GS-2026-133214-DEVAL
Santiago de Cali, 9 de JULIO 2026

Mayor
YAIDY MARTINEZ MUÑOZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca
Cali

**ASUNTO:** informe de supervisión mes de JUNIO del contrato 100-7-200685-2025

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO __X_ O FINAL _ __**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **04/06/2026** | **Hasta** | **03/07/2026** |

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

**INFORMACIÓN GENERAL:**

Mediante comunicación oficial No 1369 /AREAD-GRUCO 29.25 UPRES VALLE, Mayor YAIDY MARTINEZ MUÑOZ, obrando en calidad de Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, nombró como supervisor del contrato del asunto al responsable de servicios en salud sehos de la UPRES Valle.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** mensual
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 6**
    - Informe de supervisión del mes de DICIEMBRE del periodo comprendido entre el 04/12/2025 y el 04/01/2026 presentado mediante comunicación oficial GS-2026-106427-DEVAL- CLÍNICA DEVAL
    - Informe de supervisión del mes de ENERO del periodo comprendido entre el 04/01/2026 y el 04/02/2026 presentado mediante comunicación oficial GS-2026-106492-DEVAL- CLÍNICA DEVAL
    - Informe de supervisión del mes de FEBRERO del periodo comprendido entre el 04/02/2026 y el 04/03/2026 presentado mediante comunicación oficial GS-2026-106509-DEVAL- CLÍNICA DEVAL
    - Informe de supervisión del mes de MARZO del periodo comprendido entre el 04/03/2026 y el 04/04/2026 presentado mediante comunicación oficial GS-2026-106611-DEVAL- CLÍNICA DEVAL
    - Informe de supervisión del mes de ABRIL del periodo comprendido entre el 04/04/2026 y el 03/05/2026 presentado mediante comunicación oficial GS-2026-106684-DEVAL- CLÍNICA DEVAL
    - Informe de supervisión del mes de MAYO del periodo comprendido entre el 04/05/2026 y el 03/06/2026 presentado mediante comunicación oficial GS-2026-117674-DEVAL - CLÍNICA DEVAL

**Información del contrato u orden de compra**

| | |
|---|---|
| **Contrato No. / Orden de compra No.** | 100-7-200685-2025 |
| **Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra** | "PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN NEUMOLOGIA, PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS PULMONARES, PARA LA UPRES VALLE". |
| **Contratista** | GRUPO MEDICO ESPECIALIZADO HIPNOS VIDA S.A.S |
| **Representante legal** | LEYDY SHIRLEY PINEDA CAMPOS |
| **Valor inicial del contrato u orden de compra** | CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS ($110.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA |
| **Valor adiciones del contrato u orden de compra** | CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($55.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA |
| **Valor total del contrato u orden de compra** | CIENTO SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($165.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA |
| **Plazo de ejecución inicial** | 5 MESES Y 27 DIAS |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra** | 04/12/2025 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)** | 31/05/2026 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 01/06/2026 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | 10/08/2026 |
| **Adiciones** | MODIFICACION Nro. 001 ADICION AL CONTRATO 100-7-200685-2025 POR VALOR DE ($55.000.000) Y PRORROGA EL PLAZO EN (2 MESES Y 10 DIAS) SOLICITADO POR EL SUPERVISOR MEDIANTE OFICIO GS-2026-071685- DEVAL-GASIS-SEHOS-20.1 DE FECHA 16/04/2026 Y APROBADO POR EL JEFE DE LA UPRES. |
| **Modificatorios** | |
| **Prorrogas** | MODIFICACION Nro. 001 ADICION AL CONTRATO 100-7-200685-2025 POR VALOR DE ($55.000.000) Y PRORROGA EL PLAZO EN (2 MESES Y 10 DIAS) SOLICITADO POR EL SUPERVISOR MEDIANTE OFICIO GS-2026-071685- DEVAL-GASIS-SEHOS-20.1 DE FECHA 16/04/2026 Y APROBADO POR EL JEFE DE LA UPRES. |
| **Otros** | N/A |

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

**1.1 Acciones adelantadas:**

El contratista ha cumplido de forma parcial con las actividades asignadas.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

**CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA**

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| ITEM | DESCRIPCION | CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1** | Cumplir con el objeto contractual. | **X** | **CUMPLIO** |
| **2** | Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas | **X** | **CUMPLIO** |
| **3** | Responder los requerimientos de aclaración o de información en los plazos que la Salud de la Policía Nacional Unidad prestadora de salud valle del cauca le formule en cada caso. | **X** | **CUMPLIO** |
| **4** | Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. | **X** | **CUMPLIO** |
| **5** | Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Jefatura Administrativa y Financiera de la Unidad prestadora de salud valle del cauca o quien haga sus veces, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar. | **X** | **CUMPLIO** |
| **6** | Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. | **X** | **CUMPLIO** |
| **7** | Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias. | **X** | **CUMPLIO** |
| **8** | EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO, salvo que se trate de urgencias debidamente justificadas de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de urgencia o urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos. | **X** | **CUMPLIO** |
| **9** | El contratista deberá requerir a los usuarios para acceder al servicio de salud que presenten a la vista el carné que acredita los derechos al Subsistema de salud de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné por trámite, pueden presentar constancia VIGENTE, expedida únicamente por las Oficinas de Talento Humano de los Comandos de Departamentos de Policía y Comandos de las Metropolitanas, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN). Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse a la vista 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) y entregar la respectiva orden de servicios. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). | **X** | **CUMPLIO** |
| **10** | Todo servicio adicional que no haga parte del inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de Referencia y Contra-referencia de la Unidad prestadora de salud valle del cauca, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. (Decreto 4747 de 2007; Resolución 3047 de 2008). | **X** | **CUMPLIO** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **11** | El contratista se obliga a diligenciar la orden de servicio en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, servicio solicitado y por último la firma y el sello del profesional. De igual forma si solicita ayudas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos, también debe anexar por escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud | **X** | **CUMPLIO** |
| **12** | El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional | **X** | **CUMPLIO** |
| **13** | El contratista permitirá al equipo auditor de la Unidad prestadora de salud valle del cauca, el acceso en tiempo real y oportuna a las historias clínicas y todos los registros asistenciales diligenciados dentro de la atención de los usuarios de la unidad prestadora de salud valle del cauca, adicionalmente permitirá también, el acceso a las unidades de análisis que contengan el resultado de los casos de importancia en salud pública y de los incidentes y eventos adversos, así como permitir que el equipo auditor de la Unidad prestadora de salud valle del cauca efectué la revisión de la facturación in situ de los servicios prestados a nuestros usuarios | **X** | **CUMPLIO** |

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ITEM | DESCRIPCION | CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| **1** | **IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO PROFESIONAL**<br>La Entidad Prestadora de Servicio de Salud deberá contar con personal idóneo como se encuentra establecido dentro de la resolución 3100, para la atención por la especialidad de neumología y los procedimientos apertura dos en el Establecimiento de Sanidad policial Complementario Clínica Valle del Cauca. | **X** | **CUMPLIO** |
| **2** | El Contratista se compromete a garantizar la prestación del servicio de procedimientos de neumología un día a la semana y consulta especializada en jornadas de 4 horas al día, 3 días a la semana intercalados, diferente al día de realización de procedimientos, durante el tiempo de ejecución del contrato, y dar respuesta a las interconsultas hospitalarias y de urgencias de forma oportuna.<br><br>Los horarios para consulta deberán agendarse de lunes a viernes entre las 07:00 AM a 07:00 PM y los procedimientos en coordinación con el supervisor del contrato.<br><br>**NOTA**: Las horas de consulta y procedimientos podrán ser ajustadas según necesidades del servicio y coordinación del supervisor del contrato. | **X** | **CUMPLIO** |
| **3** | **AGENDAMIENTO DE CITAS**: Las agendas pactadas de consulta externa ambulatoria, serán programadas por medio de la oficina de central de citas (call center), de la UPRES DEVAL, las cuales deben corresponder a 48 horas mes; así mismo, teniendo en cuenta la guía "2GS-GU-0003 GUIA PARA EL AGENDAMIENTO Y ASIGNACION DE CITAS", atención por paciente deberán ser programada cada 20 minutos (3 pacientes por hora).<br><br>**Para las agendas de realización de procedimientos,** el oferente deberá certificar por escrito que se compromete a realizar el agendamiento que se requiere, el cual debe contar con un indicador de oportunidad acorde al estándar estipulado por superintendencia de salud (máximo ocho días).<br><br>El oferente deberá disponer de una persona para que recepcione las ordenes de procedimientos generadas a los usuarios adscritos al Subsistema de Salud de la Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, o disponer de un correo electrónico de manera exclusiva para atender los usuarios de la unidad; posteriormente realizara internamente los trámites administrativos de autorización del servicio ante la oficina de referencia de la RASES 4, y así realizar la programación para la realización del procedimiento y notificación al usuario, para lo | **X** | **CUMPLIO** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cual deberá llevar una base de datos donde consigne la información de lo autorizado, lo realizado, lo pendiente por autorizar y lo pendiente por programar, la cual será objeto de verificación por parte del supervisor del contrato.<br><br>Esta base debe incluir, además, datos básicos del paciente, datos de la orden médica (profesional que origina la remisión, especialidad, entidad de donde se origina la orden de servicios y diagnóstico del paciente). | | |
| **4** | **Para la realización de los procedimientos establecidos en el pliego de condiciones**, el contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional presentando los siguientes documentos:<br>➢ Documento de identidad original a la Vista<br>➢ Orden medica<br>➢ Orden de servicio autorizada por la oficina de autorizaciones de la RASES 4 | **X** | **CUMPLIO** |
| **5** | La entidad oferente suministrará con cargo a su presupuesto a los profesionales en cumplimiento del objeto del contrato, sellos engomados personalizados, según modelo indicado Instructivo No. 019 del 25/03/2011 Dirección de Sanidad. Sello automático con placa, en tintaje automático, Tamaño de la placa del sello máximo 57 mm X 21 mm. Almohadilla de recambio. Letra de impresión tipo: HELVETICA NEUE BOLD CONDENSED, Tinta negra (Anexo modelo) para uso exclusivo al interior del ESP y en el servicio asignado<br><br>**1. MODELO IMPRESIÓN SELLO**<br><br><br> | **X** | **CUMPLIO** |
| **6** | El talento humano contratado deberá utilizar los elementos de protección personal exigidos por la Clínica ESPCO | **X** | **CUMPLIO** |
| **7** | En caso de presentarse un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de sanidad, presentara el informe de los reportes de accidentes de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato. | **X** | **CUMPLIO** |
| **8** | sustituir o reemplazar el profesional cuando este no llegue en condiciones aptas para la prestación del servicio o no se presente a laborar, en un lapso no mayor a dos (2) horas, luego de informada la novedad. | **X** | **CUMPLIO** |
| **9** | Bajo ninguna circunstancia el personal médico dejará en los consultorios o áreas donde laboren en la Clínica ninguna clase de medicamentos ni muestras médicas que sean de su pertenencia. Así mismo no debe propiciar la visita de representantes de laboratorios farmacéuticos | **X** | **CUMPLIO** |
| | La entidad contratista tendrá carnetizados a todos y cada uno de los médicos generales que presten sus servicios en la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, al igual que los proveerá de una bata blanca manga larga de tela gabardina largo a la rodilla, uniforme para el grupo, con el logo de la empresa, de un uniforme para profesionales médicos tal como lo establece el Instructivo No. 022 /DISAN – COEST del 17/08/2012 con el fin de garantizar la uniformidad, la buena presentación, y la bioseguridad en la atención (Material - Todo el uniforme debe ser elaborado en Universal Lafshield (antifluidos) cuello en “V”, manga corta, largo a la cadera, tipo cirugía, cuatro bolsillos en la camisa, tres en el pantalón. Y zapatos color negro cerrados suela de caucho antideslizante – indeformables. | **X** | **CUMPLIO** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| |   | | |
| **10** | : <br><br> **NOMBRE BENEFICIARIO: GRUPO MEDICO ESPECIALIZADO HIPNOS VIDA S.A.S.** <br> **CUENTA No. 159980001974** <br> **TIPO DE CUENTA: AHORRO** <br><br> **CONTRATISTA FINANCIERA: BANCO FALABELLA S A** | **X** | **CUMPLIO** |

**2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA**

Durante el presente mes el contratista realizo el pago correspondiente al servicio de arriendo por la suma TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SESENTA Y CUATRO PESOS ($396.064) MONEDA LEGAL COLOMBIANA

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (210) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (37) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

**4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS**

La Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, cancelara el valor del Contrato que se suscriba como producto del presente proceso de selección en pagos al contratista que sea seleccionado de acuerdo al producto y a la calidad de los mismos en la ciudad de Cali, o según Como se ejecute el contrato según Tracto Sucesivo mensualmente. Por el monto relacionado con la selección definida si es uno o varios contratistas, en el respectivo periodo, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendarios siguientes a la presentación de la cuenta de cobro y/o factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única de la oficina central de cuentas dentro de los primeros cinco (05) días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. El RECIBO A SATISFACCIÓN (RAS) expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. No obstante, la aprobación de los cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

**NOTA:** Las facturas que se radiquen por fuera del término anteriormente señalado se entenderán como radicadas en el mes siguiente. Para mayor información al respecto, se podrá comunicar a la línea telefónica No. 6605795, Oficina Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca.

**TRAMITES Y VERIFIACION DE PAGO**

La Unidad Prestadora De Salud Valle del Cauca, pagará en moneda legal Colombiana al OFERENTE el valor del contrato que resulte del presente proceso, en el Departamento del Valle del Cauca, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, las ordenes de, acreditación del oferente de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud , pensiones y riesgos profesionales.

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

**PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS (RECIBO A SATISFACCIÒN)**

Una vez radicada la factura y entregados los elementos por parte del adjudicatario Oferente, el supervisor del contrato, previa revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes a la Central de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

Si el Contratista una vez iniciada la ejecución del presente contrato, requiere cambiar la información de la cuenta, éste debe presentar al Ordenador del Gasto solicitud por escrito acompañada de la nueva certificación bancaria y el formulario “datos básicos beneficiario cuenta”. En cumplimiento a lo anterior, solo el Ordenador del Gasto autoriza el cambio de la cuenta bancaria, en la jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: GRUPO MEDICO ESPECIALIZADO HIPNOS VIDA S.A.S.
CUENTA No. 159980001974
TIPO DE CUENTA: AHORRO
CONTRATISTA FINANCIERA: BANCO FALABELLA S A

**4.1. Ejecución Financiera y Pagos:**

| **a. Balance general de pagos y entregas** | | |
|---|---|---|
| | **Valor en pesos** | **% del valor del contrato u orden de compra** |
| Valor total del contrato u orden de compra | 165.000.000 | 100% |
| Valor total de las entregas | 140.514.848 | 85% |
| Valor total facturado | 140.514.848 | 85% |
| Valor facturado pendiente de pago | 21.929.952 | 13% |
| Valor pagado | 118.584.896 | 72% |
| Valor pendiente de entrega | 24.485.152 | 15% |

**b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado** (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

| No. de acta o constancia de recibido | Valor recibido | Fecha de recibido | Valor facturado | No. factura | Valor pagado | Valor deducciones | No. orden de pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | $ 21.929.952 | 04/06/2026 30/06/2026 | $ 21.929.952 | 7 | PENDIENTE PAGO | 0 | PENDIENTE PAGO |

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

**5. RECOMENDACIONES**

***N/A***

**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,

_____

PT. KARINA ORBES
RESPONSABLE DE HOSPITALIZACION
Supervisor contrato. No. 100-7-200685-2025
Tel. 3181828 exte 5469

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 79602016 | GUILLERMO | | PANDALES | RAMIREZ | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GUILLERMO PANDALES RAMIREZ identificado(a) con CC 79602016 registra La siguiente información:

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| ESP | Extranjero | Neumología | 2015-11-23 | 19795 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| UNV | Local | MEDICINA | 2017-03-09 | 19793 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|CHOCÓ\|ISTMINA | 1995-11-03 | 1996-11-03 | Sin Modalidad | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:47:12 PM horas del 19/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79602016**

Apellidos y Nombres: **PANDALES RAMIREZ GUILLERMO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 19 de mayo de 2026, a las 14:48:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 79602016 |
| Código de Verificación | 79602016260519144831 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
384c95e24e66e82059495d4b350012cde2e200b9f7323fc4e84ab73aa40fa25bc1b1a879a5a3a42cc4f83e67c49486af

**Número de Factura:** HIP-4643
**Fecha de Emisión:** 03/07/2026
**Fecha de Vencimiento:** 17/08/2026
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar
**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferecia Crédito
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** GRUPO MEDICO ESPECIALIZADO HIPNOS VIDA S.A.S.
**Nombre Comercial:** GRUPO MEDICO ESPECIALIZADO HIPNOS VIDA S.A.S.
**Nit del Emisor:** 900977400
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8699
**País:** Colombia
**Departamento:** Valle del Cauca
**Municipio / Ciudad:** Cali
**Dirección:** CR 44 5 B 54
**Teléfono / Móvil:** 3023889107
**Correo:** contabilidad.hipnosvida@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 901361882
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** 01 - IVA
**País:** Colombia
**Departamento:** Valle del Cauca
**Municipio / Ciudad:** Cali
**Dirección:** AVENIDA 1ONORTE N 16N 21
**Teléfono / Móvil:** 3505594764
**Correo:** sifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

## Datos Totales



**Documento generado el:**
03/07/2026 15:36:03
**Documento validado por la DIAN:**
03/07/2026 15:36:03
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 21929952 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 21929952 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 21929952 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 21929952 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

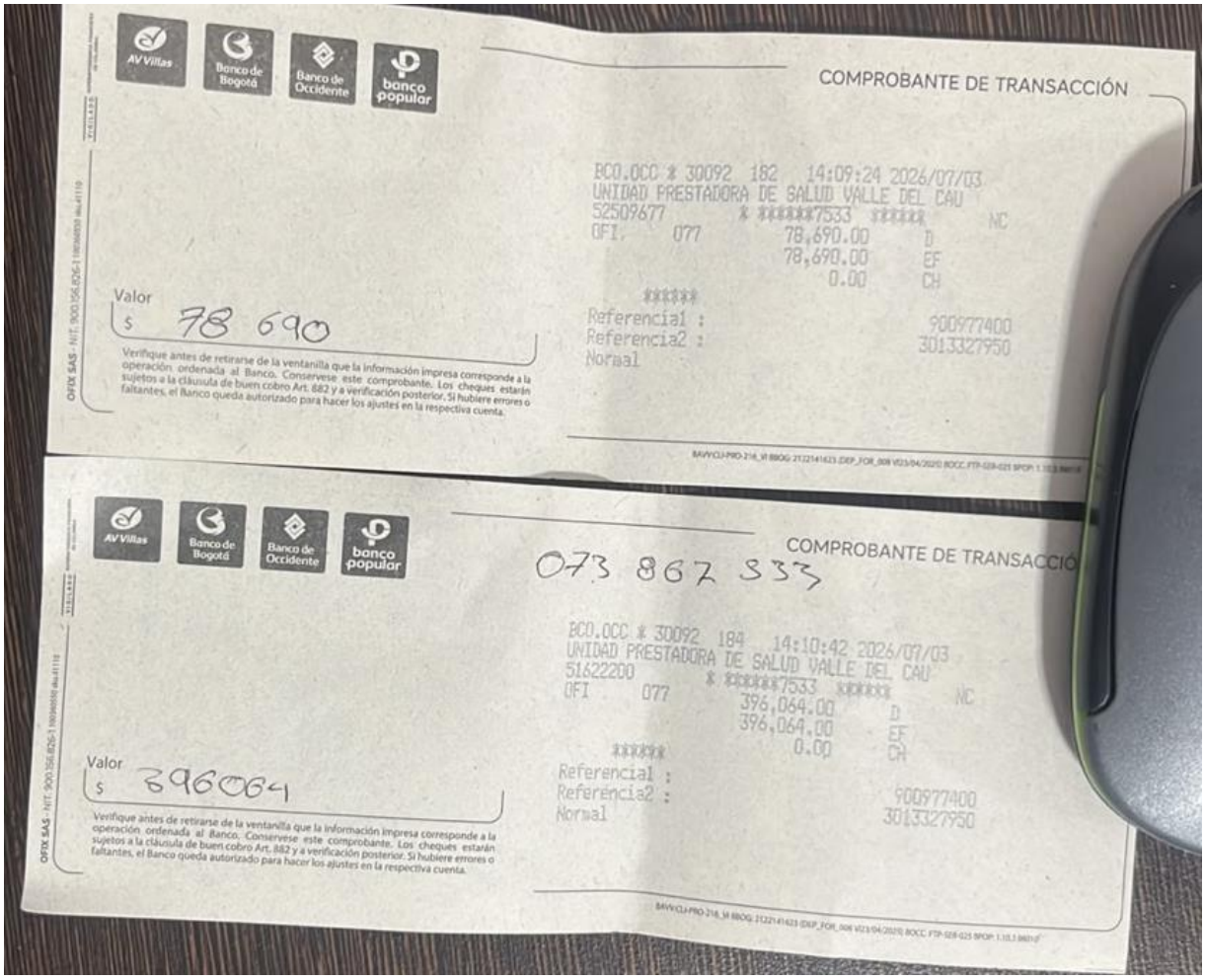
| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 21.929.952,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 21.929.952,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 21.929.952,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 21.929.952,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |


AV Villas
Banco de Bogotá
Banco de Occidente
banco popular
COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN
BCO.OCC # 30092 182 14:09:24 2026/07/03
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAU
52509677 # ******7533 ****** NC
OFI. 077 78,690.00 D
78,690.00 EF
0.00 CH
******
Referencial : 900977400
Referencia2 : 3013327950
Normal
Valor
$ 78 690
Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conservese este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.
OFIX SAS - NIT: 900.356.826-1
AV Villas
Banco de Bogotá
Banco de Occidente
banco popular
073 862 333
COMPROBANTE DE TRANSACCIÓ
BCO.OCC # 30092 184 14:10:42 2026/07/03
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAU
51622200 # ******7533 ****** NC
OFI 077 396,064.00 D
396,064.00 EF
0.00 CH
******
Referencial : 900977400
Referencia2 : 3013327950
Normal
Valor
$ 396064
Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conservese este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.
OFIX SAS - NIT: 900.356.826-1