No. 10 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

GS-2026- -DEBOY 20.1

Garagoa, 11 de mayo del 2026

Señora teniente coronel
IVONNE JOHANNA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Carrera 68 B BIS No. 44-58
Bogotá D.C.

ASUNTO: Informe de supervisión del Contrato No. 81-5-20186-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/04/2026**	**Hasta**	**30/04/2026**

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 del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante Comunicado Oficial GS-2025-016780-RASES1-GRUCO-20.1 de fecha 11 de julio de 2025, El señor capitán ISAAC AMADO CODINA GALLARDO, obrando en calidad de jefe Grupo de Contratos RASES No 1, notifica como supervisor del contrato de asunto al responsable como Jefe de Establecimiento de Atención en Salud Garagoa.

Mediante Acta electrónica No. AC-2025-118201-DEBOY/UPRES - 2.18 del 13/12/2025, el señor subintendente GABRIEL RICARDO SÁNCHEZ GALVIS, hace la entrega de la supervisión de la entidad E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES, por Contrato interadministrativo, al señor subintendente PABLO ALEXANDER CUESTA JUNCO como Jefe de Establecimiento de Atención en Salud Garagoa.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: NUEVE (09)**

1. Informe de supervisión del mes de JULIO o del periodo comprendido entre el 11/07/2025 y el 31/07/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-202390-DEBOY del 22/08/2025.

2. Informe de supervisión del mes de AGOSTO o del periodo comprendido entre el 01/08/2025 y el 31/08/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-202522-DEBOY del 04/09/2025.
3. Informe de supervisión del mes de SEPTIEMBRE o del periodo comprendido entre el 01/09/2025 y el 30/09/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-272208-DEBOY del 03/10/2025.
4. Informe de supervisión del mes de OCTUBRE o del periodo comprendido entre el 01/10/2025 y el 31/10/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-272244-DEBOY del 05/11/2025.
5. Informe de supervisión del mes de NOVIEMBRE o del periodo comprendido entre el 01/11/2025 y el 30/11/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-272267-DEBOY del 03/12/2025.
6. Informe de supervisión del mes de DICIEMBRE o del periodo comprendido entre el 01/12/2025 y el 31/12/2025 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-004958-DEBOY del 05/01/2026.
7. Informe de supervisión del mes de ENERO o del periodo comprendido entre el 01/01/2026 y el 31/01/2026 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-031721-DEBOY del 05/01/2026.
8. Informe de supervisión del mes de MARZO o del periodo comprendido entre el 01/02/2026 y el 28/02/2026 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-061454-DEBOY del 11/03/2026.
9. Informe de supervisión del mes de ABRIL o del periodo comprendido entre el 28/02/2026 y el 30/03/2026 presentado mediante comunicado oficial No. GS-2025-092282-DEBOY del 11/04/2026

Información del contrato

Contrato No.	81-5-20186-25
Objeto del Contrato	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNINDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, ESPECIALMENTE LOS RESIDENTES DEL MUNICIPIO DE MIRAFLORES Y SU ZONA DE INFLUENCIA
Contratista	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES
Representante legal	CLARA ROCIO VERA VALLEJO
Valor inicial del contrato	$ 60.000.000,00
Valor adiciones del contrato	$ 30.000.000,00
Valor total del contrato	Vigencia 2025 por valor de ($30.000.000,00) y Vigencia 2026 por valor de ($30.000.000,00) Adición 2026 de ($30.000.000,00) para un Total de ($ 90.000.000,00)
Plazo de ejecución inicial	NUEVE (09) MESES Y VEINTE (20) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	11/07/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)	30/04/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	30 DE ABRIL 2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	31 DE AGOSTO 2026
Adiciones	NO APLICA

Modificatorios	**001 el valor del contrato asciende a la suma de noventa millones de pesos ($90.000.000,00) moneda legal colombiana.** **Para la vigencia 2025 treinta millones de pesos ($30.000.000,00) moneda legal colombiana.** **Para la vigencia 2026 noventa millones de pesos ($90.000.000,00) moneda legal colombiana.**
Prorrogas	No Aplica
Otros	No Aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

Se viene realizando seguimiento al contrato No. 81-5-20186-25, solicitando a la entidad E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES la remisión de las facturas pendientes por radicar ante la Oficina Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Boyacá, ubicada en la calle 21 No. 8-70, centro histórico de la ciudad de Tunja.

Estas facturas corresponden a atenciones prestadas, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos asignados para la vigencia 2025.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. Cumplir con el objeto contractual.	SI X NO__	El contratista cumplió con las condiciones establecidas en el punto número 1 de las obligaciones del cumplimiento del contratista legales durante el mes de prestación de servicio
2.EL CONTRATISTA debe cumplir especificaciones técnicas y garantías exigidas en las condiciones técnicas mínimas exigidas en el contrato.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con las especificaciones técnicas y garantías exigidas en las condiciones técnicas mínimas establecidas en el contrato, asegurando que los bienes y/o servicios entregados se ajustan a los parámetros definidos en el objeto contractual.
3.Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha obrado con lealtad y buena fe durante todas las etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas en la ejecución del contrato, garantizando así el desarrollo oportuno y transparente de las obligaciones pactadas.
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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha respondido oportunamente, dentro de los plazos establecidos por la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, a los requerimientos de aclaración e información formulados durante la ejecución del contrato, garantizando así la comunicación efectiva y el

		flujo adecuado de información.
5.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 si o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha guardado la confidencialidad de toda la información que le fue entregada, así como aquella que se encuentra bajo su custodia o que, por cualquier circunstancia, debió conocer o manipular. Durante la ejecución del contrato, no se presentaron divulgaciones ni usos indebidos que pudieran generar perjuicios a la administración o a terceros, cumpliendo así con la responsabilidad civil, penal y disciplinaria establecida en la cláusula contractual.
6.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** no accedió a peticiones ni amenazas de personas que, actuando por fuera de la ley, pretendieran obligarlo a realizar u omitir algún acto durante la ejecución contractual. Asimismo, se confirma que no se presentaron eventos de esta naturaleza; en caso de haberse detectado, el contratista se comprometió a informar oportunamente a la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** y a las autoridades competentes para la adopción de las medidas necesarias, conforme a lo estipulado en el contrato.
7.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha mantenido activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para la realización de los pagos, evitando traumatismos en el proceso de ejecución del contrato y garantizando la continuidad en el flujo financiero conforme a lo estipulado en las condiciones contractuales.
8.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha dado cumplimiento a las demás obligaciones contenidas en el artículo 5º de la **Ley 80 de 1993**, actuando conforme a los principios y deberes allí establecidos. Durante la ejecución contractual, no se evidenciaron acciones u omisiones que generaran incumplimiento, por lo que se ratifica su responsabilidad civil y penal en el marco de la actuación contractual.
9.El descuento ofrecido para la intermediación de materiales e insumos se realizará sobre el porcentaje techo establecido por la entidad.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha aplicado el descuento ofrecido para la intermediación de materiales e insumos conforme al porcentaje techo establecido por la entidad, cumpliendo con las condiciones pactadas en el contrato.
10.El porcentaje de intermediación solo se aplicará a los medicamentos cuyo valor no se encuentre regulados por el Estado.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha aplicado el porcentaje de intermediación únicamente a los medicamentos cuyo valor

		no se encuentra regulado por el Estado, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
11.Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** entregó formalmente al contratante el **Modelo de Prestación de Servicios** definido por el posible prestador (IPS y/o ESE), junto con la propuesta, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
12.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** designó oportunamente un funcionario para el seguimiento de la ejecución del contrato, indicando nombre completo, número de teléfono y correo electrónico, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
13.Prestar el servicio las 24 horas del día, durante los 7 días de la semana.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha prestado el servicio las 24 horas del día, durante los siete (7) días de la semana, garantizando la continuidad y disponibilidad permanente conforme a lo estipulado en el contrato.
14.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de pagar los aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales. Respecto al pago de parafiscales, se confirma que se aplicó lo contenido en el **Artículo 114-1 del Estatuto Tributario**, adicionado por el artículo 65 de la **Ley 1819 de 2016**, conforme a lo estipulado en el contrato.
15.El CONTRATISTA se compromete a mantener vigente la póliza de Responsabilidad civil durante la ejecución del contrato.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha mantenido vigente la póliza de responsabilidad civil durante toda la ejecución del contrato, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales y garantizando la cobertura requerida para la protección de las partes involucradas.
16.El CONTRATISTA deberá garantizar la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecución del contrato incluyendo sus adicciones y modificaciones.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha garantizado la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante todo el plazo de ejecución del contrato, incluyendo sus adiciones y modificaciones, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
17.El CONTRATISTA Se compromete que, para la asignación de las citas para especialidades, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos no podrá ser superior a 20 días calendario.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha garantizado que el tiempo para la asignación de citas de especialidades, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos no ha superado los veinte (20) días calendario, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
18.Los servicios y procedimientos que no se encuentren contemplados en el contrato	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha gestionado adecuadamente los servicios y

y que sean necesarios deberán ser autorizados por la Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 para los cual se debe realizar la respectiva modificación al contrato y serán cancelados a las tarifas establecidas en el contrato.		procedimientos no contemplados en el contrato, solicitando la autorización correspondiente ante la **Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**. En los casos requeridos, se realizaron las modificaciones contractuales pertinentes y se aplicaron las tarifas establecidas en el contrato, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
19.EI 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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** adjuntó, al momento de la legalización del contrato, el listado en formato Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
20.EI 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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la implementación del **Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)**, conforme a lo establecido en el **Decreto 1072 de 2015**, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo", y la **Resolución 0312 de 2019**, "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo", garantizando la adopción de las medidas requeridas para la protección laboral.
21.EI 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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de reportar, dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia, los eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, incluyendo el respectivo análisis y la implementación de un plan de mejora. Dichos reportes fueron entregados al supervisor del contrato y al ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso, conforme a lo estipulado en las condiciones contractuales.
22.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	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha presentado la facturación electrónica previamente validada por la **DIAN**, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme a lo dispuesto en el **Decreto 358 del 5 de marzo de 2020** y la **Resolución 000042 del 5 de mayo de 2020**. La facturación o su representación gráfica fue recepcionada en el correo electrónico institucional indicado, cumpliendo además con los términos del **Artículo 1.6.1.4.3** del Decreto 358 de 2020 para sujetos no obligados a expedir factura de

términos del Articulo 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		venta y/o documento equivalente.
23.Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar e desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad d 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 hay 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 c Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha garantizado la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual tuvo acceso, directa o indirectamente, durante la ejecución del contrato. Para ello, adoptó las medidas necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida, suscribiendo los formatos de confidencialidad exigidos por la entidad. Asimismo, se confirma que el contratista no suministró información reservada relacionada con aspectos locativos, sistemas de información, documentación física o digital, datos de funcionarios, contratistas y usuarios del Subsistema de Salud, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
24.Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será manteniendo en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quien la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considere 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 se 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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha mantenido en estricta confidencialidad toda la información intercambiada, facilitada o creada entre las partes para el cumplimiento del objeto contractual. La información considerada confidencial no fue divulgada, salvo a personas autorizadas previamente por la parte propietaria de dicha información. Asimismo, se confirma que el contratista adoptó las medidas necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida, cumpliendo con lo estipulado en la cláusula contractual y en los formatos de reserva suscritos con la entidad.
25.Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha acatado los lineamientos del **Régimen de Protección de Datos** y demás disposiciones

aspectos relacionados con el tratamiento de información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo título 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 cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		relacionadas con el tratamiento de la información aplicables, en el marco de la **Ley Estatutaria 1581 de 2012**, la **Ley 1712 de 2014**, el **Decreto 1074 de 2015** (Título 2, Libro 2, Parte 2) y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan. Asimismo, se confirma el cumplimiento de la **Resolución 08310 de 2016**, por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional, garantizando la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información institucional durante la ejecución del contrato.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO:		
1.El contratista deberá a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios 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 052 DE 2013 SSMP y demás normas que lo complementen o modifiquen).	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha garantizado que el personal asistencial encargado de prestar los servicios ambulatorios y de urgencias lo realizó conforme al **Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial** (Acuerdo 002 SSMP de 2001) y al **Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSPN** (Acuerdo 052 de 2013 SSMP), así como a las normas que lo complementan o modifican, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
2.El CONTRATISTA deberá 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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha prestado los servicios de salud conforme al nivel y al **Plan Integral de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional**, establecido en el **Acuerdo 002 de 2001**, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** anexó a su oferta el **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**, y lo mantuvo vigente durante toda la ejecución del contrato, conforme a lo establecido en la **Ley 10 de 1990** y demás normas aplicables.
4.Transporte asistencial en caso de urgencia: El contratista deberá prestar el servicio las 24 horas del día durante los siete días a la semana de acuerdo a la disponibilidad del contratista, el servicio de ambulancia básica por las tarifas institucionales	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha garantizado la prestación del servicio de transporte asistencial en caso de urgencia, las 24 horas del día, durante los siete (7) días de la semana, conforme a la disponibilidad del contratista y aplicando las tarifas

		institucionales para el servicio de ambulancia básica, cumpliendo con lo estipulado en las condiciones contractuales.
5.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** ha atendido a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados. Asimismo, se confirma que se cumplió estrictamente con todas las normas legales, éticas y sanitarias vigentes, así como con los deberes derivados de la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres, conforme a lo estipulado en el contrato.
6.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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** mantiene vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias, necesarios para la prestación de los servicios de salud del nivel de atención ofertado. La evidencia fue validada mediante la revisión de los documentos correspondientes.
7.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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha implementado el procedimiento para la autorización de servicios, exigiendo únicamente la presentación del documento de identificación en original según el caso (registro civil, tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía), sin requerir fotocopias, en concordancia con lo dispuesto en el **Decreto 19 de 2012**.
8.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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con el procedimiento para la gestión de servicios electivos fuera del plan de beneficios (Acuerdo 002 CSSMP de 2001), diligenciando y tramitando las solicitudes ante el **Comité Técnico Científico** en los formatos establecidos, dentro de los tiempos normativos, y remitiéndolas a la **Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**. Asimismo, se constató que en los casos de urgencia clínica, orden judicial o tutela, la prestación o suministro se realizó con la inmediatez requerida y se reportó posteriormente a la central de autorizaciones, conforme a lo estipulado.
9.La prescripción de medicamentos por urgencias, el contratista solo lo suministrara	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la disposición relacionada con la

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		prescripción y suministro de medicamentos por urgencias, limitando la entrega únicamente para atender la urgencia presentada. Asimismo, se constató que los medicamentos para uso ambulatorio fueron entregados por la IPS contratista únicamente para continuar el tratamiento, en la cantidad necesaria para cubrir las horas no hábiles de la farmacia dispuesta por la USP, conforme a lo estipulado en la cláusula contractual.
10.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 a 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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha dado cumplimiento a lo dispuesto para la atención inicial de urgencias, la cual no requiere autorización ni formato de referencia, pero fue notificada oportunamente a la **Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, obteniendo el código de recepción del reporte conforme al procedimiento descrito en la **Resolución 3047 de 2008** y utilizando el formato del **Anexo 2** de la citada resolución. Asimismo, se constató que, cuando la atención inicial requirió continuidad hacia observación, ambiente quirúrgico, hospitalario u otros servicios adicionales, el contratista gestionó la autorización ante la central correspondiente, siguiendo el procedimiento y formatos establecidos en la **Resolución 3047 de 2008** (Anexos 3 y 4) y el **Decreto 4747 de 2007**, artículos 12 y 13, garantizando la atención sin generar obstáculos cuando existía riesgo inminente para la vida del paciente.
11.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	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de reportar, dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia, los eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, incluyendo el análisis respectivo y la

supervisor del contrato y al ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso.		implementación de planes de mejora. Asimismo, se constató que dichos reportes fueron remitidos al **Supervisor del contrato** y al **Ordenador del gasto**, y que el contratista asumió los costos de atención en salud derivados del evento adverso, conforme a lo estipulado en la cláusula contractual.
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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha dado cumplimiento a la normatividad vigente en materia de gestión ambiental, especialmente en lo relacionado con el manejo adecuado de los residuos peligrosos generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando ha sido aplicable. La evidencia se soporta en los registros y protocolos implementados conforme a la normativa sanitaria y ambiental.
13.El contratista deberá implantar 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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha implantado su propio sistema de auditoría médica, garantizando los procesos internos de control y seguimiento. Asimismo, se constató que permitió la realización de auditorías e inspecciones por parte de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, a través de su auditor de calidad o de concurrencia, brindando acceso a las áreas y documentos pertinentes, conforme a lo estipulado en la cláusula contractual.
14.Para la autorización de servicios el contratista deberá requerirlo al correo disan.upb-rc@policia.gov.co y de urgencias al correo disan.griss-aut@policia.gov.co se harán las 24 horas del día a la Central de Referencia, Contrarreferenica y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 a los números telefónicos: 3505560928.	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con el procedimiento para la autorización de servicios, realizando las solicitudes a través de los correos electrónicos institucionales **disan.upb-rc@policia.gov.co** (servicios generales) y **disan.griss-aut@policia.gov.co** (urgencias), las 24 horas del día, conforme a lo estipulado. Asimismo, se constató que las autorizaciones se gestionaron mediante la **Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, utilizando los canales oficiales, incluyendo el número telefónico **3505560928**, garantizando la oportunidad y continuidad en la atención.
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	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con el procedimiento para la remisión de pacientes, notificando oportunamente a la **Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones** el requerimiento en los formatos estipulados, dando inicio a la apertura de bitácora para el traslado del paciente. Asimismo, se constató que la remisión fue

telefónico por parte de la IPS a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 a los teléfonos: Teléfonos 3505560928.		notificada al correo electrónico **disan.upb-rc@policia.gov.co** y verificada mediante comunicación telefónica con la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, utilizando el número oficial **3505560928**, conforme a lo establecido en la cláusula contractual.
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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la prestación de servicios programados, atendiendo únicamente solicitudes en original que expresan el procedimiento o atención requerida, conforme a los **Códigos Únicos de Procedimiento (CUPS)**, el objeto contractual, la malla de pertinencia definida por la Dirección de Sanidad, el diagnóstico correspondiente y la firma del profesional solicitante. Asimismo, se constató que el contratista diligenció el formato de autorizaciones por parte del facilitador o su delegado, y gestionó la aprobación ante la **Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, cumpliendo con los lineamientos establecidos.
17.El contratista deberá 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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de recolectar y reportar, dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes, el registro por persona de la atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, conforme al anexo técnico de la **Resolución 4505 de 2012**. Dicho reporte fue remitido a la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** al correo **deboy.upres-spa@policia.gov.co** y/o al supervisor del contrato, cumpliendo con los lineamientos establecidos.
18.El Contratista debe facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica que permita el manejo de agenda y citas médicas	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de facilitar a los pacientes una línea de comunicación telefónica funcional, destinada al manejo de agenda y programación de citas médicas, garantizando la accesibilidad y oportunidad en la atención conforme a lo estipulado en la cláusula contractual.
19.El contratista deberá dar cumplimiento en lo establecido en la Resolución 3280 de agosto del 2018, Resolución 276 de febrero del 2019, instructivo 016, instructivo 017 y acuerdo 070, por lo cual se estipula las intervenciones y acciones en salud de protección específica y detección temprana por curso de vida o ciclo.	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha dado cumplimiento a lo establecido en la **Resolución 3280 de 2018**, la **Resolución 276 de 2019**, los **Instructivos 016 y 017**, y el **Acuerdo 070**, implementando las intervenciones y acciones en salud de protección específica y detección temprana por curso de vida o ciclo, así como las **Rutas**

• Primera infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Rutas integrales por grupo de riesgo y rutas integrales por eventos en salud especifico.		**Integrales de Atención en Salud (RIAS)** por grupo de riesgo y por eventos específicos en salud. Se constató la ejecución de actividades correspondientes a: • Primera infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez Cumpliendo con los lineamientos normativos y garantizando la integralidad en la atención.
20.La oportunidad para consulta se desarrollará con base a la oferta de servicios presentada por el contratista (IPS) y según los lineamientos descritos en la normatividad general.	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha garantizado la oportunidad para la prestación de consultas, desarrollándolas con base en la oferta de servicios presentada por la IPS y conforme a los lineamientos descritos en la normatividad general vigente, asegurando la atención en los tiempos establecidos.
21.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 por el contratista de forma inmediata y en consulta externa de acuerdo a lo establecido en la normatividad general.	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha garantizado la oportunidad para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos solicitados por los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, tanto en pacientes hospitalizados como en consulta externa, resolviendo las solicitudes de forma inmediata en los casos de hospitalización y conforme a la normatividad general para consulta externa. Este cumplimiento asegura la continuidad y calidad en la atención, conforme a lo estipulado en la cláusula contractual.
22.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. 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 • Registro de partos Vaginales	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de reportar mensualmente, en medio magnético, a la **Oficina de Garantía de Calidad y Auditoría Médica de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, los indicadores establecidos en la **Circular Externa Supersalud 012 de 2010**, así como los indicadores definidos en el **Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud**. Los reportes fueron enviados dentro de los primeros quince (15) días del mes, incluyendo: • Registro de actividades por atención de urgencias • Registro de actividades por atención • Registro de partos vaginales • Registro de morbilidad por grupos etarios

• 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.		y sexo • Registro de natalicios por grupos etarios y sexo • Registro de mortalidad por grupos etarios y sexo Igualmente, se incluyeron los indicadores estipulados en la **Circular 030 de la Supersalud del 19 de mayo de 2006**, cumpliendo con los lineamientos normativos.
23.Cuando se detecte que un paciente es consultor crónico. El contratista deberá reportar a la Central de Autorizaciones Oficina de Referencia Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, indicando sus datos personales y cada cuanto tiempo está consultando y/o cada cuanto se ha requerido su internación.	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de reportar a la **Central de Autorizaciones – Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** los casos en que se detecta un paciente consultor crónico, indicando sus datos personales y la frecuencia con la que realiza consultas y/o ha requerido internación. Este reporte se realizó conforme a los lineamientos establecidos en la cláusula contractual.
24.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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de realizar el reporte de **RIPS** conforme a lo dispuesto en la **Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000**, reglamentando los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud. El reporte se efectuó de forma mensual junto con la radicación de las facturas, asegurando la concordancia exacta entre la información en medio magnético y la documentación física, cumpliendo con los requisitos de estructura y calidad establecidos en la malla validadora. No se presentaron devoluciones por inconsistencias
25.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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia funcional, así como con una oficina de atención al usuario, garantizando una comunicación efectiva y ágil con la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** para el manejo oportuno de la prestación del servicio, conforme a lo estipulado en la cláusula contractual.
26.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	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha aceptado y cumplido la disposición según la cual no se autorizarán, bajo ningún motivo, servicios prestados a usuarios de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1** que no hayan sido notificados e informados oportunamente al funcionario de la **Central de Referencia, Contrarreferencia y**

Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1		**Autorizaciones**, conforme a los términos establecidos en la **Resolución 3047 de 2008** o la normatividad que la modifique. Se constató que todas las notificaciones se realizaron en tiempo y forma, evitando la prestación de servicios sin autorización previa.
27.El contratista deberá presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco (5) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá en la Calle 21 No. 8 – 70 Centro Histórico Tunja de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley General de Archivo, Ley 594 de julio 14 de 2000 demás normas que la sustituyan o modifiquen.	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco (5) días del mes siguiente, en la **Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá**, ubicada en la Calle 21 No. 8 – 70 Centro Histórico, Tunja, de la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**. La documentación fue organizada conforme a la normatividad descrita en la **Ley General de Archivo (Ley 594 de 2000)** y demás disposiciones que la sustituyan o modifiquen, garantizando la correcta presentación y conservación de los documentos.
28.El contratista deberá presentar la facturación agruparse en paquetes individuales de máximo 250 folios por paquete de acuerdo a lo establecido por el Grupo de Conservación y Restauración del Archivo General de la Nación y según la Ley 597 de 2000.	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de presentar la facturación organizada en paquetes individuales de máximo 250 folios por paquete, conforme a lo establecido por el **Grupo de Conservación y Restauración del Archivo General de la Nación** y en cumplimiento de la **Ley 597 de 2000**. Este procedimiento garantiza la adecuada conservación documental y el cumplimiento de las normas archivísticas vigentes.
29.El contratista deberá 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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de enviar, el primer día hábil de cada semana, la información correspondiente a la **notificación epidemiológica semanal**, reportando únicamente los casos de usuarios del **Subsistema de Salud de la Policía Nacional**, a la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, conforme a lo estipulado en la cláusula contractual
30.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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de responder laboralmente por la vinculación del personal utilizado para la ejecución del contrato, asumiendo el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones de carácter laboral, conforme a lo estipulado en la cláusula contractual y la normatividad vigente.
31.El contratista deberá garantizar que para el servicio de traslado por REFERENCIA DE	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha garantizado la disponibilidad del servicio 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.		traslado por **referencia de pacientes** para tratamientos y hospitalizaciones de mayor complejidad a la ofertada, las 24 horas del día, desde la sede del remitente. Asimismo, se constató que las remisiones fueron notificadas al correo institucional **disan.upb-rc@policia.gov.co** y verificadas mediante comunicación telefónica con la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, utilizando el número oficial **3505560928**, cumpliendo con los lineamientos establecidos en la cláusula contractual.
32.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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha gestionado de manera oportuna la iniciación de las remisiones necesarias para servicios de mayor complejidad a la ofertada por la IPS y/o contratados, ante la **Central de Autorizaciones – Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1**, cumpliendo con los procedimientos establecidos en la cláusula contractual.
33. 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 052 de 2013 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 052 de 2013, 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	SI X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha dado cumplimiento a lo dispuesto en el **Acuerdo No. 052 de 2013**, asegurando que la prescripción de medicamentos se realice conforme al **Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP**, el cual es de conocimiento del contratista y del personal profesional. Asimismo, se constató que, cuando fue necesaria la formulación de medicamentos no contemplados en dicho manual, se siguió el protocolo establecido: • Prescripción realizada únicamente por médico u odontólogo especialista habilitado. • Existencia de riesgo inminente para la vida y salud del paciente, documentado en la historia clínica. • Evidencia de agotamiento de alternativas terapéuticas del manual, reacciones adversas intoleradas o contraindicaciones expresas, dejando constancia en la historia clínica. • Solicitudes soportadas y diligenciadas en los formatos respectivos: ambulatorio (emitido por el Establecimiento de Sanidad Policial) e intrahospitalario (emitido por el prestador).

porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el Manual. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente. • Las solicitudes 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).		
34.El contratista deberá socializar al personal asistencial que preste los servicios ambulatorios 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 X NO__	Se verifica que el **CONTRATISTA** ha cumplido con la obligación de socializar al personal asistencial que presta servicios ambulatorios la **Directiva No. 001 DIPON – DITAH del 03 de mayo de 2019**, la cual establece las directrices para la expedición y registro de excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad, así como el control y seguimiento del personal excusado de servicios. Se constató que el personal asistencial conoce las definiciones y procedimientos para: • **Excusa de Servicio Parcial:** Documento que establece inhabilidad física o mental parcial, permitiendo al funcionario realizar labores logísticas o administrativas según lo determinado por el profesional de salud. • **Excusa de Servicio Total:** Documento que establece inhabilidad física o mental total, obligando al funcionario a cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a la que pertenece.
35.Para la remisión a especialista, en el ámbito hospitalario y/o urgencias siempre deberá remitirse el paciente diligenciando por el profesional de salud del Contratista, el formato de contra-referencia informando el	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** dio cumplimiento a lo establecido en la cláusula 35 del contrato, consistente en garantizar que, para la remisión a especialista en el ámbito hospitalario y/o urgencias, se diligenció por el

estado de salud del usuario, su evolución clínica y plan de manejo.		profesional de salud el formato de contra-referencia, informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y el plan de manejo, conforme a los lineamientos exigidos.
36.El CONTRATISTA deberá mantener vigente 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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** dio cumplimiento a lo estipulado en la cláusula 36 del contrato, manteniendo vigente el portafolio de servicios con sus respectivos CUPS, especificando detalladamente el código y la descripción de cada procedimiento. Asimismo, se garantizó la prestación de los servicios de salud en las mismas condiciones durante la ejecución del contrato, conforme a lo acordado con la entidad.
37.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** dio cumplimiento a lo estipulado en la cláusula 37 del contrato, designando un funcionario responsable para el seguimiento de la ejecución contractual, informando oportunamente su nombre completo, número de teléfono y correo electrónico, conforme a lo exigido por la entidad.
38.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** dio cumplimiento a lo estipulado en la cláusula 38 del contrato, adjuntando en el momento de la legalización el listado en formato Excel de los CUPS contratados, incluyendo el respectivo valor en pesos, conforme a lo exigido por la entidad.
39.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 X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** dio cumplimiento a lo estipulado en la cláusula 39 del contrato, presentando 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 (SG-SST), con una calificación total en la escala “Moderadamente Aceptable” (entre el 60% y 85%), así como el respectivo plan de mejoramiento, conforme a lo dispuesto en la Resolución 0312 de 2019 o la norma que la modifique o sustituya. Para el caso de consorcios o uniones temporales, se presentaron los certificados correspondientes por cada empresa integrante, cumpliendo con la verificación exigida durante la ejecución contractual.
40.El Contratista se compromete a 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	SI X NO__	Se certifica que el **CONTRATISTA** dio cumplimiento a lo estipulado en la cláusula 40 del contrato, acatando lo dispuesto en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el cual se

5 del libro 2 dell 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.		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. El contratista garantizó la aplicación de estas disposiciones durante la ejecución contractual.

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

NO APLICA

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (286) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (123) días para finalizar 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 cuarenta y cinco (45) 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:

a) Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
b) Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
c) 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 acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.

d) Autorización del servicio en original
e) Orden médica.
f) 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.

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 de 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 05/05/2022” por la cual se desarrolla los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dicta otras disposiciones en manera 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 facturación electrónica de venta en salud y se dictan otras disposiciones .

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.
Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E
BANCO: BANCO DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA; CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 28301566-7

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$ 90.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 60.949.939,00	67,72%
Valor total facturado	$ 50.161.661,00	55,74%
Valor facturado pendiente de pago	$ 39.838.339,00	44,26%
Valor pagado	$ 50.161.661,00	55,74%
Valor pendiente de entrega	$ 29.050.061,00	32,28%

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

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor Facturado	No. factura	Valor Pagado	Valor Deducciones	No. orden de pago
Cuenta de cobro No. 11	$10.788.278,00	01/04/2026 28/04/2026	$10.788.278,00	H262804 H268531	pendiente	pendiente	pendiente

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

5. RECOMENDACIONES

No se tiene recomendaciones en este periodo de supervisión

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,

PABLO A CUESTO J.

Subintendente **PABLO ALEXANDER CUESTA JUNCO**
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Garagoa
Supervisor Contrato No. 81-5-20186-25
Correo electrónico: deboy.espri-gar@policia.gov.co
No. telefónico: (608) 7458626 Ext 7056

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 GEPOL No. **GS-2026-109155-DEBOY**

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No.

No. SISCO:		**No. REGISTRO QUIPU :**	
No. CONTRATO:	**81-5-20186-25**	**FECHA DE RECIBIDO :**	
VALOR PAGO:	**$ 10.788.278,00**	**NUMERO DE RADICADO SIIF:**	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		**CONTRATISTA:**	**E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES**
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	**Total Facturas 38 H262804 A LA H268531**	**NIT DEL CONTRATISTA:**	**800.152.970-3**

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)

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

6. FACTURA ORIGINAL: **N/A**

7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: **No. 9503646884 del 30/04/2026** [ ]

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

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

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

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**

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

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

14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTíCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, [ ]

OBSERVACIONES : **NUMERO SIIF** **NUMERO QUIPU**

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

FIRMA

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

CARGO Y UNIDAD

SI. ADRIANA MARCELA BENAVIDES CARDENAS

CENTRAL DE CUENTAS UPRES - BOYACA

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

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

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

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

SI_____ **NO**_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

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

Ciudad y fecha:	Garagoa, 5 de mayo 2026
Unidad:	Regional de Aseguramiento en Salud No. 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: Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo: X
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-5-20186-25
Constancia de recibido No.	11
Contratista:	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES
NIT del contratista:	800.152.970-3
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS A LA UNINDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, ESPECIALMENTE LOS RESIDENTES DEL MUNICIPIO DE MIRAFLORES 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:	Vigencia 2025 por valor de $30.000.000,00 y Vigencia 2026 por valor de $30.000.000,00 adición de $30.000.000,00 para un valor total del contrato de 90.000.000,00.
plazo de ejecución:	11/07/2025 al 30/04/2026 Modificación N°001 con fecha al 31 de agosto
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	E.S.E. Hospital Regional de Miraflores Calle 4 No. 5-45 Barrio Camellón Unidad Prestadora de Salud Boyacá.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_**X**_	No Aplica
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente PABLO ALEXANDER CUESTA JUNCO Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Garagoa
Fecha de entrega	01/04/2026 al 30/04/2026

<table>
<tr><td>certificada:</td><td></td></tr>
<tr><td>Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026</td><td>
<table>
<tr><th>Unidad</th><th>Recurso</th><th>Descripción del bien o servicios recibidos</th><th>Valor recibido</th><th>Valor facturado</th><th>Valor a amortizar y/o descontar *</th><th>Valor a pagar</th></tr>
<tr><td>RASES No. 1</td><td>16</td><td>PRESTACION SERVICIOS DE SALUD</td><td>10.788.278,00</td><td>10.788.278,00</td><td>$0,00</td><td>10.788.278,00</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Acta de recepción de bienes</td><td>No Aplica</td></tr>
</table>

N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	NOTA CREDITO O DEBITO	VALOR DE LA FACTURA
H262804	01/04/2026	$ 56.900,00	0	$ 56.900,00
H262851	01/04/2026	$ 56.900,00	0	$ 56.900,00
H262855	01/04/2026	$ 38.900,00	0	$ 38.900,00
H262941	03/04/2026	$ 115.180,00	0	$ 115.180,00
H262946	03/04/2026	$ 95.970,00	0	$ 95.970,00
H262964	04/04/2026	$ 653.794,00	0	$ 653.794,00
H262965	11/04/2026	$ 2.741.134,00	0	$ 2.741.134,00
H262966	04/04/2026	$ 287.630,00	0	$ 287.630,00
H262996	04/04/2026	$ 160.200,00	0	$ 160.200,00
H263092	06/04/2026	$ 56.900,00	0	$ 56.900,00
H263362	07/04/2026	$ 56.900,00	0	$ 56.900,00
H263380	07/04/2026	$ 66.900,00	0	$ 66.900,00
H263492	07/04/2026	$ 68.800,00	0	$ 68.800,00
H263493	07/04/2026	$ 68.800,00	0	$ 68.800,00
H263624	08/04/2026	$ 82.100,00	0	$ 82.100,00
H263736	08/04/2026	$ 56.900,00	0	$ 56.900,00
H263886	09/04/2026	$ 56.900,00	0	$ 56.900,00
H263893	09/04/2026	$ 348.800,00	0	$ 348.800,00
H264241	11/04/2026	$ 109.600,00	0	$ 109.600,00
H264266	22/04/2026	$ 365.000,00	0	$ 365.000,00
H264731	14/04/2026	$ 409.500,00	0	$ 409.500,00
H264887	14/04/2026	$ 68.800,00	0	$ 68.800,00
H264888	14/04/2026	$ 34.200,00	0	$ 34.200,00
H264932	15/04/2026	$ 297.170,00	0	$ 297.170,00
H265119	15/04/2026	$ 93.500,00	0	$ 93.500,00
H265160	15/04/2026	$ 38.900,00	0	$ 38.900,00
H265938	19/04/2026	$ 365.000,00	0	$ 365.000,00
H266234	21/04/2026	$ 56.900,00	0	$ 56.900,00

H266241	21/04/2026	$ 420.000,00	0	$ 420.000,00
H266444	22/04/2026	$ 630.600,00	0	$ 630.600,00
H266690	04/04/2026	$ 73.000,00	0	$ 73.000,00
H267083	24/04/2026	$ 120.000,00	0	$ 120.000,00
H267499	27/04/2026	$ 976.600,00	0	$ 976.600,00
H267510	27/04/2026	$ 976.600,00	0	$ 976.600,00
H268297	30/04/2026	$ 77.800,00	0	$ 77.800,00
H268324	30/04/2026	$ 113.900,00	0	$ 113.900,00
H268531	28/04/2026	$ 491.600,00	0	$ 491.600,00
TOTAL				$ 10.788.278,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de consulta médica por medicina general y especializada, hospitalización, atención de urgencias, cirugías, odontología general, vacunación, laboratorio clínico, ayudas diagnosticas, dispensación de medicamentos ambulatorios en farmacia y todos los servicios relacionados de I y II nivel de complejidad que tenga habilitada la entidad, incluido modelo de atención integral en salud, tura materno perinatal, ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta integral de atención para grupo de riesgos en salud, ruta integral de atención en salud para eventos específicos e intervenciones y acciones de detección temprana y protección específica para los para los usuarios y beneficiarios del Subsistema de la Policía Nacional, para el distrito de Policía Miraflores y su zona de influencia según lo establecido en el acuerdo 002 del 2001 del Concejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, al cual el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado; *Sujeto a Auditoria Medica.*

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.	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 1 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio cumplió oportunamente
2	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 2 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Dio cumplimiento oportuno
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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 3 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Informo oportunamente dando continuidad al proceso
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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 4 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Guardo la custodia de la información.
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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 5 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio No se ha presentado
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. El porcentaje de intermediación solo se aplicará a los medicamentos cuyo valor no se encuentre regulados por el Estado.	SI X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 6 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Para realizar pago
7	Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.	SI X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 7 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Para conocimiento total

8	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 8 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio La funcionaria es Flor Coronado
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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 9 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio
10	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 10 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio este vigente
11	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 11 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Realizo asignación de cita, por tal motivo se atendió pacientes.
12	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". 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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 12 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio A cumplido a cabalidad
13	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 13 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Radico el día 5 hábil.
14	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 14 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Este mes ya cumplió con el 50% ejecutado.
15	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 15 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Si prestan el servicio de atención las 24 horas del día los 7 días a la semana
16	El CONTRATISTA deberá garantizar la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecución del contrato incluyendo sus adicciones y modificaciones.	SI X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 16 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Se realizo la facturación acorde a las tarifas.
17	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 17 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio No se manejan servicios por fuera de adicionales de los contratados
18	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 18 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Ha enviado el Excel oportunamente
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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 19 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Se encuentra vigente el contrato
20	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 20 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio, Aunque no ha habido inconvenientes.
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 Contrarreferencia, 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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 21 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación y de igual forma se han realizado los respectivos cruces de cartera con la entidad
22	EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o	SI X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 22 de las obligaciones del contratista durante el mes de

	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.		prestación de servicio y se encuentra Realizado la facturación electrónica como lo establece la norma
23	El contratista deberá dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitario ambiental vigente, en lo referente al manejo integral de residuos hospitalarios y similares, establecidos en el Decreto 351 de 2014, tener formulado e implementado el Plan de Gestión integral de Residuos hospitalarios y peligrosos administrativos de acuerdo a la Resolución 1164 de 2002 o la que la sustituya y deberá contar con los servicios de un gestor externo autorizado por la autoridad ambiental competente para que le realice el manejo de los residuos generados por el desarrollo de su actividad	SI X NO__	En el establecimiento cumplen a cabalidad la normatividad
24	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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 24 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio
25	Confidencialidad e integridad de la información institucional: 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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 25 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio cumplió plenamente
26	Confidencialidad: 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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 26 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio Custodio y cuido de la privacidad.
27	Cumplimiento de normatividad: 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 X NO__	El contratista cumplió con las el numeral 27 de las obligaciones del contratista durante el mes de prestación de servicio cumplió con la protección de los datos
28	Pago aportes parafiscales vigentes	SI X NO__	No. 9503646884 del 30/04/2026

_____

Subintendente PABLO ALEXANDER CUESTA
Jefe Establecimiento de Sanidad Policial Primario Garagoa

Certificación N° 035/2026

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA

Que el Hospital Regional De Miraflores E.S.E, identificado con Nit 800.152.970-3, se encuentra a PAZ Y SALVO, con el pago de la seguridad social y aportes parafiscales generados por la nómina mensual, obligación que se ha venido cumpliendo de forma oportuna con el pago de los aportes de seguridad social integral. Las liquidaciones de pago de aportes al sistema de seguridad social del primero (01) al treinta (30) de abril de 2026 de sus empleados corresponden a los ingresos base de liquidación y se han presentado dentro de los plazos establecidos por concepto de Aportes Parafiscales (Comfaboy, I.C.B.F, Sena), al igual que los aportes patronales para Salud, Pensión y Riesgos Profesionales.

Que en virtud de lo previsto en el artículo 114-1 del estatuto tributario, adicionado por el articulo 65 de la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016 y adicionado por el articulo 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 los 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 Miraflores, Boyacá, a los cuatro (04) días del mes de mayo del año 2026.

CLARA ROCIO VERA VALLEJO
Representante Legal

Elaboró: Gloria Morales/ Secretaria
Revisó: María Elisa Montañez /Subgerente Administrativa
Reviso: José Empidio Barragán / Contador Externo
Aprobó: Clara Rocio Vera / Gerente

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800152970	3	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	HOSPITAL MIRAFLORES	CLL 4 5-45	MIRAFLORES-BOYACA	7330131	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-05	265271689	9503646884	E	2026/05/20	2026/04/30	BANCO DAVIVIENDA	0	$83,384,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				42	$33,614,800	$0	$0	$33,614,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$463,300	$0	$0	$463,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	26	$20,558,500	$0	$0	$20,558,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	13	$11,057,100	$0	$0	$11,057,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$1,535,900	$0	$0	$1,535,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$4,978,300	$0	$0	$4,978,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	42	$4,978,300	$0	$0	$4,978,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$8,544,500	$0	$0	$8,544,500
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	42	$8,544,500	$0	$0	$8,544,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				42	$25,564,200	$0	$0	$25,564,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	3	$1,286,700	$0	$0	$1,286,700
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	1	$437,000	$0	$0	$437,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$14,879,900	$0	$0	$14,879,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$705,700	$0	$0	$705,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$8,254,900	$0	$0	$8,254,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$6,408,900	$0	$0	$6,408,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	42	$6,408,900	$0	$0	$6,408,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$4,273,400	$0	$0	$4,273,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	42	$4,273,400	$0	$0	$4,273,400
TOTAL				42	$83,384,100	$0	$0	$83,384,100

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800152970	3	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	HOSPITAL MIRAFLORES	CLL 4 5-45	MIRAFLORES-BOYACA	7330131	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-05	265271689	9503646884	E	2026/05/20	2026/04/30	BANCO DAVIVIENDA	0	$83,384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: HOSPITAL MIRAFLORES (42 Afiliados)						$204,500,267	$33,614,800			$204,500,267	$25,564,200			$219,032,816	$8,544,500			$204,500,267	$4,978,300		$219,032,816	$10,682,300
Centro de Trabajo: RIESGO 3 (42 Afiliados)						$204,500,267	$33,614,800			$204,500,267	$25,564,200			$219,032,816	$8,544,500			$204,500,267	$4,978,300		$219,032,816	$10,682,300
Ciudad: MIRAFLORES Depto: BOYACA (41 Afiliados)						$201,309,267	$33,104,200			$201,309,267	$25,165,300			$215,841,816	$8,416,800			$201,309,267	$4,900,500		$215,841,816	$10,522,600
1	CC	23333113	ALFONSO ROSA	230301	17	$2,012,233	$322,000	EPS037	17	$2,012,233	$251,600	CCF10	17	$2,012,233	$0	14-11	17	$2,012,233	$0	17	$2,012,233	$0
2	CC	23333113	ALFONSO ROSA	230301	13	$1,538,767	$246,300	EPS037	13	$1,538,767	$192,400	CCF10	13	$5,836,134	$233,500	14-11	13	$1,538,767	$37,500	13	$5,836,134	$291,900
3	CC	1002732977	AVENDAÑO LAURA	230301	30	$3,191,000	$510,600	EPS037	30	$3,191,000	$398,900	CCF10	30	$3,191,000	$127,700	14-11	30	$3,191,000	$77,800	30	$3,191,000	$159,700
4	CC	7163701	BECERRA JOSE	25-14	18	$1,434,000	$229,500	EPS037	18	$1,434,000	$179,300	CCF10	18	$1,434,000	$0	14-11	18	$1,434,000	$0	18	$1,434,000	$0
5	CC	7163701	BECERRA JOSE	25-14	12	$2,571,282	$411,500	EPS037	12	$2,571,282	$321,500	CCF10	12	$9,108,372	$364,400	14-11	12	$2,571,282	$62,700	12	$9,108,372	$455,500
6	CC	23756008	BENAVIDES LEIDY	25-14	30	$3,551,000	$568,200	EPS037	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
7	CC	1003913252	CARDENAS PABLO	230301	30	$5,655,094	$904,900	EPS005	30	$5,655,094	$706,900	CCF10	30	$5,655,094	$226,300	14-11	30	$5,655,094	$137,800	30	$5,655,094	$282,900
8	CC	23754847	CUBIDES ANA	25-14	30	$2,895,000	$463,200	EPS037	30	$2,895,000	$361,900	CCF10	30	$2,895,000	$115,800	14-11	30	$2,895,000	$70,600	30	$2,895,000	$144,800
9	CC	23754054	CUERVO CLAUDIA	25-14	30	$2,895,000	$463,200	EPS037	30	$2,895,000	$361,900	CCF10	30	$2,895,000	$115,800	14-11	30	$2,895,000	$70,600	30	$2,895,000	$144,800
10	CC	74347109	DIAZ RAFAEL	25-14	30	$3,551,000	$568,200	EPS037	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
11	CC	1057411286	FONSECA CRISTIAN	231001	21	$2,026,500	$324,300	EPS037	21	$2,026,500	$253,400	CCF10	21	$2,026,500	$0	14-11	21	$2,026,500	$0	21	$2,026,500	$0
12	CC	1057411286	FONSECA CRISTIAN	231001	9	$868,500	$139,000	EPS037	9	$868,500	$108,600	CCF10	9	$4,785,797	$191,500	14-11	9	$868,500	$21,200	9	$4,785,797	$239,400
13	CC	23754957	FRAILE SANDRA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900	CCF10	30	$1,849,836	$74,000	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$1,849,836	$92,500
14	CC	23756042	GAONA MARIA	25-14	30	$2,895,000	$463,200	EPS037	30	$2,895,000	$361,900	CCF10	30	$2,895,000	$115,800	14-11	30	$2,895,000	$70,600	30	$2,895,000	$144,800
15	CC	1007421018	GOMEZ JOSE	230301	30	$5,988,473	$958,200	EPS005	30	$5,988,473	$748,600	CCF10	30	$5,988,473	$239,600	14-11	30	$5,988,473	$145,900	30	$5,988,473	$299,500
16	CC	1057411644	GOMEZ VIVIANA	25-14	30	$3,551,000	$568,200	EPS037	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
17	CC	1102867378	JALAFFS GISELL	230301	30	$3,496,000	$559,400	CCFC33	30	$3,496,000	$437,000	CCF10	30	$3,496,000	$139,900	14-11	30	$3,496,000	$85,200	30	$3,496,000	$174,900
18	CC	24163908	LEON DIANA	230301	30	$8,733,000	$1,484,700	EPS037	30	$8,733,000	$1,091,700	CCF10	30	$8,733,000	$349,400	14-11	30	$8,733,000	$212,800	30	$8,733,000	$436,700
19	CC	35508152	MANCIPE GLORIA	25-14	30	$3,551,000	$568,200	ESSC24	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
20	CC	23752829	MARTINEZ GLADYS	25-14	30	$2,895,000	$463,200	EPS037	30	$2,895,000	$361,900	CCF10	30	$2,895,000	$115,800	14-11	30	$2,895,000	$70,600	30	$2,895,000	$144,800
21	CC	23753586	MONROY ALICIA	25-14	30	$3,551,000	$568,200	EPS005	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
22	CC	40025559	MONROY ROSA	25-14	30	$3,012,000	$482,000	EPS037	30	$3,012,000	$376,500	CCF10	30	$3,012,000	$120,500	14-11	30	$3,012,000	$73,400	30	$3,012,000	$150,700
23	CC	23754245	MONTAÑEZ MARIA	25-14	30	$10,900,000	$1,853,000	EPS005	30	$10,900,000	$1,362,500	CCF10	30	$10,900,000	$436,000	14-11	30	$10,900,000	$265,600	30	$10,900,000	$545,000
24	CC	23754654	MORALES ANA	25-14	30	$3,244,000	$519,100	EPS037	30	$3,244,000	$405,500	CCF10	30	$3,244,000	$129,800	14-11	30	$3,244,000	$79,100	30	$3,244,000	$162,300
25	CC	1020798685	MORALES DAYANNA	230301	30	$6,385,000	$1,021,600	EPS037	30	$6,385,000	$798,200	CCF10	30	$6,385,000	$255,400	14-11	30	$6,385,000	$155,600	30	$6,385,000	$319,300
26	CC	1049632044	MORALES LISETH	230301	30	$8,733,000	$1,484,700	EPS037	30	$8,733,000	$1,091,700	CCF10	30	$8,733,000	$349,400	14-11	30	$8,733,000	$212,800	30	$8,733,000	$436,700
27	CC	7163804	MURTHE WEIMAR	25-14	30	$10,900,000	$1,853,000	EPS005	30	$10,900,000	$1,362,500	CCF10	30	$10,900,000	$436,000	14-11	30	$10,900,000	$265,600	30	$10,900,000	$545,000
28	CC	1002528330	OCHOA MARIAN	230301	30	$5,766,222	$922,600	EPS005	30	$5,766,222	$720,800	CCF10	30	$5,766,222	$230,700	14-11	30	$5,766,222	$140,500	30	$5,766,222	$288,400
29	CC	6773198	PAEZ PASTOR	25-14	30	$3,038,000	$789,900	EPS037	30	$3,038,000	$379,800	CCF10	30	$3,038,000	$121,600	14-11	30	$3,038,000	$211,500	30	$3,038,000	$152,000
30	CC	80413136	PEREZ JOSE	25-14	30	$2,750,000	$440,000	EPS041	30	$2,750,000	$343,800	CCF10	30	$2,848,931	$114,000	14-11	30	$2,750,000	$67,000	30	$2,848,931	$142,500
31	CC	24712588	RODRIGUEZ NATIVIDAD	25-14	30	$3,551,000	$568,200	EPS037	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
32	CC	4165691	ROJAS HEBER	25-14	30	$3,649,000	$583,900	EPS005	30	$3,649,000	$456,200	CCF10	30	$3,649,000	$146,000	14-11	30	$3,649,000	$88,900	30	$3,649,000	$182,500
33	CC	23752751	ROLDAN MARTHA	25-14	30	$4,361,000	$697,800	EPS037	30	$4,361,000	$545,200	CCF10	30	$4,361,000	$174,500	14-11	30	$4,361,000	$106,300	30	$4,361,000	$218,200
34	CC	23756287	ROMERO SANDRA	25-14	30	$5,871,000	$939,400	EPS037	30	$5,871,000	$733,900	CCF10	30	$5,871,000	$234,900	14-11	30	$5,871,000	$143,100	30	$5,871,000	$293,700
35	CC	1002962505	SANCHEZ KAREN	230301	30	$6,210,727	$993,800	EPS037	30	$6,210,727	$776,400	CCF10	30	$6,210,727	$248,500	14-11	30	$6,210,727	$151,300	30	$6,210,727	$310,700
36	CC	1004363689	SANTAMARIA JUAN	230201	3	$417,067	$66,800	EPS037	3	$417,067	$52,200	CCF10	3	$0	$0	14-11	3	$417,067	$0	3	$0	$0
37	CC	1004363689	SANTAMARIA JUAN	230201	27	$5,630,401	$900,900	EPS037	27	$5,630,401	$703,900	CCF10	27	$5,630,401	$225,300	14-11	27	$5,630,401	$137,200	27	$5,630,401	$281,700
38	CC	1057605231	SIACHOQUE PAULA	230301	30	$5,655,096	$904,900	EPS037	30	$5,655,096	$706,900	CCF10	30	$5,655,096	$226,300	14-11	30	$5,655,096	$137,800	30	$5,655,096	$282,900

aportes en línea

Resumen General de Pago

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
39	CC	24016692	SIERRA ROSA	25-14	30	$3,551,000	$568,200	ESSC24	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
40	CC	52971862	TORO YENNY	25-14	30	$3,551,000	$568,200	EPS037	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
41	CC	1049604647	UMAÑA CLAUDIA	25-14	30	$3,551,000	$568,200	EPS037	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
42	CC	63447892	VARON ZAYDA	25-14	30	$5,908,000	$945,300	EPS037	30	$5,908,000	$738,500	CCF10	30	$5,908,000	$236,400	14-11	30	$5,908,000	$144,000	30	$5,908,000	$295,500
43	CC	1057411432	VELA CLAUDIA	230301	30	$2,895,000	$463,200	EPS041	30	$2,895,000	$361,900	CCF10	30	$2,895,000	$115,800	14-11	30	$2,895,000	$70,600	30	$2,895,000	$144,800
44	CC	40037443	VERA CLARA	25-14	30	$19,628,000	$3,336,900	EPS005	30	$19,628,000	$2,453,500	CCF10	30	$19,628,000	$785,200	14-11	30	$19,628,000	$478,200	30	$19,628,000	$981,500
45	CC	1057411344	ZUBIETA LEYDI	230201	30	$3,551,000	$568,200	EPS037	30	$3,551,000	$443,900	CCF10	30	$3,551,000	$142,100	14-11	30	$3,551,000	$86,600	30	$3,551,000	$177,700
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)						**$3,191,000**	**$510,600**			**$3,191,000**	**$398,900**			**$3,191,000**	**$127,700**			**$3,191,000**	**$77,800**		**$3,191,000**	**$159,700**
46	CC	1002393571	BARON JULIETH	25-14	30	$3,191,000	$510,600	ESSC24	30	$3,191,000	$398,900	CCF10	30	$3,191,000	$127,700	14-11	30	$3,191,000	$77,800	30	$3,191,000	$159,700
Total			**Afiliados(42)**			**$204,500,267**	**$33,614,800**			**$204,500,267**	**$25,564,200**			**$219,032,816**	**$8,544,500**			**$204,500,267**	**$4,978,300**		**$219,032,816**	**$10,682,300**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				42	$33,614,800	$0	$0	$33,614,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$463,300	$0	$0	$463,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	26	$20,558,500	$0	$0	$20,558,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	13	$11,057,100	$0	$0	$11,057,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$1,535,900	$0	$0	$1,535,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$4,978,300	$0	$0	$4,978,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	42	$4,978,300	$0	$0	$4,978,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$8,544,500	$0	$0	$8,544,500
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	42	$8,544,500	$0	$0	$8,544,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				42	$25,564,200	$0	$0	$25,564,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	3	$1,286,700	$0	$0	$1,286,700
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	1	$437,000	$0	$0	$437,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$14,879,900	$0	$0	$14,879,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$705,700	$0	$0	$705,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	8	$8,254,900	$0	$0	$8,254,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$6,408,900	$0	$0	$6,408,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	42	$6,408,900	$0	$0	$6,408,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$4,273,400	$0	$0	$4,273,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	42	$4,273,400	$0	$0	$4,273,400
TOTAL				**42**	**$83,384,100**	**$0**	**$0**	**$83,384,100**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40.037.443
NUMERO

VERA VALLEJO
APELLIDOS

CLARA ROCIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1974

CAMPOHERMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

15-FEB-1993 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0700100-43157000-F-0040037443-20070312 02101 07071C 02 210751402

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: TH-P04-F02
ACTA DE POSESIÓN DE CARGO		FECHA: 08/Ago/2019

No. _____

En Tunja, a UNO (01) de ABRIL del DOS MIL VEINTICUATRO (2024), se presentó ante el GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA, la Doctora CLARA ROCIO VERA VALLEJO identificada con cédula de ciudadanía No. 40.037.443 EXPEDIDA EN TUNJA, con el objeto de tomar posesión del cargo de GERENTE DE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., Para el que fue NOMBRADA POR DECRETO No. 320 DEL 27 DE MARZO DE 2024 de la GOBERNACIÓN DE BOYACÁ.

El suscrito GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA le recibió el juramento en la forma legal y bajo su gravedad juró cumplir y servir leal y fielmente los deberes de su cargo.

LA POSESIONADA PRESENTÓ LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

a) Decreto de nombramiento
b) Formato de Hoja de vida y soportes en físico
c) Cédula de ciudadanía
d) Libreta de Servicio Militar
e) Antecedentes de la Procuraduría, Contraloría y de Policia
f) Examen ocupacional de Ingreso

NOTA: ESTA POSESIÓN SURTE EFECTOS FISCALES, LEGALES Y ADMINISTRATIVOS A PARTIR DE LA FECHA Y HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DE 2028.

En constancia, se firma la presente diligencia como aparece.

LA POSESIONADA _____

CARLOS ANDRÉS AMAYA RODRÍGUEZ
Gobernador de Boyacá

CAMILO ANDRÉS GUARNIZO ROMERO
Director General de Talento Humano

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141148678864

(415)7707212489984(8020) 000014114867886 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 2 9 7 0	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Miraflores 4 5 5

41. Dirección principal
CL 4 5 45 BRR EL CAMELLON

42. Correo electrónico contactenos@hospitalmiraflores.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 0 0 6 1 8 9	3 1 3 8 2 7 8 4 3 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 9 9 0 8 1 7	8 6 2 1	1 9 9 9 0 8 1 7					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	6	7	9	1	4	1	6	4	2	4	8	5	2													

06- Ingresos y patrimonio.
52 - Facturador electrónico
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre VERA VALLEJO CLARA ROCIO
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141148678864

(415)7707212489984(8020) **000014114867886 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 2 9 7 0	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 7	
72. Número	2 7	
73. Fecha	1 9 9 9 0 8 1 7	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	9 8	
76. Fecha de registro	1 9 9 9 0 8 1 7	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 9 0 8 1 7	
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Contraloría Departamental 1 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141148678864

(415)7707212489984(8020) **000014114867886 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 2 9 7 0	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 0 0 3 7 4 4 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
VERA	VALLEJO	CLARA	ROCIO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que en la oficina 1768 Miraflores, el **HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES**, identificado con el Nit.800152970-3, se encuentra vinculado mediante cuenta corriente número 28301566-7 denominada "**HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES- FONDOS COMUNES**", La cual a la fecha se encuentra vigente y activa.

Fecha de apertura 1994/04/04

A solicitud del interesado, se expide en Miraflores - Boyacá a los 25 días del mes de marzo del año 2026.

Cordialmente,

Firma Autorizada

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SECCIONAL DE SANIDAD
PLANILLA CONSOLIDADO

	IPS	NUMERO DE RADICACION	FECHA DE RADICACION DE LA FACTURA	N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICCION DEL USUARIO	CODIGO CUPS - CODIGO DE MAYOR VALOR	DESCRIPCION CODIGO CUPS	CODIGO DX CIE 10	DESCRIPCION DX CIE 10	VALOR DE LA FACTURA	FECHA DE AUTORIZACION POR REFERENCIA PONAL	EDAD USUARIO	CONTRATO O URGENCIAS	VALOR GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VALOR ACEPTADO POR PONAL	VALOR A PAGAR	CONCILIADA SI O NO	OBSERVACION	ALTO COSTO
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262804	01/04/2026	01/04/2026	CONTRERAS RODRIGUEZ ISAAC DAMIAN	1058059353	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	$ 56.900,00	24/03/2026	2	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262851	01/04/2026	01/04/2026	PLAZAS GALINDO NUBIA YOLANDA	40023021	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	M688	OTROS TRASTORNOS SINOVIALES Y TENDINOSOS EN ENF	$ 56.900,00	30/03/2026	61	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262855	01/04/2026	01/04/2026	CONTRERAS RODRIGUEZ ISAAC DAMIAN	1058059353	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	Z012	EXAMEN ODONTOLOGICO	$ 38.900,00	24/03/2026	2	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262941	03/04/2026	03/04/2026	TORRES CANO GABRIEL SANTIAGO	1016719910	890701	CONSULTA DE URGENCIAS P	L209	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	$ 115.180,00	03/04/2026	16	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262946	03/04/2026	28/03/2026	PAEZ MEDINA MAUREN YESID	1057410961	890701	CONSULTA DE URGENCIAS P	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 95.970,00	29/03/2026	19	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262964	04/04/2026	04/04/2026	ALFONSO GACHA DERLY JOHANNA	1057571156	890701	CONSULTA DE URGENCIAS P	R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	$ 653.794,00	02/04/2026	21	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262965	11/04/2026	30/03/2026	MENDEZ VALLEJO CARLOS ANDRES	74347699	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL ME	I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	$ 2.741.134,00	28/03/2026	44	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262966	04/04/2026	04/04/2026	BERMUDEZ SOLANO BENJAMIN	3096071	890701	CONSULTA DE URGENCIAS P	R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	$ 287.630,00	04/04/2026	63	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H262996	04/04/2026	04/04/2026	TORRES CANO GABRIEL SANTIAGO	1016719910	890701	CONSULTA DE URGENCIAS P	S601	CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(	$ 160.200,00	04/04/2026	16	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263092	06/04/2026	06/04/2026	MORA BARRERA LUIS ARTURO	10242683	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	$ 56.900,00	30/03/2026	68	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263362	07/04/2026	07/04/2026	ECHAVARRIA IMITOLA ASTRID HELENA	43119248	890301	CONSULTA DE CONTROL O D	Q670	ASIMETRIA FACIAL	$ 56.900,00	02/03/2026	45	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263380	07/04/2026	07/04/2026	CORREALES MORENO JONATHAN ELIAS	1056929639	907106	UROANALISIS CON SEDIMEN	E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	$ 66.900,00	30/03/2026	34	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263492	07/04/2026	07/04/2026	CUDRIS DIAZ SAMUEL DAVID	1048850964	232102	OBTURACION DENTAL CON	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	$ 68.800,00	31/03/2026	10	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263493	07/04/2026	07/04/2026	DIAZ BRICEÑO LUNCINDA	1057545942	232102	OBTURACION DENTAL CON	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	$ 68.800,00	31/03/2026	35	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263624	08/04/2026	08/04/2026	CORREALES MORENO JONATHAN ELIAS	1056929639	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	N200	CALCULO DEL RIÑON	$ 82.100,00	30/03/2026	34	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263736	08/04/2026	08/04/2026	REYES GUAMAL LAURA PATRICIA	1002539529	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	Z320	EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO	$ 56.900,00	07/04/2026	22	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263886	09/04/2026	09/04/2026	GOMEZ SERNA YENI PAOLA	1017134381	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	$ 56.900,00	30/03/2026	39	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H263893	09/04/2026	09/04/2026	CUCAITA SALINAS NIDIA YANTH	23755560	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	$ 348.800,00	07/04/2026	46	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H264241	11/04/2026	11/04/2026	ALVARADO MALAVER JOSE MIGUEL	1054287846	893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE	J440	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON	$ 109.600,00	26/03/2026	15	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H264266	22/04/2026	16/01/2026	ROJAS GUIO OSCAR	4253009	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL S	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 365.000,00	13/01/2026	50	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H264731	14/04/2026	14/04/2026	REYES GUAMAL LAURA PATRICIA	1002539529	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE S	Z320	EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO	$ 409.500,00	10/04/2026	22	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H264887	14/04/2026	14/04/2026	CUDRIS DIAZ SAMUEL DAVID	1048850964	232102	OBTURACION DENTAL CON	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	$ 68.800,00	09/04/2026	10	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H264888	14/04/2026	14/04/2026	DIAZ BRICEÑO LUNCINDA	1057545942	232102	OBTURACION DENTAL RESIN	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	$ 34.200,00	09/04/2026	35	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H264932	15/04/2026	15/04/2026	MARTINEZ ALFONSO KAREN YANITZA	1057436119	890701	CONSULTA DE URGENCIAS P	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	$ 297.170,00	14/04/2026	21	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H265119	15/04/2026	15/04/2026	BARRETO VARGAS MARIA ALICIA	1057411420	890701	CONSULTA DE URGENCIAS P	Q181	SENO Y QUISTE PREAURICULAR	$ 93.500,00	15/04/2026	35	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H265160	15/04/2026	15/04/2026	ROA VELASQUEZ DYLAN MATIAS	1057842974	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	Z012	EXAMEN ODONTOLOGICO	$ 38.900,00	07/04/2026	6	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H265938	19/04/2026	11/02/2026	ROJAS GUIO OSCAR	4253009	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL S	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 365.000,00	05/02/2026	50	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H266234	21/04/2026	21/04/2026	REYES GUAMAL LAURA PATRICIA	1002539529	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ MA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	$ 56.900,00	10/04/2026	22	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H266241	21/04/2026	21/04/2026	SUAREZ RATIVA YAMILE	23755485	904902	HORMONA ESTIMULANTE DE	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MEN	$ 420.000,00	05/02/2026	46	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H266444	22/04/2026	22/04/2026	MORA BARRERA LUIS ARTURO	10242683	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE P	E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON CO	$ 630.600,00	07/04/2026	68	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H266690	04/04/2026	27/03/2026	ECHAVARRIA IMITOLA ASTRID HELENA	43119248	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL S	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 73.000,00	02/03/2026	45	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H267083	24/04/2026	24/04/2026	SANCHEZ PINZON JUAN DE JESUS	4163911	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	$ 120.000,00	06/04/2026	74	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H267499	27/04/2026	27/04/2026	VALERO GUZMAN EDWIN ALEXANDER	74347970	637301	VASECTOMIA SOD ANTES 6(	N46X	ESTERILIDAD EN EL VARON	$ 976.600,00	06/04/2026	43	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H267510	27/04/2026	27/04/2026	LIZARAZO DELGADO JHON JAIRO	1102348372	637301	VASECTOMIA SOD ANTES 6(	Z302	ESTERILIZACION	$ 976.600,00	30/03/2026	40	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H268297	30/04/2026	30/04/2026	TORRES MEDINA TIANA LORYETH	1145324690	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE	Z008	OTROS EXAMENES GENERALES	$ 77.800,00	27/04/2026	15	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H268324	30/04/2026	30/04/2026	TORRES MEDINA TIANA LORYETH	1145324690	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA	R55X	SINCOPE Y COLAPSO	$ 113.900,00	27/04/2026	15	081-5-020186-25							
BOYACA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES			H268531	28/04/2026	28/04/2026	DELGADO BECERRA JOHAN STEVEN	1099429993	904902	HORMONA ESTIMULANTE DE	Z553	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL BAJO RENDIMIENTO	$ 491.600,00	10/03/2026	8	081-5-020186-25							

HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES BOY ESE
MEDIANA COMPLEJIDAD
CALLE 4 Nï¿½5 -45 - Tel:3208530877
Nit. 800152970-3

RADICACION DE FACTURAS
No. 0016425
ORIGINAL
Fecha: 30/04/2026
Radicación: 04/05/2026

Exportar a Excel

Tercero	Contrato	Tipo Contrato	Tipo Usuario	No. Radicación EPS	Radicó
NI - 900336524-5 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1 (RASES)	Evento	Policia Naciona		CUERVO PULIDO CLAUDIA MARCELA

Concepto

FACTURAS GENERADAS DEL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 DE ABRIL AL 30 DE MARZO DEL 2026

No	Factura	Fecha	Paciente	Valor Eventos	Valor Copago	Valor Cuota	Nota Fact.	Valor Factura	Radicación
1	FE 262804	01/04/2026	RC 1058059353 ISAAC DAMIAN CONTRERAS RODRIGUEZ	56.900,00	0,00	0,00	0,00	56.900,00	56.900,00
2	FE 262851	01/04/2026	CC 40023021 NUBIA YOLANDA PLAZAS GALINDO	56.900,00	0,00	0,00	0,00	56.900,00	56.900,00
3	FE 262855	01/04/2026	RC 1058059353 ISAAC DAMIAN CONTRERAS RODRIGUEZ	38.900,00	0,00	0,00	0,00	38.900,00	38.900,00
4	FE 262941	03/04/2026	TI 1016719910 GABRIEL SANTIAGO TORRES CANO	115.180,00	0,00	0,00	0,00	115.180,00	115.180,00
5	FE 262946	03/04/2026	CC 1057410961 MAUREN YESID PAEZ MEDINA	95.970,00	0,00	0,00	0,00	95.970,00	95.970,00
6	FE 262964	04/04/2026	CC 1057571156 DERLY JOHANNA ALFONSO GACHA	653.794,00	0,00	0,00	0,00	653.794,00	653.794,00
7	FE 262965	04/04/2026	CC 74347699 CARLOS ANDRES MENDEZ VALLEJO	2.741.134,00	0,00	0,00	0,00	2.741.134,00	2.741.134,00
8	FE 262966	04/04/2026	CC 3096071 BENJAMIN BERMUDEZ SOLANO	287.630,00	0,00	0,00	0,00	287.630,00	287.630,00
9	FE 262996	04/04/2026	TI 1016719910 GABRIEL SANTIAGO TORRES CANO	160.200,00	0,00	0,00	0,00	160.200,00	160.200,00
10	FE 263092	06/04/2026	CC 10242683 LUIS ARTURO MORA BARRERA	56.900,00	0,00	0,00	0,00	56.900,00	56.900,00
11	FE 263362	07/04/2026	CC 43119248 ASTRID HELENA ECHAVARRIA IMITOLA	56.900,00	0,00	0,00	0,00	56.900,00	56.900,00
12	FE 263380	07/04/2026	CC 1056929639 JONATHAN ELIAS CORREALES MORENO	66.900,00	0,00	0,00	0,00	66.900,00	66.900,00
13	FE 263492	07/04/2026	TI 1048850964 SAMUEL DAVID CUDRIS DIAZ	68.800,00	0,00	0,00	0,00	68.800,00	68.800,00
14	FE 263493	07/04/2026	CC 1057545942 LUNCINDA DIAZ BRICEÑO	68.800,00	0,00	0,00	0,00	68.800,00	68.800,00
15	FE 263624	08/04/2026	CC 1056929639 JONATHAN ELIAS CORREALES MORENO	82.100,00	0,00	0,00	0,00	82.100,00	82.100,00
16	FE 263736	08/04/2026	CC 1002539529 LAURA PATRICIA REYES GUAMAL	56.900,00	0,00	0,00	0,00	56.900,00	56.900,00
17	FE 263886	09/04/2026	CC 1017134381 YENI PAOLA GOMEZ SERNA	56.900,00	0,00	0,00	0,00	56.900,00	56.900,00
18	FE 263893	09/04/2026	CC 23755560 NIDIA YANTH CUCAITA SALINAS	348.800,00	0,00	0,00	0,00	348.800,00	348.800,00
19	FE 264241	11/04/2026	TI 1054287846 JOSE MIGUEL ALVARADO MALAVER	109.600,00	0,00	0,00	0,00	109.600,00	109.600,00
20	FE 264266	11/04/2026	CC 4253009 OSCAR ROJAS GUIO	365.000,00	0,00	0,00	0,00	365.000,00	365.000,00
21	FE 264731	14/04/2026	CC 1002539529 LAURA PATRICIA REYES GUAMAL	409.500,00	0,00	0,00	0,00	409.500,00	409.500,00
22	FE 264887	14/04/2026	TI 1048850964 SAMUEL DAVID CUDRIS DIAZ	68.800,00	0,00	0,00	0,00	68.800,00	68.800,00
23	FE 264888	14/04/2026	CC 1057545942 LUNCINDA DIAZ BRICEÑO	34.200,00	0,00	0,00	0,00	34.200,00	34.200,00
24	FE 264932	15/04/2026	CC 1057436119 KAREN YANITZA MARTINEZ ALFONSO	297.170,00	0,00	0,00	0,00	297.170,00	297.170,00
25	FE 265119	15/04/2026	CC 1057411420 MARIA ALICIA BARRETO VARGAS	93.500,00	0,00	0,00	0,00	93.500,00	93.500,00
26	FE 265160	15/04/2026	RC 1057842974 DYLAN MATIAS ROA VELASQUEZ	38.900,00	0,00	0,00	0,00	38.900,00	38.900,00
27	FE 265938	19/04/2026	CC 4253009 OSCAR ROJAS GUIO	365.000,00	0,00	0,00	0,00	365.000,00	365.000,00
28	FE 266234	21/04/2026	CC 1002539529 LAURA PATRICIA REYES GUAMAL	56.900,00	0,00	0,00	0,00	56.900,00	56.900,00
29	FE 266241	21/04/2026	CC 23755485 YAMILE SUAREZ RATIVA	420.000,00	0,00	0,00	0,00	420.000,00	420.000,00
30	FE 266444	22/04/2026	CC 10242683 LUIS ARTURO MORA BARRERA	630.600,00	0,00	0,00	0,00	630.600,00	630.600,00
31	FE 266690	22/04/2026	CC 43119248 ASTRID HELENA ECHAVARRIA IMITOLA	73.000,00	0,00	0,00	0,00	73.000,00	73.000,00
32	FE 267083	24/04/2026	CC 4163911 JUAN DE JESUS SANCHEZ PINZON	120.000,00	0,00	0,00	0,00	120.000,00	120.000,00
33	FE 267499	27/04/2026	CC 74347970 EDWIN ALEXANDER VALERO GUZMAN	976.600,00	0,00	0,00	0,00	976.600,00	976.600,00
34	FE 267510	27/04/2026	CC 1102348372 JHON JAIRO LIZARAZO DELGADO	976.600,00	0,00	0,00	0,00	976.600,00	976.600,00
35	FE 268297	30/04/2026	TI 1145324690 TIANA LORYETH TORRES MEDINA	77.800,00	0,00	0,00	0,00	77.800,00	77.800,00
36	FE 268324	30/04/2026	TI 1145324690 TIANA LORYETH TORRES MEDINA	113.900,00	0,00	0,00	0,00	113.900,00	113.900,00
37	FE 268531	30/04/2026	TI 1099429993 JOHAN STEVEN DELGADO BECERRA	491.600,00	0,00	0,00	0,00	491.600,00	491.600,00
			Totales	**10.788.278,00**		**0,00**	**0,00**	**10.788.278,00**	**10.788.278,00**

SON

DIEZ MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Elaboró:



CUERVO PULIDO CLAUDIA MARCELA
ADMINISTRATIVO

Causó:



CUERVO PULIDO CLAUDIA MARCELA
ADMINISTRATIVO

Firma Del Usuario

Recibí:

Consignar Cuenta corriente:000283015667 Davivienda - Glosas y pagos: carterahrmiraflores@yahoo.es