REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

No. 2

GS-2025- - MEBOG

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2025

Señora teniente coronel
IVONNE JOHANA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°. 1
Bogotá, D.C.

ASUNTO: informe de supervisión del contrato **No. 81-7-20243-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X__ O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

09/11/2025	**08/12/2025**

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 presentado mediante comunicación oficial No. ,
así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2025-024353-25 REGI1-29.25 de fecha 09/10/2025 el señor Mayor ISAAC AMADO CODINA GALLARDO en calidad de jefe Grupo Contratos de la RASES 1 notifica como supervisor del asunto al responsable Programa Médico Domiciliario de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: mensual**

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 1**

  - Informe de supervisión del mes de OCTUBRE del periodo comprendido entre el 09-10-25 al 08-11-25 presentado mediante comunicado oficial GS-2025-745287-MEBOG DE FECHA 09/12/2025

Información del contrato

Contrato No.	**Nº 81-7-20243-25**
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Contratista	HEALTH & LIFE IPS SAS NIT: 900.900.122-7
Representante legal	MARIANA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Valor inicial del contrato	CUATROCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS ($422.997.487) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor adiciones del contrato	NO APLICA
Valor total del contrato	CUATROCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS ($422.997.487) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Plazo de ejecución inicial	El plazo de ejecución del contrato será **hasta 31 de marzo de 2026 o hasta agotar presupuesto**, tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga. dicho plazo iniciará a partir de la aprobación de las Garantías y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato.
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	09/10/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31/03/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Adiciones	NO APLICA
Modificatorios	**NO APLICA**
Prorrogas	NO APLICA
Otros	NO APLICA

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas: Ninguna

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

N°	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1	EL **CONTRATISTA** se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato.	SI	NINGUNA
2	EL **CONTRATISTA** deberá informar por escrito si durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	SI	NINGUNA
3	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
4	Responder en los plazos que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	NINGUNA
5	Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	NINGUNA
6	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	NINGUNA
7	No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, EL CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
8	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
9	**EL CONTRATISTA** deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en los Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	NINGUNA
10	**EL CONTRATISTA** se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	SI	NINGUNA
11	**EL CONTRATISTA** deberá Cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.	SI	NINGUNA
12	Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del cumplimiento objeto del contrato. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato, incluyendo los impuestos.	SI	NINGUNA
13	EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco días del mes siguiente en la ventanilla Única - Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.	SI	NINGUNA
14	EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad del articulo No 15 de la Ley 1966 del 11 de julio de 2019 "por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones", la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación" y la Resolución No 1557 del 27 de septiembre 2023 "Por la cual se reglamenta el mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud y se dictan otras disposiciones".	SI	NINGUNA

		Ø Volumen corriente 50 ml a 1 litro		
		Ø Frecuencia respiratoria entre 1-50 rpm		
		Ø Fracción inspirada de oxigeno entre 21 -100%		
		Presión inspiratoria o control de presión entre 0-40 cm H2O.		
		Ø Presión positiva al final de la espiración entre 0-30 cm H2O		
		Ø Presión soporte entre 0 -30 cm H2O		
		Ø Relación inspiración espiración 1:2		
		Ø Activación automática de protección en apnea		
		Compensación de fugas la cual debe garantizar la ventilación en paciente con traqueostomía sin neumotaponador.		
	MONITOREO	Ø Presión inspiratoria máxima	X	
		Ø Volumen corriente espirado/espontaneo		
	EQUIPOS	Ø Capnógrafo 1 por ventilador	X	
		Ø Oxímetro de pulso portátil 1 por paciente		
		Ø Succionador portátil para manejo de vía aérea. Incluye sonda de succión abierta 1 por paciente, sondas mínimo 5 al día y demás de acuerdo a movilizaciones de secreciones por paciente.		
		Ø Balón Válvula mascarilla (AMBU)1 por paciente y esterilización cada 15 días o según necesitad por riesgo de contaminación. (posterior a cada uso)		
		Ø Thresold inspiratorio y espiratorio 1 por paciente		
		Ø Cánula de traqueostomía fenestrada con neumotaponador No. 7 para cambio cada 3 meses, por contaminación o según considere médico tratante.		
		Ø Batería interna o externa de mínimo dos (02) horas o las suficientes de duración para cada paciente, que garantice el funcionamiento de los equipos cuando la red eléctrica suspenda el flujo de la misma.		
	ALARMAS	Ø Indicación luminosa y audible según prioridad	X	
		Ø Presión alta en vía aérea		
		Ø Presión baja en vía aérea		
		Ø Desconexión		
		Ø Baja presión de oxigeno		
		Ø Batería baja		
		Ø Falla en red eléctrica		
		Ø Back up apnea		
	ACCESORIOS	Ø Manguera para suministro de gases mínimo 1 vez al mes o de acuerdo a la necesidad del paciente.	X	
		Ø Si se requiere manómetro para suministro de gases 1 por paciente		
	INSUMOS	Ø Insumos de manejo y EPP a necesidad del paciente, cambio diario de bata antifluido por paciente, cambio de guantes cada vez que se tenga contacto con el paciente.	X	
	PERSONAL ASISTENCIAL	Ø Atención diaria por terapia respiratoria según indicación médica (durante el uso del ventilador mecánico)	X	
		➢ Cuidados básicos diario por auxiliar de enfermería (12 horas)		
		➢ Evaluación clínica semanal por medicina general		
		➢ Atención por servicio de nutrición mensual.		

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	OFRECE	
		SI	NO
1	**REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**. El CONTRATISTA deberá mantener vigente la inscripción y habilitación de los servicios de salud objeto del presente proceso en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, **en la ciudad de Bogotá y en el departamento de Cundinamarca**; en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019, modificada por la Resolución 00000544 del 3 de abril de 2023, en el cual deberán contar con habilitación de los siguientes servicios (en modalidad domiciliaria):	X	
	• **HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR.**		
	• **TERAPIA RESPIRATORIA.**		
	• **MEDICINA GENERAL.**		
	• **ENFERMERÍA**		
	• **NUTRICIÓN**		
2	El CONTRATISTA deberá contar con los siguientes insumos generales para la prestación del servicio a los usuarios:	X	
	• **-Recolección y manejo de desechos que se deriven de la asistencia del paciente mínimo 2 veces a la semana**		
	• **-Para limpieza y desinfección diaria de cánula de traqueotomía**		
	• **-Desinfectante microbiano y agua oxigenada las veces que se requiera en el día**		
	• **-mezclador de gases.**		
3	El CONTRATISTA deberá contar y entregar los **insumos para manejo de vía aérea artificial durante 24 horas las veces que se requiera intervención:**	X	
	➢ Sonda de succión		
	➢ filtro de succionador agua estéril		
	➢ cloruro de sodio 500cc		
	➢ jeringas de 10cc		

	➢ guantes estériles ➢ gasas estériles ➢ tapabocas, ➢ esparadrapo, ➢ guantes de manejo y estériles ➢ batas desechables ➢ jabón líquido antibacterial ➢ soluciones y medicamentos para nebulizar, ➢ elementos de fijación o hiladillos, toallas para manos Para cambios cada 48 horas o a necesidad por daño o contaminación: Filtro intercambiador calor- humedad y extensión de traqueostomía.		
4	El CONTRATISTA deberá contar con insumos para cambio semanal o a necesidad por daño o contaminación: ➢ Humidificador ➢ máscara de oxígeno, ➢ ventury ➢ extensión de oxigeno 7 mts ➢ caucho de succión, ➢ kit micro nebulización ➢ Cánula nasal.	X	
5	El CONTRATISTA deberá contar con insumos para cambio mensual: ➢ Vaso recolector de fluidos ➢ Circuito con válvula exhalatoria ➢ Inhalo cámaras	X	
6	El CONTRATISTA garantiza que se desarrollará el cubrimiento de la atención respiratoria y del soporte ventilatorio contemplando los siguientes aspectos que se describen a continuación: Programa de atención respiratoria enfocado a paciente ventilado adulto y pediátrico, con vía aérea artificial y requerimiento de soporte ventilatorio de forma permanente o parcial de acuerdo a la evolución de la disfunción muscular de tal forma que se garantice la salud respiratoria y el confort del paciente manteniendo un desarrollo continuo, garantizando procesos de rehabilitación que le permitan mejorar continuamente su calidad de vida.	X	
7	El programa debe incluir: **Evaluación clínica diaria** y permanente de la condición general con énfasis en las condiciones respiratorias y de los parámetros de soporte ventilatorio del paciente. Evaluación clínica semanal por medicina general con el fin de constatar las condiciones clínicas generales del paciente en conjunto con las condiciones respiratorias del mismo.	X	
8	Estructuración del plan de intervención acorde al caso particular, en el cual debe incluirse manejo del soporte ventilatorio encaminado a cumplir las metas de oxigenación y ventilación, ajuste en el manejo continuo de aporte de oxígeno, terapia de bronco dilatación y manejo de vía aérea artificial según las necesidades diarias del paciente.	X	
9	Aplicar el protocolo de oxigenoterapia, vía aérea artificial, soporte ventilatorio y rehabilitación diseñado por los especialistas del hospital central.	X	
10	El CONTRATISTA deberá **entregar al supervisor las guías de práctica clínica** y protocolos de: manejo de paciente ventilado adultos, manejo de paciente ventilado pediátrico.	X	
11	Sesión diaria según paquete el cual incluye terapia respiratoria, cuidado de vía aérea artificial, oxigenoterapia, aerosol terapia, terapia de bronco dilatación, manejo continuo del soporte ventilatorio en relación al protocolo de la institución, monitoreo y evaluación continua respiratoria.	X	
12	Plan de contingencia para fallos inherentes al funcionamiento de los equipos o generados por variables externas (cortes en el fluido eléctrico, entre otras situaciones) garantizando la continuidad en la prestación del servicio, estando dicha responsabilidad a cargo por parte del contratista. Si por la complejidad de la situación y condición clínica del paciente se requiere traslado asistencial a una Institución Prestadora de Salud, el mismo será tramitado ante la oficina de referencia, contrarrefrencia y autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 de acuerdo a criterio y orden médica. La remisión deberá ser notificada y enviada al correo electrónico disan.rases1-rc@policia.gov.co y verificada por medico telefónico al número de teléfono 3505560928.	X	
13	Diseño y aplicación de programa de rehabilitación respiratorio enfocada a mejorar la función muscular del paciente y encaminada a objetivos clínicos de desconexión de soporte ventilatorio de acuerdo al progreso del paciente o severidad de la enfermedad al igual que oclusión y programas de fonación durante el tiempo de oclusión de la cánula de traqueostomía, según corresponda a cada caso	X	
14	Se ejecutarán las sesiones de terapia respiratoria durante el turno correspondiente que fueran necesarias para mantener permeable la vía aérea del paciente.	X	
15	El CONTRATISTA deberá suministrar los elementos necesarios para el registro adecuado de la historia clínica y los formatos establecidos para monitoreo ventilatorio y evolución respiratoria del paciente.	X	
16	El CONTRATISTA deberá prestar sus servicios en el domicilio de cada usuario, en el horario correspondiente según cada paquete, así mismo se informa que la dirección estará sujeta a cambios en caso de que los usuarios se trasladen de domicilio, para lo cual deberá informar con la debida antelación para efectos de actualización de información y autorización al contratista para realizar el respectivo cambio de equipos de domicilio y notificar su personal para la prestación de servicios de salud en el nuevo domicilio.	X	
	Es de aclarar que los equipos médicos que se suministren al usuario para la prestación de los servicios de salud objeto del presente contrato, dada su naturaleza, serán de uso exclusivo en el domicilio reportado para tal fin	X	
17	El CONTRATISTA deberá diligenciar los registros de la evolución del paciente en el formato de evolución de historia clínica y adicionalmente se llevará el registro de los formatos diseñados para el monitoreo respiratorio establecidos por la institución. De estos formatos se hará llegar copia en medio magnética e impreso para ser consolidados en la atención clínica integral del paciente mensualmente al Supervisor de Contrato para temas de auditoría y seguimiento del tratamiento de la paciente. De igual forma, los médicos que lleven a cabo la valoración de control del paciente, deberán cargar los registros clínicos producto de la visita en la historia clínica digital de SISAP.	X	

18	El CONTRATISTA deberá realizar una valoración inicial al paciente previo concepto del equipo interdisciplinario del que disponga la Regional de Aseguramiento No.1 de forma que se establezcan los parámetros de ingreso, manejo y programas de rehabilitación cardiopulmonar.	X	
19	El programa se realizará de acuerdo a necesidades individuales, realizando las anotaciones correspondientes en las historias clínicas en físico y formatos de seguimiento de control de parámetros ventilatorios con papelería del contratista, como en historia clínica de SISAP (Médico General)	X	
20	El CONTRATISTA deberá entregar mensualmente al supervisor del contrato, un informe escrito de evolución y seguimiento del usuario; dicho informe deberá especificar los procedimientos realizados, incluyendo la fecha de inicio del tratamiento, logros, complicaciones presentadas, modificaciones en el manejo, comparativo de parámetros ventilatorios y de signos vitales presentados en la semana como también las recomendaciones entregadas.	X	
21	La visita para control por medicina general se realizará de manera semanal, en el horario de 08:00 a 18:00 horas; la atención deberá ser cubierta por un médico general quien vigilará el estado de salud del paciente y la evolución del mismo consignando los cambios en la historia clínica física como en el sistema de información SISAP.	X	
22	El CONTRATISTA deberá proporcionar un adecuado manejo y cuidado de la vía aérea artificial (traqueostomía), que incluye procedimientos como: oxigenoterapia, aerosol terapia, higiene bronquial, hiperinflación manual de ser necesario y cuidados de ostomía y en general todas las maniobras inherentes al cuidado respiratorio.	X	
23	El CONTRATISTA deberá Monitorizar, evaluar y ajustar el soporte ventilatorio, teniendo en cuenta la mecánica ventilatoria, evolución clínica de paciente, el ajuste de soporte ventilatorio debe ser realizado previo concepto medico a menos que la condición lo amerite y deberá ser comentado de forma oportuna con el grupo tratante.	X	
24	El CONTRATISTA **deberá anexar la ficha técnica y/o manual del equipo** con el que va a prestar el servicio de salud con el fin de evaluar y determinar que cuenta con las condiciones técnicas y tecnológicas por parte de los ingenieros biomédicos de policía nacional para suministrarle los parámetros ventilatorios de manera adecuada a los pacientes objeto del presente contrato.	X	
25	El CONTRATISTA deberá brindar un pulsooxímetro al paciente para su uso diario en pro del control de la saturación diaria	X	
26	El CONTRATISTA deberá conocer y adoptar el Acuerdo No 080 del 27/05/2022 "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional"	X	
27	El CONTRATISTA deberá responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del presente contrato. Se aclara que dicho personal no tendrá ninguna relación ni vínculo laboral con la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.	X	
28	Solo se suspenderá el servicio únicamente en los casos en que el paciente sea hospitalizado; los equipos no podrán ser retirados del domicilio y la prestación del servicio continuará una vez el usuario retorne al domicilio	X	
29	**RECURSO HUMANO** Todo el personal que presten los servicios deberá estar registrados en RETHUS Mínimo uno (01) profesional en **MEDICINA GENERAL**, Mínimo nueve (09) profesionales en **TERAPIA RESPIRATORIA**, con entrenamiento en manejo de paciente adulto y pediátrico con vía aérea artificial, ventilación mecánica y soporte ventilatorio. Mínimo nueve (09) **AUXILIARES DE ENFERMERIA**, con entrenamiento en manejo vía aérea artificial, ventilación mecánica y soporte ventilatorio. Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento objeto del contrato, cada profesional debe anexar la siguiente documentación: - Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) - Formato de idoneidad diligenciado por el profesional Así mismo debe realizar las labores de atención asistencial a los usuarios con trato humanizado, bajo condiciones de respeto, cortesía y empatía, con los conocimiento y capacidad de resolver las dudas e inquietudes de los usuarios y/o sus cuidadores de manera atenta ante inquietudes referentes al manejo ventilatorio de sus patologías de base.	X	
30	El contratista deberá enviar al supervisor, mediante correo electrónico el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos, el cual deberá corresponder a los valores de la oferta económica pactada, es de anotar que deberán relacionar la totalidad de servicios y procedimientos a prestar con el fin de ingresarlos al aplicativo GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (SISAP WEB) de la Policía Nacional y de esta manera generar las autorizaciones de servicios de la red externa, así No. | X | DESCRIPCIÓN | VALOR PACTADO | X |	X	
31	El CONTRATISTA deberá garantizar la prestación del Servicio de forma continua a los usuarios de SSPN, remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud nro. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia oportunidad y solidaridad que así lo amerite.	X	
32	El CONTRATISTA deberá permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.	X	
33	El CONTRATISTA deberá enviar mensualmente al supervisor del contrato o quien haga sus veces informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados, de igual manera el CONTRATISTA deberá informar de manera escrita al supervisor del contrato el momento en el cual se tenga ejecutado el 70% del recurso asignado al presente contrato y hará seguimiento a su facturación con el fin de no sobre ejecutar el presente contrato.	X	
34	El CONTRATISTA deberá mantener vigente el certificado vigente 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	X	

	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.		
35	El CONTRATISTA deberá designar **un funcionario competente como apoyo de solución a los inconvenientes** que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	X	
36	El CONTRATISTA deberá facilitar a los pacientes una **línea de comunicación telefónica**, que permita el acceso a la información y consultas necesarias para resolver inquietudes e informar novedades sobre el tratamiento recibido, peticiones, quejas, el horario de atención telefónica jornada continua por el tiempo que dure el contrato	X	
37	El CONTRATISTA deberá permitir el acceso a las historias clínicas a los auditores, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesaria, la verificación y revisión de los servicios prestados y eventualmente el acceso a los pacientes para evaluar la calidad del servicio, según lo preceptuado en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.	X	
38	El CONTRATISTA deberá mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley o las autoridades administrativas o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.	X	
39	El CONTRATISTA deberá garantizar que cuenta con la infraestructura, equipos y recurso humano necesario para cumplir con el objeto de la presente contratación.	X	
40	El CONTRATISTA deberá cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.	X	
41	El CONTRATISTA deberá garantizar la realización del reporte de eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, en un tiempo no superior a 48 horas posterior a la ocurrencia del mismo, también tiene el deber de realizar el análisis correspondiente del caso e implementación de un plan de mejora, el cual debe ser enviado al supervisor del contrato y al encargado del área de Auditoría de Garantía de Calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1 al correo electrónico disan.rases1-ga@policia.gov.co en el mismo tiempo estipulado con anterioridad.	X	
42	El CONTRATISTA deberá elaborar y desarrollar los planes de mejora que resulten de las actividades de verificación de auto control del Cumplimiento del Sistema de Garantía y Calidad, Auditoria de Calidad propias y Auditorias de los Entes de Control, entregando copia de los mismos con los soportes de cumplimiento al supervisor del contrato. En un plazo no mayor a 15 días calendario, una vez se soliciten.	X	
43	El contratista deberá dar cumplimiento a lo establecido en el **Decreto 441 de 2022** del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	X	
44	El CONTRATISTA deberá prestar los servicios de salud de acuerdo al modelo de atención integral en salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – SSMP, como parte de la Subred Integral de Prestación de Servicios de Salud de prestadores externos de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1, de acuerdo a las rutas de atención integral en salud.	X	
45	El CONTRATISTA deberá garantizar que los medicamentos e insumos utilizados y suministrados por el CONTRATISTA para el tratamiento integral de pacientes, cuentan con el registro de INVIMA y Buenas prácticas de manufactura (BPN), como prueba de calidad de los mismos.	X	
46	El CONTRATISTA deberá brindar atención médica y asistencial con personal graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos, experiencias y la tecnología de punta de acuerdo al nivel de complejidad. Así mismo trato a los usuarios de manera cortes, empática, adecuada, presentación personal uso de EPP.	X	
47	El CONTRATISTA deberá hacer empalme con la entidad saliente en un tiempo máximo de 8 días. En este periodo se debe hacer entrega clínica de los pacientes y cambio de los equipos biomédicos. En caso de que no se logre la (prestación del servicio inmediata una vez se tenga carta de inicio), la entidad adjudicataria deberá asumir los costos que se deriven del comodato o cualquier otra figura jurídica, para contar con los equipos para garantizar a continuidad de los servicios.	X	

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

La supervisión del contrato informa que a la fecha no se han presentado novedades, situaciones anormales o de relevancia presentadas durante el desarrollo del contrato. Se encuentran en auditoria las facturaciones correspondientes del 9 al 31 de octubre.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (21) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (150) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará por paquete de acuerdo al decreto 441/2022 el valor del contrato a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios, dentro de los cuarenta y cinco (45) días

calendario, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

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 número de la factura por cada uno de ellos discriminada. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida (descripción del CUPS) diagnóstico y valor facturado.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 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, acompañada de la orden médica que soporta la solicitud.

Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta **LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES.**

La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior 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.

Responsabilidad en cuanto a la Facturación Electrónica:

El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2020 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados, del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación".

Del mismo modo deberá dar aplicabilidad del artículo No 15 de la Ley 1966 del 11 de julio de 2019 "por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones", la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación" y la Resolución No 1557 del 27 de septiembre 2023 "Por la cual se reglamenta el mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud y se dictan otras disposiciones".

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.
La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, tramitará la cuenta acompañada del formato de radicación de cuentas médicas, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Nota: Los costos por atención de los eventos adversos generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador (insumos, dispositivos, actividades y procedimientos) ambulatoria y/o hospitalización. Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico". La Auditoría de Cuentas Médicas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, concurrirá en el análisis y cumplimiento de lo aquí consagrado sobre dicho proceso, los cuales serán objeto de conciliación.

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.
En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 y Resolución 2284 de 2023.

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.
Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

CAUSALES DE NO PAGO
Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747

de 2007 y la Resolución 2335 de 2023 del Ministerio de la Protección Social, Modificado por el art. 2, Resolución 1886 de 2024.

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747/2007.

Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad.

Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

Las contempladas en la Resolución 2335 de 2023 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen.

NOMBRE: HEALTH Y LIFE IPS SAS
BANCO: Banco de Bogotá.
TIPO DE CUENTA: CUENTA CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 015095508

4.1. Ejecución Financiera y Pagos

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$ 422.997.487,00	100%
Valor total de las entregas	$ 52.380.000,00	12,38%
Valor total facturado	$ 52.380.000,00	12,38%
Valor facturado pendiente de pago	$ 52.380.000,00	12,38%
Valor pagado	$ 0,00	0%
Valor pendiente de entrega	$ 370.617.487,00	87,62%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
RAS 01 DEL10 DE DICIEMBRE DE 2025	$ 52.380.000,00	01 NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025	$ 52.380.000,00	PBG198302 PBG198311 PBG198315	N/A	N/A	N/A

5. RECOMENDACIONES

No se tiene recomendaciones como supervisor a la administración

6. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

Firma_____

Capitán **LILIANA FABIOLA CORREA RIAÑO**
Responsable Programa Médico Domiciliario
Supervisor Contrato: No. 81-7-20243-25
Correo electrónico: disan.upb-pad@policia.gov.co

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 10 de diciembre de 2025
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1
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 N°	N.º 81-7-20243-25
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	HEALTH & LIFE IPS SAS
NIT del contratista:	NIT 900.900.122-7
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIO DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios	NO APLICA
Valor del contrato	Vigencia 2025: $ 212.997.487,00 Vigencia 2026 $ 210.000.000,00 Valor Total del Contrato: $ 422.997.487,00
Plazo de ejecución:	Del 09/10/2025 AL 31/03/2026
Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios objeto del contrato deberán ser prestados en el domicilio los pacientes que residan en la jurisdicción de la ciudad de Bogotá D.C., y en el departamento de Cundinamarca previa coordinación con el Supervisor del contrato.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI__NO_X_	

DIRECCIÓN DE S...
...RASES 1
GRUPO FINANC...
SUJETO A VERIFIC...
RECIBI...

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Capitán LILIANA FABIOLA CORREA RIAÑO Responsable Programa Médico Domiciliario
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/11/2025 AL: 30/11/2025

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 a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
Rases Nº1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, PROGRAMA MEDICO DOMICILIARIO (POMED) Y HOSPITALIZACIÓN O INTERNACION EN CASA (HOCAS), VISITA MÉDICA DOMICILIARIA, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y TERAPIAS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1	**$52.380.000,00**	**$52.380.000,00**	**$0,00**	**$52.380.000,00**

Acta de recepción de bienes	N/A

No	FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA CREDITO O NOTA DEBITO	VR. TOTAL, DE LA FACTURA
1	PBG198302	1/12/2025	$ 16.290.000,00	$ 0,00	$ 16.290.000,00
2	PBG198311	1/12/2025	$ 19.800.000,00	$ 0,00	$ 19.800.000,00
3	PBG198315	1/12/2025	$ 16.290.000,00	$ 0,00	$ 16.290.000,00
			$ 52.380.000,00	$ 0,00	**$ 52.380.000,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Para la radicación de la facturación del mes del 01 al 30 de NOVIEMBRE del 2025 se presenta con CD y archivo Excel con soportes de la validación de los RIPS esto para dar cumplimiento a la Resolución 2275 de 2023, modificada por la Resolución 1884 de 2024.

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 contratada.

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIO	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y VALORES DEL CONTRATO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante el mes de NOVIEMBRE del 2025.	**Si _X_ No__**	Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del paciente o cuidador, Autorización del servicio en original, Orden médica del servicio requerido por el usuario, emitida por el médico tratante, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL y de parafiscales, expedida por el representante legal.

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

FIRMA DEL SUPERVISOR
Capitán **LILIANA FABIOLA CORREA RIAÑO**
Responsable Programa Médico Domiciliario
Supervisor Contrato No. 81-7-20243-25

Coordinación Radicación Heli Salud <coordinacion.radicacion@hlips.com.co>

RADICACION SERVICIOS DE NOVIEMBRE 2025 - REGIONAL DE ASEGURANIENTO EN SALUD 1

1 mensaje

Coordinación Radicación Heli Salud <coordinacion.radicacion@hlips.com.co> 2 de diciembre de 2025, 10:58
Para: liliana.correa@correo.policia.gov.co

Buen día

Por medio de la presente, se comparten relación de facturas correspondientes al mes de diciembre de 2025. Quedamos atentos a la confirmación para continuar con el proceso y proceder con la radicación en físico.

Agradezco la atención prestada

Cordialmente:

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
0 2 DIC 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

By: Health & Life IPS

Simón Sánchez
Coordinación de Radicación

Dirección: Av. Cra 68 #13-63
www.healthlifeips.com
coordinacion.radicacion@hlips.com.co

Antes de imprimir este mensaje de correo electrónico, pregúntese si realmente necesita una copia en papel

Este envío es confidencial y está destinado únicamente a la persona a la que ha sido enviado. Puede contener información privada y confidencial. Si usted no es el destinatario al que ha sido remitida, no puede copiarla, distribuirla ni emprender con ella ningún tipo de acción. Si cree que lo ha recibido por error, por favor, notifíquelo al remitente.

This transmission is confidential and intended solely for the person to whom it is addressed. It may contain privileged and confidential information. If you are not the intended recipient, you should not copy, distribute or take any action in reliance on it. If you believe that you have received this transmission in error, please notify the sender.

CUADRO CENTRAL DE CUENTAS POR IPS.xlsx
125K

Bogotá D.C. 02 de diciembre de 2025.

Señores,
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1
Nit: 900336524-5

Ref: Radicación de facturas, servicios prestados en noviembre de 2025

Cordial saludo,

En cumplimiento de las directrices establecidas para la radicación de facturas correspondientes a la prestación de servicios en salud en el ámbito domiciliario, y en virtud del contrato N°81-7-20187-25, nos permitimos remitir la relación de facturas materializadas correspondientes a los servicios prestados durante el mes de octubre de 2025 por valor de $ 52.380.000 (CINCUENTA Y DOS MILLONES TRECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE).

A continuación, se detallan las facturas incluidas en este envío:

PBG198302
PBG198311
PBG198315

Agradezco su atención

Mariana Rodríguez Rodríguez
Representante legal Health & Life IPS

N°	AREA DE SANIDAD	NOMBRE DE LA IPS	NIT	NUMERO DE RADICACION	FECHA DE RADICACION DE LA FACTURA	N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL EN NÚMERO	DESCRIPCIÓN CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL EN TEXTO	DX CIE 10 EN NÚMERO	DESCRIPCIÓN DX CIE 10 EN TEXTO EN TEXTO	VALOR DE LA FACTURA	EDAD PACIENTE	GENERO DEL USUARIO
1	POLICIA	ELI SALUD IP	900900122-7			PBG196302	1/12/2025	1/11/2025 0:00	11058792	12/11/2025 0:00	PARDO DAV	1069718627	PSVENT1	S, DE LUNES A DOM	Q070	OME DE ARNOLD	$ 16.290.000	20	MASCULINO
2	POLICIA	ELI SALUD IP	900900122-7			PBG196311	1/12/2025	1/11/2025 0:00	11058869	12/11/2025 0:00	MEZ DIAZ ISA	1062544487	PZVENT2	AS, DE LUNES A DO	G379	EL SISTEMA NER	$ 19.800.000	6	FEMENINO
3	POLICIA	ELI SALUD IP	900900122-7			PBG198315	1/12/2025	1/11/2025 0:00	11058836	12/11/2025 0:00	HITIVA LILIA C	52936873	PSVENT1	S, DE LUNES A DOM	G809	BRAL, SIN OTRA	$ 16.290.000	40	FEMENINO
																TOTAL	$ 52.380.000		

Factura Electrónica de Venta

Nº PBG1-98315

Autoriza DIAN 18764088454820, Fecha: 2025-02-06 hasta 2027-02-06, Prefijo PBG1, Factura 60001 al 120000.
Régimen Común

Health & Life IPS S.A.S. NIT 900900122-7 Av. Cra. 30 No. 77 - 40 https://healthlifeips.com/ contabilidad@hlips.com.co Teléfono(s) 3218292003 - 3115942 Bogotá, D.C.	Número PBG1-98315 Fecha documento 01/12/2025 Fecha vencimiento 31/12/2025 P.O./Pedido Divisa Peso Colombiano	CLIENTE REGIONAL DE ASEGURANIENTO EN SALUD 1 900336524-5 Calle 44 No 50-51 Bogotá, D.C. ,Colombia Teléfono 6015804400

Paciente	LILIA CONSTANZA GOMEZ CHITIVA	Fecha inicial:	2025-11-01	Plan	DOMICILIARIO PAD BOGOTÁ
Identificación	CC 52936873	Fecha final:	2025-11-30	Contrato	
Doctor	MARIA LUISA VASQUEZ RODRIGUEZ	Ciudad Atención:	BOGOTÁ, D.C.	Regimen:	Contributivo cotizante
Número de Orden					

#	CODIGO	CONCEPTO	UND	UM	PRECIO	% DTO.	DESCUENTO	BASE	%IVA	IVA
1	P5VENT1	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE ADULTO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR - ATENCIÓN NOCTURNA	30.00	94	543,000.00	0.00	0.00	16,290,000.00	0	0.00

SON DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M CTE

SUBTOTAL	16,290,000.00
IVA	0.00
TOTAL	16,290,000.0
DESCUENTO	0.00
COPAGO /CUOTA MODERADORA	0.00
ANTICIPOS	0.00
A PAGAR	16,290,000.00
TOTAL A PAGAR	16,290,000.00

DATOS DE PAGO

Forma de pago	Crédito
Medio de pago	Instrumento no definido
Fecha de pago	31/12/2025
Datos bancarios	

OBSERVACIONES 11058836

Documento generado el 01/12/2025 10:24 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 Software Invostream (invoway) Usuario (a): PAOLA ANDREA ROJAS RODRIGUEZ

CUFE: 16c03976f019a5951832a8adba03fd3541d9ca7360337daba8c6985e85f10f622fdccad1b5c61d79c434ee018f99f172

ORIGINAL

Factura Electrónica de Venta

Nº PBG1-98315

Autoriza DIAN 18764088454820, Fecha: 2025-02-06 hasta 2027-02-06, Prefijo PBG1, Factura 60001 al 120000.
Régimen Común

CUFE o CUDE: 16c03976f019a5951832a8adba03fd3541d9ca7360337daba8c6985e85f10f622fdccad1b5c61d79c434ee018f99f172

Health & Life IPS S.A.S. **NIT** 900900122-7		CLIENTE REGIONAL DE ASEGURANIENTO EN SALUD 1 900336524-5	
Código del prestador de servicios de salud	1100128942	**Modalidades de contratación y de pago**	Pago por evento
Tipo de documento de identificación del usuario	Cédula de Ciudadanía	**Cobertura o plan de beneficios**	Plan de beneficios en salud financiado con UPC
Número de documento de identificación del usuario	52936873	**Número de contrato**	81-7-20243-25
Primer apellido del usuario	GOMEZ	**Número de póliza**	81-7-20243-25
Segundo apellido del usuario	CHITIVA	**Fecha de inicio**	2025/11/01
Primer nombre del usuario	LILIA	**Fecha final**	2025/11/30
Segundo nombre del usuario	CONSTANZA	**Operación Salud**	SS-SinAporte
Tipo de usuario	Contributivo cotizante		

Grupo de campos para información relacionadas con el recaudo de los aportes.

Total Copago:	0.00
Total Cuota Moderadora:	0.00
Total Cuota Recuperación:	0.00
Total Pagos Compartidos:	0.00

Grupo de campos para información relacionados con código de Autorización, Mipres y Id de prescripción.

Factura Electrónica de Venta

Nº PBG1-98311

Autoriza DIAN 18764088454820, Fecha: 2025-02-06 hasta 2027-02-06, Prefijo PBG1,
Factura 60001 al 120000.
Régimen Común

Health & Life IPS S.A.S. NIT 900900122-7 Av. Cra. 30 No. 77 - 40 https://healthlifeips.com/ contabilidad@hlips.com.co Teléfono(s) 3218292003 - 3115942 Bogotá, D.C.	Número PBG1-98311 Fecha documento 01/12/2025 Fecha vencimiento 31/12/2025 P.O./Pedido Divisa Peso Colombiano	CLIENTE REGIONAL DE ASEGURANIENTO EN SALUD 1 900336524-5 Calle 44 No 50-51 Bogotá, D.C. ,Colombia Teléfono 6015804400

Paciente	ISAMAR GOMEZ DIAZ	Fecha inicial:	2025-11-01	Plan	DOMICILIARIO PAD BOGOTÁ
Identificación	RC 1062544487	Fecha final:	2025-11-30	Contrato	
Doctor	WENDY MICHELL TORRES BERNAL	Ciudad Atención:	BOGOTÁ, D.C.	Regimen:	Contributivo beneficiario
Número de Orden					

#	CODIGO	CONCEPTO	UND	UM	PRECIO	% DTO.	DESCUENTO	BASE	%IVA	IVA
1	P2VENT2	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE PEDIÁTRICO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR - ATENCIÓN NOCTURNA	30.00	94	660,000.00	0.00	0.00	19,800,000.00	0	0.00

SON DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M CTE

DATOS DE PAGO

Forma de pago Crédito

Medio de pago Instrumento no definido

Fecha de pago 31/12/2025

Datos bancarios

SUBTOTAL	**19,800,000.00**
IVA	**0.00**
TOTAL	**19,800,000.0**
DESCUENTO	**0.00**
COPAGO /CUOTA MODERADORA	**0.00**
ANTICIPOS	**0.00**
A PAGAR	**19,800,000.00**
TOTAL A PAGAR	**19,800,000.00**

OBSERVACIONES 11058869

Documento generado el 01/12/2025 10:21 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 Software Invostream (invoway) Usuario (a): PAOLA ANDREA ROJAS RODRIGUEZ

CUFE: b01e06be061965cd6b5f1e5bdf55da4ca2aeadfb949140a75ecbb3453870b8c31a29806e100957f5c117b8cf7c4bc514

ORIGINAL

Factura Electrónica de Venta

Nº PBG1-98311

Autoriza DIAN 18764088454820, Fecha: 2025-02-06 hasta 2027-02-06, Prefijo PBG1, Factura 60001 al 120000.
Régimen Común

CUFE o CUDE: b01e06be061965cd6b5f1e5bdf55da4ca2aeadfb949140a75ecbb3453870b8c31a29806e100957f5c117b8cf7c4bc514

Health & Life IPS S.A.S. **NIT** 900900122-7		CLIENTE REGIONAL DE ASEGURANIENTO EN SALUD 1 900336524-5	
Código del prestador de servicios de salud	1100128942	**Modalidades de contratación y de pago**	Pago por evento
Tipo de documento de identificación del usuario	Registro civil	**Cobertura o plan de beneficios**	Plan de beneficios en salud financiado con UPC
Número de documento de identificación del usuario	1062544487	**Número de contrato**	81-7-20243-25
Primer apellido del usuario	GOMEZ	**Número de póliza**	81-7-20243-25
Segundo apellido del usuario	DIAZ	**Fecha de inicio**	2025/11/01
Primer nombre del usuario	ISAMAR	**Fecha final**	2025/11/30
Segundo nombre del usuario		**Operación Salud**	SS-SinAporte
Tipo de usuario	Contributivo beneficiario		

Grupo de campos para información relacionadas con el recaudo de los aportes.

Total Copago:	0.00
Total Cuota Moderadora:	0.00
Total Cuota Recuperación:	0.00
Total Pagos Compartidos:	0.00

Grupo de campos para información relacionados con código de Autorización, Mipres y id de prescripción.

Factura Electrónica de Venta

Nº PBG1-98302

Autoriza DIAN 18764088454820, Fecha: 2025-02-06 hasta 2027-02-06, Prefijo PBG1, Factura 60001 al 120000.
Régimen Común

Health & Life IPS S.A.S. NIT 900900122-7 Av. Cra. 30 No. 77 - 40 https://healthlifeips.com/ contabilidad@hlips.com.co Teléfono(s) 3218292003 - 3115942 Bogotá, D.C.	Número PBG1-98302 Fecha documento 01/12/2025 Fecha vencimiento 31/12/2025 P.O./Pedido Divisa Peso Colombiano	CLIENTE REGIONAL DE ASEGURANIENTO EN SALUD 1 900336524-5 Calle 44 No 50-51 Bogotá, D.C. ,Colombia Teléfono 6015804400

Paciente	DAVID ARMANDO ARCINIEGAS PARDO	Fecha inicial:	2025-11-01	Plan	DOMICILIARIO PAD BOGOTÁ
Identificación	CC 1069718827	Fecha final:	2025-11-30	Contrato	
Doctor	BRYAN JOSE MONTOYA DAGER	Ciudad Atención:	BOGOTÁ, D.C.	Regimen:	Contributivo beneficiario
Número de Orden					

#	CODIGO	CONCEPTO	UND	UM	PRECIO	% DTO.	DESCUENTO	BASE	%IVA	IVA
1	P5VENT1	PAQUETE MENSUAL DE PACIENTE ADULTO – HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR - ATENCIÓN NOCTURNA	30.00	94	543,000.00	0.00	0.00	16,290,000.00	0	0.00

SON DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M CTE

DATOS DE PAGO
Forma de pago Crédito
Medio de pago Instrumento no definido
Fecha de pago 31/12/2025
Datos bancarios

SUBTOTAL	**16,290,000.00**
IVA	**0.00**
TOTAL	**16,290,000.0**
DESCUENTO	**0.00**
COPAGO /CUOTA MODERADORA	**0.00**
ANTICIPOS	**0.00**
A PAGAR	**16,290,000.00**
TOTAL A PAGAR	**16,290,000.00**

OBSERVACIONES 11058792

Documento generado el 01/12/2025 10:12 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 Software Invostream (invoway) Usuario (a): PAOLA ANDREA ROJAS RODRIGUEZ

CUFE: 174dc48a441451f803d5ef07bad925a7e50402d8b3fd384b70461b9bf0412da189e34c2a06f6dea87415b8ef0bcc5e60

ORIGINAL

Factura Electrónica de Venta

Nº PBG1-98302

Autoriza DIAN 18764088454820, Fecha: 2025-02-06 hasta 2027-02-06, Prefijo PBG1,
Factura 60001 al 120000.
Régimen Común

CUFE o CUDE: 174dc48a441451f803d5ef07bad925a7e50402d8b3fd384b70461b9bf0412da189e34c2a06f6dea87415b8ef0bcc5e60

Health & Life IPS S.A.S. **NIT** 900900122-7		CLIENTE REGIONAL DE ASEGURANIENTO EN SALUD 1 900336524-5	
Código del prestador de servicios de salud	1100128942	**Modalidades de contratación y de pago**	Pago por evento
Tipo de documento de identificación del usuario	Cédula de Ciudadania	**Cobertura o plan de beneficios**	Plan de beneficios en salud financiado con UPC
Número de documento de identificación del usuario	1069718827	**Número de contrato**	81-7-20243-25
Primer apellido del usuario	ARCINIEGAS	**Número de póliza**	81-7-20243-25
Segundo apellido del usuario	PARDO	**Fecha de inicio**	2025/11/01
Primer nombre del usuario	DAVID	**Fecha final**	2025/11/30
Segundo nombre del usuario	ARMANDO	**Operación Salud**	SS-SinAporte
Tipo de usuario	Contributivo beneficiario		

Grupo de campos para información relacionadas con el recaudo de los aportes.

Total Copago:	0.00
Total Cuota Moderadora:	0.00
Total Cuota Recuperación:	0.00
Total Pagos Compartidos:	0.00

Grupo de campos para información relacionados con código de Autorización, Mipres y id de prescripción.

C-3653-2025

bakertilly
Calle 90 No. 11 A - 41
Bogotá, Colombia
T: + 57 (1) 616 77 88
info@bakertillycolombia.com
www.bakertilly.co

El suscrito Revisor Fiscal
HEALTH & LIFE IPS S A S
Identificado con
NIT: 900.900.122-7

CERTIFICA QUE:

1. De acuerdo con la documentación e información suministrada, la Compañía da cumplimiento a sus obligaciones respecto al pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de seguridad social en salud al mes de noviembre por ser un pago anticipado y aportes a pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, así como los correspondientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA al mes de octubre del año 2025. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 828 de 2003 que modificó el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

2. Que los pagos correspondientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se realizaron en concordancia con lo dispuesto en el artículo 8 del decreto 862 del 26 de abril de 2013.

3. Igualmente, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que durante los últimos 10 meses a la fecha de la expedición de la presente certificación se han pagado dichos aportes, con excepción de los meses de febrero, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre del 2025 que fueron pagados posterior a su día de vencimiento.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los catorce (14) días del mes de noviembre de dos mil veinticinco (2025), para uso exclusivo de la Entidad.

Cordialmente

JASMIN MORA TORRES
Revisor Fiscal
T.P 165330-T
Designado por
Baker Tilly Colombia Ltda.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa HEALTH Y LIFE IPS SAS identificado(a) con NIT 9009001227 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA CORRIENTE No. 015095508 desde el 20 de Octubre de 2015, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 20 de Noviembre de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota