Ciudad y fecha:	Moniquirá, 15 de diciembre del 2025
Unidad:	Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td>X</td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-5-20216-25
Constancia de recibido No.	07
Contratista:	E.S.E. Hospital Regional de Moniquirá
NIT del contratista:	891.800.395-1
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SERVICIOS DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD Y TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS QUE TENGA HABILITAD LA ENTIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES DEL MUNICIPIO DE MONIQUIRÁ Y SU ZONA DE INFLUENCIA.
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:	SEISCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($650.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA distribuidos así: PARA VIGENCIA 2025 ($350.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA y PARA VIGENCIA 2026 ($300.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Plazo de ejecución:	22/08/2025 AL 31/03/2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 4 No. 9 - 101, barrio Ricaurte - E.S.E. Hospital Regional de Moniquirá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_**X**_	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA** Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá
Fecha de entrega certificada:	28/11/2025 AL 28/11/2025

	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025 y 2026	RASES N° 1	16	prestación de servicios de salud	**$ 419.100,00**	**$ 419.100,00**		**$ 419.100,00**
Acta de recepción de bienes	No Aplica						

N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	VR. GLOSA	VALOR DE LA FACTURA
FHM688058	28/11/2025	208.100,00		208.100,00
FHM687863	28/11/2025	211.000,00		211.000,00
TOTAL		**419.100,00**		**419.100,00**

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.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No__	Observaciones y Evidencias
1	Pago Aportes Parafiscales Vigentes	Si	No. 9495543508 DEL 28/11/2025

Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá

No. 7 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2025- 284169 -DEBOY / 20.1

Moniquirá, 30 de diciembre del 2025

Señora teniente coronel
IVONNE JOHANNA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Carrera 68 B Bis # 44 – 58, Torre A

Asunto: Informe de Supervisión contrato No. **81-5-20216-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO___X___ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/12/2025**	**Hasta**	**31/12/2025**

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, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación oficial No. **GS-2025-020459-RASES1-GRUCO-29.25** del 22/08/2025, el señor Mayor ISAAC AMADO CODINA GALLARDO, obrando en calidad de jefe Grupo Contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, notificó como supervisor del contrato al Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **Número de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: (4)**

1. Informe de supervisión del mes de agosto del 2025, del periodo comprendido entre el 22/08/2025 al 31/08/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GS-2025-202230-DEBOY del 20/09/2025
2. Informe de supervisión del mes de septiembre del 2025, del periodo comprendido entre el 01/09/2025 al 30/09/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GS-2025-227251-DEBOY del 21/10/2025
3. Informe de supervisión del mes de septiembre del 2025, del periodo comprendido entre el 01/10/2025 al 31/10/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GS-2025-256628-DEBOY del 25/11/2025
4. Informe de supervisión del mes de septiembre del 2025, del periodo comprendido entre el 01/11/2025 al 30/11/2025, presentado mediante comunicación oficial electrónica No. GS-2025-284161-DEBOY del 30/12/2025

Información del contrato

Contrato No.	**81-5-20216-25**
Objeto del Contrato	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD Y TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 ESPECIALMENTE A LOS RESIDENTES DEL MUNICIPIO DE MONIQUIRÁ Y SU ZONA DE INFLUENCIA.
Contratista	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ
Representante legal	ANA MARITHZA DAVILA BARÓN
Valor inicial del contrato	$650.000.000,00
Valor adiciones del contrato	$0,00
Valor total del contrato	SEISCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($650.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA distribuidos así: **PARA VIGENCIA 2025 ($350.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** y PARA VIGENCIA 2026 ($300.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Plazo de ejecución inicial	31 de marzo del 2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	22/08/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	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:

Mediante reunión de coordinación celebrada entre el contratista la señora Ana Maritza Dávila Barón Representante Legal de HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE y el supervisor del contrato, se recordó por parte de la supervisión al contratista las fechas de entrega previstas en el contrato y a forma de ejecución, apegándose al plan de trabajo y a las demás actividades administrativas que de él o que por el ejercicio de la prestación de servicios profesionales se puedan derivar.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. EL CONTRATISTA se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en la invitación y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato.	SI	NINGUNA

2.	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
3.	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
4.	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
5.	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
6.	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
7.	El porcentaje de intermediación solo se aplicará a los medicamentos cuyo valor no se encuentre regulados por el Estado.	SI	NINGUNA
8.	Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.	SI	NINGUNA
9.	El CONTRATISTA deberá designar un funcionario para el seguimiento de la ejecución del contrato indicando el nombre y apellido, número de teléfono y correo electrónico.	SI	NINGUNA
10.	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
11.	El CONTRATISTA se compromete a mantener vigente la póliza de Responsabilidad civil durante la ejecución del contrato en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015.	SI	NINGUNA
12.	El CONTRATISTA Se compromete a realizar la asignación de citas para especialidades, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente.	SI	NINGUNA
13.	El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo".	SI	NINGUNA
14.	El CONTRATISTA deberá prestar en forma continua y permanente el servicio de urgencias, con internación y Salas de Cirugía, las 24 horas del día, durante los 7 días de la semana, bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad.	SI	NINGUNA
15.	El CONTRATISTA deberá garantizar la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecución del contrato incluyendo sus adicciones y modificaciones.	SI	NINGUNA
16.	Los servicios y procedimientos que no se encuentren contemplados en el contrato y que sean necesarios deberán ser autorizados por la Regional de aseguramiento en Salud No. 1, previa cotización presentada por el Contratista, siempre y cuando no esté en el Manual Tarifario para los cuales se debe realizar la respectiva inclusión dentro del contrato y serán cancelados a la tarifa cotizada y afectada.	SI	NINGUNA
17.	El CONTRATISTA se compromete a adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los cups contratados con su respectivo valor en pesos.	SI	NINGUNA

18.	Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.	SI	NINGUNA
19.	El CONTRATISTA deberá notificar al supervisor del contrato y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato	SI	NINGUNA
20.	El CONTRATISTA deberá Informar al supervisor del contrato y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato.	SI	CERTIFICADO DEL 03/02/2025
21.	EL CONTRATISTA está obligado a asistir a las reuniones cuando estas sean necesarias citadas por el Supervisor del Contrato y/o por el ordenador del gasto entre las personas que desempeñen los cargos de: Subdirector Científico, Cuentas Médicas, oficina de Referencia Contra-referencia, Auditoría de Calidad del contratista con sus homólogos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 para analizar el desempeño y ejecución del contrato y tomar correctivos de los inconvenientes que se estén presentando.	SI	NINGUNA
22.	Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	NINGUNA
23.	Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	SI	NINGUNA
24.	El CONTRATISTA acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI	NINGUNA

25. 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. 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.	SI	NINGUNA
26. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
1. El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias lo realizará conforme al Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 SSMP de 2001) y el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSPN (Acuerdo 080 DE 2022 SSMP y demás normas que lo complementen o modifiquen).	SI	NINGUNA
2. Prestar los servicios de acuerdo al nivel y el Plan integral de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional Acuerdo 002 de 2001.	SI	NINGUNA
3. REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el contratista deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990, y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
4. El contratista deberá atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	SI	NINGUNA
5. El contratista deberá mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud del nivel de atención ofertado.	SI	NINGUNA
6. Para la autorización del servicio, el usuario deberá presentar el_documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad), así mismo no deberá exigir fotocopia de estos documentos conforme a lo establecido en el Decreto 19 de 2012.	SI	NINGUNA
7. Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del (Acuerdo 002 CSSMP de 2001), el contratista deberá diligenciar y tramitar para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico en los formatos establecidos para tal fin, el servicio que requiera el paciente (medicamentos, procedimientos e insumos), dentro de los tiempos establecidos por la norma ante la Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, Solo cuando el procedimiento o medicamento se requiera su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente a la central de autorizaciones.	SI	NINGUNA
8. La prescripción de medicamentos por urgencias, solo se hará para atender la misma. Medicamentos para uso ambulatorio solo podrán ser entregados por la IPS CONTRATISTA para continuar el tratamiento en la cantidad necesaria para cubrir las horas no hábiles de la farmacia dispuesta por la USP para tales fines	SI	NINGUNA

9. La atención inicial de urgencia no requiere autorización ni formato de referencia, pero debe ser notificada a la Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, quien asignará código de recepción del reporte. El procedimiento para la notificación de la atención inicial de urgencia será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y el formato a utilizar corresponde al Anexo 2 de la citada resolución. Si luego de la atención inicial de urgencias, se requiere continuar con la atención, servicios adicionales, extendiendo la atención hacia observación, ambiente quirúrgico, hospitalario, u otro no relacionado con la atención inicial, el contratista deberá solicitar el aval por parte de la central de Referencia, contrarreferencia y autorización de la Regional de aseguramiento en Salud No 1, quien podrá autorizar la continuidad de tratamiento en la IPS o trasladar a su propia red, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. El procedimiento para la solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, siendo el formato a utilizar para la solicitud el Anexo 3 y para la autorización por parte de la USP al Anexo 4 de la citada resolución y Decreto 4747 de 2007 artículos 12 y 13, y la Resolución 3047 DE 2008.	SI	NINGUNA
10. El contratista deberá gestionar el proceso de Contra-referencia: Luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitirse el paciente incluyendo un resumen de historia clínica del paciente, especificando los procedimientos realizados, fecha de inicio de tratamiento, fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
11. Si se determina que la complicación presentada es resultado de las fallas o complicaciones inherentes al procedimiento realizado en la prestación de servicio o de errores atribuibles al equipo médico responsable del caso, el costo del manejo será asumido por el contratista.	SI	NINGUNA
12. El contratista deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar.	SI	NINGUNA
13. El contratista deberá implementar su propio sistema de auditoría médica y permitir que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, a través de su auditor de calidad o de concurrencia realice las auditorias e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que consideren pertinentes.	SI	NINGUNA
14. La autorización de servicios hospitalarios se solicitará al correo disan.upb-rc@policia.gov.co y de urgencias al correo disan.griss-aut@policia.gov.co. de la Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, se atenderá las 24 horas del día a los números telefónicos: 3505560928.	SI	NINGUNA
15. En caso de que se requiera remisión de pacientes, según criterio médico, EL Contratista notificará a Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones el requerimiento en los formatos estipulados dando inicio a la apertura de bitácora para trasladar el paciente. La remisión será notificada al correo electrónico disan.upb-rc@policia.gov.co y verificada por medio telefónico por parte del CONTRATISTA a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 a los teléfonos: Teléfonos 3505560928.	SI	NINGUNA
16. El servicio programado por el contratista, se prestará a los pacientes previa solicitud del mismo en original, la cual debe expresar el procedimiento o atención solicitada de conformidad con los códigos únicos de procedimiento, el objeto del contrato, la malla de pertinencia definida por la Dirección de Sanidad y el diagnóstico de la patología en tratamiento y/o estudio y la firma del profesional solicitante, el diligenciamiento por parte del facilitador o quien haga sus veces del formato de autorizaciones con la asignación de la aprobación expedido por la central de referencia, contrarreferencia y autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
17. Recolectar y reportar los cinco primeros días de cada mes, a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 correo deboy.upres-spa@policia.gov.co y/o supervisor del contrato, el registro por persona de la atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento según el anexo técnico de la resolución 4505 de 2012.	SI	NINGUNA
18. El Contratista debe facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica que permita el manejo de agenda y citas médicas.	SI	NINGUNA

19.	Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.	SI	NINGUNA
20.	La Oportunidad para Consulta Especializada se desarrollará con base en la oferta de servicios presentada por la E.S.E. y según los lineamientos descritos en la normatividad general.	SI	NINGUNA
21.	La Oportunidad en Programación Quirúrgica, se desarrollará con base en la oferta de servicios presentada por la E.S.E y según los lineamientos descritos en la normatividad general.	SI	NINGUNA
22.	La Oportunidad para los Procedimientos diagnósticos y terapéuticos solicitados por los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional – la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 que se encuentren hospitalizados deberán ser resueltos de forma inmediata y en consulta externa lo establecido en la normatividad general.	SI	NINGUNA
23.	El contratista deberá reportar en medio magnético mensualmente a la oficina de garantía de calidad y auditoria medica de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 los indicadores de la Circular Externa Supersalud 012 de 2010, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Estos indicadores deberán ser enviados durante los primeros quince (15) días del mes los se apliquen a la IPS según listado que se relaciona a continuación: ✓ Registro de actividades por atención Urgencias ✓ Registro de actividades por atención Hospitalización ✓ Registro de actividades por internación en UCI ✓ Registro de actividades por atención quirúrgica ✓ Registro de partos Vaginales y por Cesárea ✓ Registro de morbilidad por grupos etéreos y sexo ✓ Registro de Natalicios por grupos etéreos y sexo ✓ Registro de mortalidad por grupos etéreos y sexo Igualmente se debe incluir los indicadores estipulados en la circular 030 de la Supersalud de 19 de mayo de 2006.	SI	NINGUNA
24.	El contratista deberá notificar al supervisor del contrato y Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.	SI	NINGUNA
25.	El contratista deberá Informar al supervisor del contrato y Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato.	SI	CERTIFICADO DEL 17/07/2025
26.	Cuando se detecte que un paciente es consultador crónico se reportará a la Central de Autorizaciones Oficina de Referencia Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 con sus datos personales y cada cuanto tiempo está consultando el paciente y/o cada cuanto se ha requerido su internación.	SI	NINGUNA
27.	El contratista deberá realizar el reporte de RIPS según la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 "Por el cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades prestadoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados", de forma mensual con la radicación de las facturas. Las facturas que sean acompañadas de RIPS en medio magnético que no tengan concordancia exacta con lo aportado físicamente o que no cumpla los requisitos de estructura y calidad de nuestra malla validadora serán objeto de devolución.	SI	NINGUNA
28.	El contratista deberá contar con un sistema de referencia y contrarreferencia y una oficina de atención al usuario con el fin de garantizar una comunicación efectiva y ágil con la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 para el manejo de la prestación del servicio.	SI	NINGUNA

29. El contratista acepta que por ningún motivo se autorizaran con posterioridad los servicios prestados a usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 que nunca fueron notificados y/o informados, en su debido tiempo bajo los términos de la Resolución 3047 de 2008 o normatividad que la modifique, al funcionario de la Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1	SI	NINGUNA
30. Para los servicios hospitalarios programados, se prestará a los pacientes previa orden de servicio en original, firmada por el médico tratante y orden de autorización, solamente bajo remisión que incluye la validación firmada por la oficina de referencia, Contrarreferencia y Autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1; dicha validación debe especificar el examen, terapéutica y/o procedimiento a realizar de acuerdo con el objeto del contrato y el diagnóstico del servicio solicitado según padecimiento del Paciente remitido y la vigencia de la orden no debe ser superior a 30 días, en cuyo caso deberá requerirse su renovación.	SI	NINGUNA
31. Las facturas deben agruparse en paquetes individuales de máximo 250 folios por paquete y Presentadas en cajas No. X-200, medidas 20,5 frente x largo X 27 Alto x 39 fondo, las cajas deberán estar elaboradas en Cartón Corrugado recubierto en su cara interna por una película a base de parafina y ceras vegetales, adicional cada caja tendrá en su interior doble fuelles elaborados en el mismo cartón de acuerdo a lo establecido por el Grupo de Conservación y Restauración del Archivo General de la Nación y según la Ley 594 de 2000.	SI	NINGUNA
32. Enviar el primer día hábil de cada semana a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).	SI	NINGUNA
33. El contratista deberá responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato: Asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e Indemnización de carácter laboral del personal que utilice para la ejecución del objeto del contrato.	SI	NINGUNA
34. Para el servicio de traslado por REFERENCIA DE PACIENTES, para tratamientos y hospitalizaciones en mayor complejidad a la ofertada, se harán las 24 horas del día, desde la sede del remitente, disan.upb-rc@policia.gov.co y verificada por medio telefónico por parte de la IPS a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 a los teléfonos: Teléfonos 3505560928.	SI	NINGUNA
35. El contratista deberá gestionar la iniciación de la remisión necesaria para servicios de mayor complejidad a la ofertada por la IPS y/o contratados, ante la **Central de Autorizaciones – Oficina de Referencia Contra referencia de Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, en forma oportuna.	SI	NINGUNA
36. El Subsistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional cuenta con un manual único de medicamentos y terapéutica del SSPM establecido en el acuerdo No 080 de 2022 el cual debe ser de conocimiento del contratista y del personal de profesionales para que la prescripción de medicamentos se realice conforme a lo establecido en el mencionado acuerdo. Cuando se haga necesaria la formulación de medicamentos que no estén contemplados en el acuerdo No 080 de 2022, se debe cumplir con el siguiente protocolo: • La prescripción del medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, sólo podrá realizarse por un médico u odontólogo especialista habilitado según corresponda, para la formulación correspondiente. • Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva. • La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado todas las posibilidades terapéuticas del presente Manual, sin obtener respuesta clínica o para clínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el Manual. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente. • La solicitud de este tipo de moléculas a nivel ambulatorio y hospitalario, deben estar debidamente soportadas y diligenciadas en los formatos respectivos. Ambulatorio (formato emitido por el Establecimiento de Sanidad Policial) e intrahospitalario (formato emitido por el respectivo prestador).	SI	NINGUNA

37. El contratista deberá socializar al personal asistencial que preste los servicios ambulatorios, hospitalarios la Directiva No 001 DIPON – DITAH de mayo 03 de 2019 la cual estipula "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios", la cual estipula lo siguiente: Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio: Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados)	SI	NINGUNA
38. Para el alta (egreso hospitalario) o posterior a la consulta de especialidades realizada post - interconsulta o remisión a especialista, siempre deberá remitirse el paciente diligenciando por el profesional de salud del Contratista, el formato de contra-referencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y plan de manejo. Todas las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas, facturadas y/o canceladas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
39. Se realizarán reuniones cuando estas sean necesarias citadas por el Supervisor del Contrato y/o por el ordenador del gasto entre las personas que desempeñen los cargos de: Subdirector Científico, Cuentas Médicas, oficina de Referencia Contra-referencia, Auditoría de Calidad del contratista con sus homólogos de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 para analizar el desempeño y ejecución del contrato y tomar correctivos de los inconvenientes que se estén presentando.	SI	NINGUNA
40. El CONTRATISTA deberá presentar con su propuesta portafolio de servicios con sus CUPS respectivos, especificando detalladamente el código y la descripción de cada uno de los procedimientos y se obliga con la entidad a realizar la prestación de los servicios de salud en las mismas condiciones durante la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
41. El contratista deberá designar un funcionario para el seguimiento de la ejecución del contrato indicando el nombre y apellido, número de teléfono y correo electrónico.	SI	NINGUNA
42. El Contratista deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos	SI	NINGUNA
43. EL Contratista deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (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 o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato	SI	NINGUNA
44. El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica.	SI	NINGUNA
45. El CONTRATISTA se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco (5) días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, con sus respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y al ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso.	SI	NINGUNA

46. Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de máximo tres (3) certificaciones y/o tres (3) contratos ejecutados o en ejecución con entidades del estado, que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista debidamente suscrito por el representante legal del contratante del proponente o por la persona autorizada para tal fin y calidad del servicio prestado. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación. Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. En el evento que el oferente presente certificaciones en número superior al máximo permitido, la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, para efectos de verificación de la experiencia, tomará únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso. NOTA: Para el caso de contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, se tomará la fecha de legalización del contrato, hasta la fecha de expedición de la certificación; criterios que aplican igualmente al momento de referirse al % de ejecución, por lo cual se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada.	SI	NINGUNA

2.1. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin novedades

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión ha transcurrido (132) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (91) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso 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 sesenta (60) días hábiles, 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 y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético (CD) la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los

usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente y los requisitos establecidos por la DIAN.

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica.
- Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

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 cual se anexa.
- El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

PARÁGRAFO PRIMERO: 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 recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO SEGUNDO: 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.

PARÁGRAFO TERCERO: 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 de Aseguramiento en Salud No. 1, 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 Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

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.

Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador. 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.

Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico 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 comité técnico científico CTC (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen.

NOMBRE BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 05601767999985

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$ 350.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 349.923.737,00	100%
Valor total facturado	$ 349.923.737,00	100%
Valor facturado pendiente de pago	$ 419.100,00	0%
Valor pagado	$ 349.504.637,00	100%
Valor pendiente de entrega	$ 76.263,00	0%

b. 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
No. 7 del 15/12/2025	$ 419.100,00	Del 28/11/2025 al 28/11/2025	$ 419.100,00	De la FHM688058 a la FHM687863	Pendiente	Pendiente	Pendiente

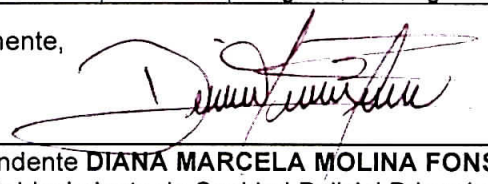
5. RECOMENDACIONES

Como supervisor no se tiene recomendaciones 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,



Subintendente **DIANA MARCELA MOLINA FONSECA**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Moniquirá
Supervisor Contrato No. 81-5-20216-25
Correo electrónico: deboy.espri-mon@policia.gov.co
No. Celular: 3505560997

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.
891800395

RADICACION CUENTAS
Nº 102005

FECHA DOCUMENTO: 11/12/2025 01:37 p. m.
ESTADO: Registrado
TERCERO: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1
NIT: 900336524 **CIUDAD:** BOGOTA, D.C.
DIRECCION: TUNJA
TELEFONO:
OBSERVACIONES:
ELABORÓ: 74245820 - HERNAN DARIO ALVAREZ MENESES

Nº FACTURA	FECHA FACTURA	CONTRATO		PLAN		Nº RAD ENTIDAD	FECHA RAD	EJECUTIVO CTA	VALOR FACTURA	VALOR RADICADO
FHM687863	28/11/2025 06:57 a. m.	RES007	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1	RES010	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1				$ 211.000,00	$ 0,00
FHM688058	28/11/2025 09:12 a. m.	RES007	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1	RES010	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1				$ 208.100,00	$ 0,00
									TOTAL RADICADO:	$ 0,00

SON CERO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

891800395

Hospital Regional de Moniquira E.S.E

Calle 4a Nº 9 -101 / Tel: (60) 8 72 8 28 54 / www.hrm.gov.co

Fecha Actual : viernes, 28 noviembre 2025

Cufe:8d4f502fef19a72f2741d8b1f47682e4ce328c1b4db2bcc10c3a098d4aa9df12dde216fef68dd349badd7651a5d2728c

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FHM687863

28 nov. 2025 06:57 a. m.

Paciente 37940948 LUZ AMPARO JIMÉNEZ MONTAÑA
Entidad RES010 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº1
Dirección TUNJA
Plan RES010 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº1
Estrato CD REGIMEN ESPECIAL CATEGORIA D
Centro HRM HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE
Empresa
Código IPS 154690082301

Tipo Cédula_Ciudadanía
NIT 900336524
Teléfono
Edad 68 Años / 8 Meses / 17 Días
Sexo Femenino
Ingreso 935555
Fec Ingreso 28 nov. 2025 06:54 a. m.
Fec Egreso 28 nov. 2025 06:56 a. m.

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
IMAGENOLOGIA						
951103	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJOMédico : 91509804 - MIGUEL ANDRES SILVA MUÑOZ	2	$ 105.500	$ 0	$ 0	$ 211.000

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	**0**	$ 211.000
VALOR CUOTA DE RECUPERACION		$ 0
VALOR ANTICIPO		$ 0
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO		$ 0
VALOR IVA		$ 0
VALOR DESCUENTO		$ 0
VALOR FRANQUICIA		$ 0
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO		$ 211.000

TOTAL: DOSCIENTOS ONCE MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

NOTAS FINALES: 16-01-02-039;81-5-20042-22;deboy.espri-mon@policia.gov.co

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764095461257 DEL 10 jul. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FHM600.001 AL FHM1.200.000. VIGENCIA 10 jul. 2025-10 jul. 2027

Nombre reporte : FCPPFacturaEntidad

Elabora:1054680506 - Nayibe Viviana viasus narvaez

LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.] NIT [891800395-1]

Outlook

Hemos Recibido el Documento enviado por usted

Desde Facturacion Electronica <facturacionelectronica@minhacienda.gov.co>
Fecha Vie 2025-11-28 06:58
Para FACTURACION ELECTRONICA <fev@hrm.gov.co>

Bogotá D. C., 2025-11-28

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E., Reciba un cordial saludo:

El Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF Nación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público informa que ha recibido el **FHM687863**, generada por usted.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1

Nota: La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y está dirigida únicamente a su destinatario. Su reproducción, lectura o uso está prohibido.

Si tiene dudas sobre su documento, comuníquese con el área financiera de la entidad contratante o con el supervisor del contrato.

Este es un sistema automático, por favor no responda este mensaje al correo remitente.

Recuerde agregar esta dirección de correo a sus contactos y lista de remitentes seguros para asegurarse de recibir nuestros mensajes.

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

891800395

Hospital Regional de Moniquira E.S.E

Calle 4a Nº 9 -101 / Tel: (60) 8 72 8 28 54 / www.hrm.gov.co

Fecha Actual : viernes, 28 noviembre 2025

Cufe:e5416e592d2545f5a96eb3bbe5a217dcbd0d6b47e76e0e3cdd05869c1908910a5c843ef496604d45127 11744471ec531

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FHM688058

28 nov. 2025 09:12 a. m.

Paciente 63433567 ANA CELIA BARBOSA OLAVE
Entidad RES010 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº1
Dirección TUNJA
Plan RES010 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº1
Estrato CD REGIMEN ESPECIAL CATEGORIA D
Centro HRM HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE
Empresa
Código IPS 154690082301

Tipo Cédula_Ciudadanía
NIT 900336524
Teléfono
Edad 61 Años / 4 Meses / 26 Días
Sexo Femenino
Ingreso 935755
Fec Ingreso 28 nov. 2025 09:10 a. m.
Fec Egreso 28 nov. 2025 09:11 a. m.

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTA						
890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULARMédico : 74244475 - VICTOR AUGUSTO BELTRAN GUAQUETA	1	$ 208.100	$ 0	$ 0	$ 208.100

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	**0**	$ 208.100
VALOR CUOTA DE RECUPERACION		$ 0
VALOR ANTICIPO		$ 0
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO		$ 0
VALOR IVA		$ 0
VALOR DESCUENTO		$ 0
VALOR FRANQUICIA		$ 0
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO		$ 208.100

TOTAL: DOSCIENTOS OCHO MIL CIEN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

NOTAS FINALES: 16-01-02-039;81-5-20042-22;deboy.espri-mon@policia.gov.co

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764095461257 DEL 10 jul. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FHM600.001 AL FHM1.200.000. VIGENCIA 10 jul. 2025-10 jul. 2027

Nombre reporte : FCRPFacturaEntidad

Elaboro:1049628448 - ANDREA YOHANA ARIAS URBANO

LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.] NIT [891800395-1]

Outlook

Hemos Recibido el Documento enviado por usted

Desde Facturacion Electronica <facturacionelectronica@minhacienda.gov.co>
Fecha Vie 2025-11-28 09:13
Para FACTURACION ELECTRONICA <fev@hrm.gov.co>

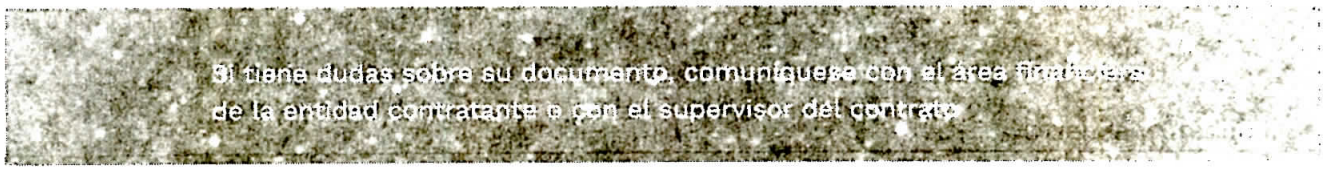
Bogotá D. C., 2025-11-28

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E., Reciba un cordial saludo:

El Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF Nación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público informa que ha recibido el **FHM688058**, generada por usted.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1

Nota: La información transmitida a través de este correo electrónico es confidencial y está dirigida únicamente a su destinatario. Su reproducción, lectura o uso está prohibido.



LA SUSCRITA REVISORA FISCAL ADRIANA FERRER PACHECHO
C.C. No. 46.667.605
T.P. 101383-T

CERTIFICA

La E.S.E. Hospital Regional de Moniquirá con NIT 891.800.395-1, se encuentra a paz y salvo con el pago de seguridad social y aportes parafiscales para el periodo comprendido del Veintiséis (26) de octubre al veinticinco (25) de noviembre del presente año, generados por la nómina mensual, obligación que se ha venido cumpliendo de forma oportuna con el pago de los aportes de seguridad social integral, la liquidación de pago de aportes al sistema de seguridad social de sus empleados corresponde a los ingresos base de liquidación y se han presentado dentro de los plazos establecidos.

Que en virtud de lo previsto en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario adicionado por el artículo 65 de la ley 1819 del 29 de diciembre de 2018 y adicionado por el artículo 118 de la ley 1943 de diciembre de 2018, manifestamos que esta entidad no es contribuyente del impuesto de renta y complementarios y no se encuentra exonerada del pago de aportes parafiscales a favor del SENA, del ICBF y las cotizaciones al sistema de seguridad social en SALUD por lo que se pagan la totalidad de los conceptos del SGSS.

Se expide en Moniquirá, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de dos mil veinticinco (2025) para los efectos previstos en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

NOMBRE: ADRIANA FERRER PACHECHO
C.C. 46.667.605
T.P. 101383-T
REVISOR FISCAL O REPRESENTANTE LEGAL
EMPRESA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ

aportes en linea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
N.T 891800395	1	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA	A - 200 O MAS COTIZANTES	MONIQUIRA COMFABOY	CL 4A 9 101	MONIQUIRA-BOYACA	3184665756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1960514768	9495543508	E	2025/12/23	2025/11/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$56.855.600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicacion en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: MONIQUIRA COMFABOY (21 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: 1. PLANTA RIESGO 3(21 Afiliados)																																		
Ciudad: MONIQUIRA Depto: BOYACA(21 Afiliados)																																		
1	CC	91014398	AMADO RODRIGUEZ JOSE ANGEL	Dependiente	0	No	No																											
2	CC	1118125887	BENITEZ MEDINA LAURA GINET	Dependiente	0	No	No													X														
3	CC	23783856	CANON GUERRERO HEIDY CONSUELO	Dependiente	0	No	No																											
4	CC	11344271	CASTILLO GARZON ROBERT MAURICIO	Dependiente	0	No	No																											
5	CC	4172969	CRISTANCHO ALVAREZ FABIO ULISES	Dependiente	0	No	No		X	2025/11/06																								
6	CC	33367116	DAVILA BARON ANA MARITZA	Dependiente	0	No	No																											
7	CC	52362497	GAMBA FERRUCHO KARIN MILENA	Dependiente	0	No	No																											
8	CC	67589[illegible]3	LOPEZ SANCHEZ EFRAIN	Dependiente	0	No	No																											
9	CC	1054802211	MARTINEZ DIAZ LAURA CAMILA	Dependiente	0	No	No		X	2025/11/05																								
10	CC	1049659414	MORALES VARGAS MARIA PAULA	Dependiente	0	No	No													X														
11	CC	1054679895	MORENO PAEZ YOINER JOSE	Dependiente	0	No	No				X	2025/11/06																						
12	CC	7229200	MORENO SANDOVAL ELKY GUSTAVO	Dependiente	0	No	No																											
13	CC	40034643	OJEDA CRUZ BLANCA NUBIA	Dependiente	0	No	No																											
14	CC	1030524957	PARRA CHAPARRO NANCY YANETH	Dependiente	0	No	No																											
15	CC	105759483[illegible]	RIVERA CASTRO DIEGO FERNANDO	Dependiente	0	No	No																											
16	CC	4081659	RODRIGUEZ SUAREZ JOSE ARMANDO	Dependiente	0	No	No																											
17	CC	1054681978	SALAZAR AVILA KAREN JULIETH	Dependiente	0	No	No																											
18	CC	74379877	SUAREZ ENGATIVA LUIS FRANCISCO	Dependiente	0	No	No																											
19	CC	9528546	TIBADUIZA VARGAS ARMANDO	Dependiente	0	No	No																											
20	CC	74242717	ULLOA HURTADO EDWIN	Dependiente	0	No	No														C	2025/11/01	2025/11/30											
21	CC	1053132567	VALERIANO AVENDANO DIANA PAOLA	Dependiente	0	No	No																											
Total		**Afiliados(21)**																																

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION												SALUD					
Fecha Inicio vcl	Fecha Fin vcl	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Interés	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP
																				$23,460,600						$17,438,400
																				$23,460,600						$17,438,400
																				$23,460,600						$17,438,400
						$3,041,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$3,041,000	16%	SIN RIESGO	$486,600	$0	$0	$0	$0	$0	$486,600		NUEVA E.P.S.	30	$3,041,000	12.5%	$380,200	
						$5,459,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$7,100,422	16%	SIN RIESGO	$1,136,100	$0	$0	$35,600	$35,600	$0	$1,207,300		SANITAS	30	$7,100,422	12.5%	$887,600	
						$3,600,000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$3,600,000	16%	SIN RIESGO	$576,000	$0	$0	$0	$0	$0	$576,000		COMPENSAR	30	$3,600,000	12.5%	$450,000	
						$8,942,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$8,942,000	16%	SIN RIESGO	$1,430,800	$0	$0	$44,800	$44,800	$0	$1,520,400		COOSALUD MOVILIDAD	30	$8,942,000	12.5%	$1,117,800	
						$8,942,000	No	Fijo	COLPENSIONES	25	$7,451,667	16%	SIN RIESGO	$1,192,300	$0	$0	$37,300	$37,300	$0	$1,266,900		FAMISANAR	25	$7,451,667	12.5%	$931,500	
						$17,562,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$17,562,000	16%	SIN RIESGO	$2,810,000	$0	$0	$87,900	$87,900	$0	$2,985,800		NUEVA E.P.S.	30	$17,562,000	12.5%	$2,195,300	
						$9,637,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$9,637,000	16%	SIN RIESGO	$1,542,000	$0	$0	$48,200	$48,200	$0	$1,638,400		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$9,637,000	12.5%	$1,204,700	
						$8,942,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$8,942,000	16%	SIN RIESGO	$1,430,800	$0	$0	$44,800	$44,800	$0	$1,520,400		FAMISANAR	30	$8,942,000	12.5%	$1,117,800	
						$6,510,000	No	Fijo	PORVENIR	26	$5,642,000	16%	SIN RIESGO	$902,800	$0	$0	$0	$0	$0	$902,800		FAMISANAR	26	$5,642,000	12.5%	$705,300	
						$5,459,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$7,030,944	16%	SIN RIESGO	$1,125,000	$0	$0	$35,200	$35,200	$0	$1,195,400		FAMISANAR	30	$7,030,944	12.5%	$878,900	
						$6,752,000	No	Fijo	PORVENIR	6	$1,350,400	16%	SIN RIESGO	$216,100	$0	$0	$0	$0	$0	$216,100		FAMISANAR	6	$1,350,400	12.5%	$168,800	
						$8,942,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$8,942,000	16%	SIN RIESGO	$1,430,800	$0	$0	$44,800	$44,800	$0	$1,520,400		FAMISANAR	30	$8,942,000	12.5%	$1,117,800	
						$6,510,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$6,510,000	16%	SIN RIESGO	$1,041,600	$0	$0	$32,600	$32,600	$0	$1,106,800		NUEVA E.P.S.	30	$6,510,000	12.5%	$813,800	
						$4,880,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$4,880,000	16%	SIN RIESGO	$780,800	$0	$0	$0	$0	$0	$780,800		NUEVA E.P.S.	30	$4,880,000	12.5%	$610,000	
						$6,339,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$6,339,000	16%	SIN RIESGO	$1,014,300	$0	$0	$31,700	$31,700	$0	$1,077,700		SANITAS	30	$6,339,000	12.5%	$792,400	
						$8,942,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$8,942,000	16%	SIN RIESGO	$1,430,800	$0	$0	$44,800	$44,800	$0	$1,520,400		FAMISANAR	30	$8,942,000	12.5%	$1,117,800	
						$3,600,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$3,600,000	16%	SIN RIESGO	$576,000	$0	$0	$0	$0	$0	$576,000		FAMISANAR	30	$3,600,000	12.5%	$450,000	
						$6,752,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$6,752,000	16%	SIN RIESGO	$1,080,400	$0	$0	$33,800	$33,800	$0	$1,148,000		SANITAS	30	$6,752,000	12.5%	$844,000	
						$9,637,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$9,637,000	16%	SIN RIESGO	$1,542,000	$0	$0	$48,200	$48,200	$0	$1,638,400		NUEVA E.P.S.	30	$9,637,000	12.5%	$1,204,700	
						$8,942,000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$8,942,000	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		SANITAS	30	$8,942,000	0%	$0	
						$3,600,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$3,600,000	16%	SIN RIESGO	$576,000	$0	$0	$0	$0	$0	$576,000		NUEVA EPS MOVILIDAD	30	$3,600,000	12.5%	$450,000	
																				$23,460,600						$17,438,400	

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

Radicado GECOP No. GS-2025-270495-DEBOY

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No.

No. SISCO:	**DEBOY - 2025**	**No. REGISTRO QUIPU :**	
No. CONTRATO:	**81-5-20216-25**	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	**$ 419.100,00**	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		**CONTRATISTA:**	E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	TOTAL FACTURAS 2 FHM688058 - FHM687863	**NIT DEL CONTRATISTA:**	**891.800.395-1**

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: **N/A** **CUENTA BANCARIA:** **N/A**

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) **REG QUIPU** **REG SIIF**

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

6. FACTURA ORIGINAL: ✓
No. 9495543508 DEL 28/11/2025

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: **N/A** ✓

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

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

9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP ✓

10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP ✓

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

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). ✓

PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,

SI X NO ____

OBSERVACIONES : **N. QUIPU** **N. SIIF**

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

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

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

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:_____