-2	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS	CRA 35 A No 20 - 10 EDIFICIO LA RIVIERA	3177031273	info@cedif.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		NARIÑO	PASTO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				3	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	Y	01/09/2025	89423766	$4,480,400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.032.200	0		0		0	0	0	0	1.032.200	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	730.200	0		0		0	0	0	0	730.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.295.900	0	0	29.300	29.300	0	0		1.354.500	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	960.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.020.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	343.500				343.500	0	0	343.500			3.435	343.500	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	1.762.400	1.762.400
Pensión	2	2.374.500	2.374.500
Riesgos Laborales	1	343.500	343.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	4.480.400	4.480.400

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900865853-2	CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL FETAL SAS	CRA 35 A No 20 - 10 EDIFICIO LA RIVIERA	3177031273	info@cedif.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		NARIÑO	PASTO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	Y	01/09/2025	89423766	$4,480,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1085301528	GALINDEZ GUERRERO CHRISTIAN CAMILO	59	0			N																230301	5.841.267	834.700	0	0	29.300	29.300	EPS010	5.841.267	730.200	14-23	5.841.267	3	142.300		0	0	0	0	0	0	0
2	CC	36950151	GAVIRIA CORDOBA ANA MARIA	59	0			N																230301	2.257.372	361.200	0	0	0	0	EPS005	2.257.372	282.200	14-23	2.257.372	3	55.000		0	0	0	0	0	0	0
3	CC	87453607	PANTOJA CORDOBA RODRIGO GERMAN	59	0			N																25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS005	6.000.000	750.000	14-23	6.000.000	3	146.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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