No. 10 _REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2026-630757-MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 9 de octubre de 2026

Señora teniente coronel
IVONNE JOHANNA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-8-20294-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO___X__ O FINAL _____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**10/09/2026**	**Hasta**	**09/10/2026**

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, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación oficial No. GS-2025-029762-REGI1 el señor mayor ISAAC AMADO CODINA GALLARDO, obrando en calidad de jefe Grupo Contrato regional de aseguramiento en salud N.01 notifico como supervisor del contrato del asunto a la señora(a) TERAPUETA FÍSICO(A) DE REHABILITACION DEL GRUPO PRESTADOR DE ATENCIÓN EN SALUD

Mediante ACTA – 019342-UPRES – GUPAS – 2.25 del 13/02/2026, la señora Capitán ANGELICA PARRA MARTINEZ, realizó la entrega de los procesos contractuales del servicio de rehabilitación del grupo prestador de atenciones en salud y procesos contractuales de la regional de aseguramiento en salud No 1 a la señora SM-14 SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO, siguiendo instrucciones de la señora teniente coronel LUZ CATALINA MIRANDA GUERRERO quien en su momento obraba como jefe de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá (E)

Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: mensual

No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 7

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/12/2025 y el 09/01/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-173952-MEBOG.
2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/01/2026 y el 09/02/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-173958-MEBO
3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/02/2026 y el 09/03/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-173972-MEBOG
4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/03/2026 y el 09/04/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-202783-MEBOG
5. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/04/2026 y el 09/05/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-277129-MEBOG
6. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/05/2026 y el 09/06/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-3456550-MEBOG
7. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/06/2026 y el 09/07/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-416654-MEBOG
8. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/07/2026 y el 09/08/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-497295-MEBOG.
9. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 10/08/2026 y el 09/09/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-559224-MEBOG.

Información del contrato

Contrato No.	81-8-20294-25
Objeto del Contrato	SUMINISTRO DE COLCHONES, COLCHONETAS Y COJINES ANTIESCARAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1
Contratista	TU SALUD H&G S.A.S
Representante legal	GILBERTO ORJUELA GUERRERO
Valor inicial del contrato	CIENTO CUARENTA MILLONES ($140.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor adiciones del contrato	SETENTA MILLONES DE PESOS (70.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor total del contrato	DOSCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS (210.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Plazo de ejecución inicial	El plazo de la ejecución del contrato será **hasta el 31 de marzo de 2026, o hasta agotar presupuesto, lo primero que ocurra**, tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a qué se obliga. Dicho plazo iniciara a partir de la aprobación de la garantía única y entrega de la carta de inicio de ejecución del contrato.
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	10/12/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31/03/2026
Fecha inicio del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	01/08/2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	31/10/2026

Adiciones	CLÁUSULA PRIMERA: Adicionar la suma de SETENTA MILLONES DE PESOS ($ 70.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, para la vigencia 2026, suma que no supera el 50% de conformidad con el parágrafo único del artículo 40 de la Ley 80 de 1993 y en consecuencia modificar el acápite VALOR del contrato No. 21-5-20294-25, el cual quedará de la siguiente manera: VALOR: El contrato asciende a la suma de DOSCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS ($210.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, distribuidos de la siguiente manera: Para la vigencia 2025 la suma de SESENTA MILLONES DE PESOS ($60.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA. Para la vigencia 2026 la suma de CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($150.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Modificatorios	Con modificación 002 de 16 de julio de 2026. Se modifica el plazo de ejecución hasta el 31 de octubre de 2026
Prorrogas	PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será hasta el HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2026, o hasta agotar presupuesto, lo primero que ocurra, a partir de la entrega de la carta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos legales y administrativos del contrato que correspondan. Tiempo durante el cual deberá dar cabal cumplimiento a las prestaciones a que se obliga.
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

Teniendo en cuenta plazo de ejecución del contrato y presupuesto ejecutado, mediante modificación 002 de 2026 se amplía el plazo de ejecución hasta el 31 de octubre de 2026. En el mes de septiembre se realizaron la entrega de dos cojines prescritos por fisiatría.

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	NINGUNA
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	NINGUNA
3. Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	NINGUNA
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 esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	NINGUNA
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	NINGUNA
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	NINGUNA
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
8. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	NINGUNA

9. Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.	SI	NINGUNA
10. 10. CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación	SI	NINGUNA
11. El contratista anexará a la factura, los RIPS y el informe del tratamiento realizado durante el mes al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y firma de recibido a satisfacción del padre o acudiente del paciente. Así mismo, adjuntará la relación del usuario atendido en el mes en Excel donde se relacione número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Esta última información se debe presentar en físico y medio magnético	SI	NINGUNA
12. El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario	SI	NINGUNA
13. Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 septiembre de 2020 "lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020 " Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos" y el registro de la factura electrónica de venta.	SI	NINGUNA
14. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y se anexará en la historia Clínica del usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia	SI	NINGUNA
15. El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse.	SI	NINGUNA
16 .El contratista se compromete a mantener 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	SI	NINGUNA

contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial		
17.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	NINGUNA
18. 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	NINGUNA
19. EL CONTRATISTA se compromete a utilizar empaque adecuado y medio de transporte que garantice la integridad de los bienes suministrados, así mismo, responderá por pérdida o deterioro de los bienes antes que sean entregados al almacén de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá.	SI	NINGUNA
20. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
CONDICIONES ESPECIFICAS		
1.El contratista se compromete realizar entregas parciales de los elementos en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud— UPRES BOGOTÁ, según las necesidades del servicio y de acuerdo con los requerimientos del supervisor, expedidos durante la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
2.El contratista, debe presentar la ficha técnica del fabricante (en idioma castellano o con su traducción al mismo) de cada uno de los elementos ofertados, para verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas	SI	NINGUNA
3.El contratista deberá contar con el Registro Sanitario INVIMA VIGENTE de los elementos ofertados que lo requieran. En el caso que dichos eleventos no requieran de dicha certificación deberá tener constancia.	SI	NINGUNA
4.El contratista deberá contar con certificado de fabricante, comercializador o distribuidor autorizado de los ítems de los elementos ofertados, en la cual se pueda constatar la cadena de distribución y autorización del fabricante.	SI	NINGUNA
5.El contratista deberá hacer entrega de los elementos adjuntando manual de instrucciones de uso, cuidados y precauciones a tener durante el uso de los mismos.	SI	NINGUNA
6.El contratista, deberá ofrecer garantía mínima de dos (02) anos. La garantía comenzará a ser efectiva a partir del momento de entrega del elemento al usuario, para lo cual se enviará documento soporte al proveedor.	SI	NINGUNA
7.El contratista se compromete a garantizar el cambio de los elementos que presenten fallas por defectos de fábrica, en un término no mayor a diez (10) días calendario para la UPRES Bogotá, y 20 días calendarios para las demás unidades, a partir de la fecha del requerimiento efectuado por el supervisor del contrato, sin que dicho cambio genere costo alguno para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
8.El contratista, deberá garantizar que los elementos ofertados son fabricados	SI	NINGUNA

con materiales resistentes, de alta calidad y durabilidad, por el tiempo de garantía mínima establecida. Al igual que la inclusión en la misma por parte del proveedor, deberá asumir toda la responsabilidad sobre la calidad del producto.		
9.El contratista garantiza que cuenta con un stock, para atender de manera oportuna las necesidades de los usuarios y de acuerdo con los requerimientos del supervisor del contrato, los cuales serán entregados en el almacén de las Unidades Prestadoras de Salud Bogotá perteneciente a la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.	SI	NINGUNA
10.El contratista garantiza que los elementos serán entregados en su empaque individual con la marca de la casa fabricante y contramarcados - PRODUCTO INSTITUCIONAL POLICIA NACIONAL — DIRECCIÓN SANIDAD. Además, deberá cumplir con las condiciones sanitarias para el almacenamiento, y deben ajustarse a los requisitos previstos en las normas del Ministerio de Salud, y/o INVIMA y/o ICONTEC, según su naturaleza.	SI	NINGUNA
11.El contratista deberá entregar un informe final de ejecución del contrato, donde se relacionan las cantidades, fecha y valores de cada entrega.	SI	NINGUNA
12.EL contratista contará con certificado vigente emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición. La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna

6. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión transcurrieron (300) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (22) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

7. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

"La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará al CONTRATISTA el valor del contrato, en la ciudad de Bogotá, D. C., de manera mensual, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de las facturas acompañadas de constancia de recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato suscrita por el supervisor del contrato, la cual deberá ser allegada para los pagos del presente contrato, alta de almacén, copia del Certificado de importación expedido por la DIAN (únicamente cuando los insumos son de origen extranjero) y Acreditación del contratista de encontrarse al dia en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicara lo contenido en el Articulo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el articulo 65 de la Ley 1819 de 2016, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única - Central de Cuentas del Edificio Brigadier General EDGAR YESID DUARTE VALERO ubicado en la Carrera 68 B Bis No. 44 — 58 Cuarto Piso, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se les asignará un número de radicación. En caso de que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día quince (15) del mes, el pago se realizará dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, el pago está sujeto a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central.
Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro 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 Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley

Responsabilidad en cuanto a la Facturación Electrónica:
El Oferente deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2020 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad del articulo No 15 de la Ley 1966 del 11 de julio de 2019 "por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones", la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan

los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación" y la Resolución No Resolución 00165 del 01 de noviembre de 2023. "Por la cual se desarrolla el sistema de facturación, los proveedores tecnológicos, se adopta la versión 1.9 del anexo técnico de factura electrónica de venta, se expide el anexo técnico 1.0 del documento equivalente electrónico, y se dictan otras disposiciones".

PROCEDIMIENTO TÉCNICO — ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS
Una vez radicada la factura y prestado el servicio por parte del Adjudicatario (Contratista), el Supervisor del Contrato, previa revisión de los documentos soportes y trámite de auditoría de cuentas médicas, expedirá el Recibo a Satisfacción Técnico — Económico con la periodicidad que se establezca en el plan de pagos durante la ejecución del contrato, debiendo enunciar en forma puntual la ejecución física del contrato, relacionando para ello los aspectos de carácter técnico, administrativo, financiero y legal del negocio jurídico, cumpliendo con las obligaciones señaladas en la resolución 00090 del 15 de enero de 2018 "por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional.
Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 re obliga a la asignación nuevamente de turno, siempre y cuando hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.
El Recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitivo por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del bien y, por consiguiente, no exime al CONTRATISTA de su responsabilidad en cuanto a la excelente Entrega del Elemento o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.
Si el Recibo a Satisfacción no ha sido bien elaborado o no se acompaña a este de los documentos que para cada caso se soliciten en esta contratación, los términos anteriores sólo empezarán a contarse desde la fecha en que quede corregido el Recibo a Satisfacción o desde aquella en que se haya aportado el último de los documentos. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

Los pagos se realizarán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: TU SALUD H & G SOCIEDAD POR ACCIONES SIM
BANCO: SCOTIABANK COLPATRIA
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 4451015023

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	$ 210.000.000,00	100,0%
Valor total de las entregas	$ 146.195.218,05	69,6%
Valor total facturado	$ 142.292.606,05	67,8%
Valor facturado pendiente de pago	$ 0,00	0,0%
Valor pagado	$ 142.292.606,05	67,8%
Valor pendiente de entrega	$ 67.707.393,95	32,2%

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

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
RAS 6 22 de Septiembre de 2026	$ 3.902.612,00	15/09/2026	$ 3.902.612,00	No FE10480	Pendiente	Pendiente	Pendiente

8. RECOMENDACIONES

Como supervisor del contrato se tiene como recomendación a la Administración, continuar con la prestación de los servicios

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 soporte (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO __	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma _____

SM-14 **SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO**
Terapeuta ocupacional
Supervisor Contrato No. 81-8-20294-25

Página 1 de 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C., 22 de septiembre 2026
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios Contrato de compraventa Contrato de suministro: x Contrato interadministrativo
Contrato No.	81-8-20294-25
Constancia de recibido No.	06
Contratista:	TU SALUD H & G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA S A S
NIT del contratista:	900.259.168-6
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA REHABILITACION Y/O TRATAMIENTO DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1. GRUPO 3
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios:	NO APLICA
Valor del contrato:	Valor del contrato: $210.000.000,00 VIGENCIA 2025 $ 60.000.000,00 VIGENCIA 2026 $ 80.000.000,00 Adición $70.000.000,00
Plazo de ejecución:	INICIO: 10/12/2025- TERMINO: 31/10/2026
Fecha de vencimiento	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega:	Los elementos deben ser entregados en los Almacenes de las Unidades Prestadoras de Salud UPRES pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, según las necesidades del servicio y de acuerdo con los requerimientos del supervisor, expedidos durante la ejecución del contrato. Una vez celebrado el contrato, el suministro de los elementos por el CONTRATISTA se realizará en forma de tracto sucesivo, según la demanda y las necesidades de los usuarios, con las especificaciones y condiciones que se relacionan en el Anexo Especificaciones Técnicas Mínimas Exigidas, a partir de la aprobación de la Garantía Única y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO Terapeuta Ocupacional (E) Grupo Prestador de Atención en Salud
Fecha de entrega certificada:	15/09/2026

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
22 SEP 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Página 2 de 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026	**RASES 1**	**16**	SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA REHABILITACION Y/O TRATAMIENTO DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1. GRUPO 3	$3.902.612	$3.902.612	**$0,00**	$3.902.612
Acta de recepción de bienes	86						

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	NOTA DEBITO O CREDITO	VALOR DE LA FACTURA
FE10490	15/09/2026	$3.902.612	$ 0,00	$3.902.612
TOTAL		$3.902.612	$ 0,00	$3.902.612

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: LOS ELEMENTOS ENTREGADOS SE RECIBEN A SATISFACCIÓN CUMPLIMIENTO CON LA CALIDAD DE LA ENTREGA DENTRO DEL PLAZO ESTIPULADO EN EL CONTRATO Y CUMPLIMIENTO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y VALORES DEL CONTRATO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato.	Si X No___	Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL y parafiscales, expedida por el representante legal.

SM14 SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO
Terapeuta Ocupacional (E) Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisora del Contrato N° 81-8-20294-25

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

Recepción de bienes No. 86

Ciudad y Fecha: Bogotá 15 de septiembre de 2026
Hora 16:00
Lugar: Almacén de insumos médicos UPRES Bogotá

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 16:00 horas del 15 de septiembre de 2026, se reúnen en el Almacén de insumos médicos los señores, SM14 Sandra Liliana Acevedo Guio, Terapeuta ocupacional (E) Unidad Prestadora de Salud Bogotá y el señor SI Diego Alejandro Barrero Ospina, responsable almacén de insumos médicos, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al producto del contrato **No. 81-8-20294-25**, de fecha 10 de diciembre del 2025, suscrito con la firma **TU SALUD H & G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA S A S. - NIT: 900.259.168-6** , para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **81-8-20294-25** de fecha: **10/12/2025** Adición No. _002__ de fecha: _____16 de julio de 2026___

Plazo de ejecución del contrato _____N/A_____, Cumplió: SI__X__ NO_____

Prorroga o modificación No ____NO_____ de fecha _____N/A___

OBJETO: SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA LA REHABILITACION Y/O TRATAMIENTO DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1. GRUPO 3

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ITEM	COD	DESCRIPCION	REF	SERIAL	CAN	IVA	V INIT	V TOTAL
1		COJIN ANTIESCARAS DISEÑO ANATOMICO PERFIL MEDIO	PS 1618	0M0545755	1.00	$370.229,44	$1.948.576,00	$2.318.805,00
2		COJIN ANTIESCARAS EN ESPUMA VISCOLESTICA CON INSERTO DE GEL RIGIDO	PSP1616	0M0584900	1.00	$252.876,70	$1.330.930,00	$1.583.806,70

VALOR BRUTO: $3.279.506
IVA: $623.106
DESCUENTO COPAGO:$0.00
OBSEQUIOS: 0.00
TOTAL VENTA: $3.902.612

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos _____

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA

DIRECCION DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
39 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Nit: 900336524
Movimientos de Almacén

PROGRAMA: INPMMVAL
V. 5000
22/09/2026 10:18:22
DIEGO ALEJANDRO BARRER

Tpdo	ENC - ENTRADA ELEMENTOS CONSUMO SIN CONTROL			Area Resp	70429398 - ADMINISTRACIÓN ALMACEN RASES 1
Número	86	Fecha	22/09/2026	Solicitante	900336524 - SECCIONAL SANIDAD BOGOTA
Almacén	1 - ALMACEN SECSA MEBOG			TpMv Contab	43 - ENTRADAS — Estado: INGRESO A ALMACEN
Proyecto	-				

FACTURAS RELACIONADAS

Tipo Documento	Prefijo	Número	Fecha	Iva	Valor Total
1-FACTURA	FE	10490	15/09/2026	623,106.00	3,902,612.00
					3,902,612.00

BODEGA: 1 - BOEGA SECSA MEBOG

Tipo: 11 - CONSUMO SIN CONTROL
Grupo: 3 - MEDICAMENTOS, INSUMOS PARA ODONTOLOGIA, LABORATORIO, SA
Subgrupo: 4 - ELEMENTOS ORTOPEDICOS

Item	Descripción	Detalle Adicional	Cantidad	Marca	Unidad	Procedencia	Valor Unitario	Valor Total sin IVA	Valor Total
49766	COJIN ANTIESCARAS ALTO PERFIL		1		UNIDAD	1	1,583,806.56	1,330,930.00	1,583,806.56
49766	COJIN ANTIESCARAS ALTO PERFIL		1		UNIDAD	1	2,318,805.44	1,948,576.00	2,318,805.44

	Valor Adquisición	Valor IVA	Valor Descuento	Costo Desmante.	Costo Financiación	Valor Total sin Iva	Valor Total	Costo Total
TOTALES TIPO						3,279,506.00	3,902,612.00	0.00
TOTALES	Valor Adquisición	Valor IVA	Valor Descuento	Costo Desmante.	Costo Financiación	Valor Total sin Iva	Valor Total	Costo Total
						3,279,506.00	3,902,612.00	0.00

Observaciones

TO 81-8-20294-25 TU SALUD DRA SANDRA.

CODIFICACIÓN CONTABLE

TpCo Gr 920 TpCo Esp 700 ENTRADAS DE ALMACEN Nro. 1146 Periodo 202609 Fecha 22/09/2026

Mayor	Descripción	Area	Ceco	Nit	Descripción	Débito	Crédito
151404001	Materiales médico - quirúrgicos			11003004	ELEMENTOS ORTOPEDICOS	3,902,612.00	
249090001	Otras cuentas por pagar			900259168	TU SALUD H & G SOCIEDAD POR ACCIONES SIM		3,902,612.00
					Totales	3,902,612.00	3,902,612.00

Responsable
FIRMA
NOMBRE SECCIONAL SANIDAD BOGOTA
C.C. 900336524

Elaborado por
FIRMA
NOMBRE DIEGO ALEJANDRO BARRERO OSPINA

Especialistas en Movimiento y Aprendizaje

TU SALUD H&G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS S.A.S

N.I.T. 900.259.168-6
Unidad Integral de Rehabilitacion

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

No. FE 10490

Autorización de Numeración de Facturación Eléctronica DIAN No. 18764111445735 Habilita del FE 10001 al FE 13000 Fecha: 2026/06/19 Vigencia 24 Meses.
Act. Economica ICA 3092. TARIFA 6.9
Act. Economica Dian Cod CIIU 3092
NO SOMOS RETENEDORES DE IVA.
REGIMEN COMÚN

Cod Cliente:
Nombre : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1
Nit: 900336524
Dirección : CR 68 B BIS 44 58
Ciudad: BOGOTÁ
Teléfono:

Fecha Factura: 15 de Septiembre de 2026
Fecha Vencimiento: 15 de OCTUBRE de 2026
Medio de Pago: CRÉDITO
Forma de Pago: PAGO 30 DIAS
Resp. Fiscal Cliente: O-15 - Autorretenedor
Rég. Fiscal: Responsable de Impuesto a las Ventas (48)

ITEM	COD	DESCRIPCION	REF	SERIAL	CAN	V UNI	IVA UNI	V UNI IVA	IVA TOTAL	V TOTAL
1		COJIN ANTIESCARAS DISEÑO ANATOMICO PERFIL MEDIO	PS 1618	0M0545755	1.00	1,948,576.00	370,229.44	2,318,805.44	370,229.44	2,318,805
2		COJIN ANTIESCARAS EN ESPUMA VISCOELASTICA CON INSERTO DE GEL RIGIDO CON CARGO AL CONTRATO PN RASES No.1 81-8-20294-25 POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1	PSP 1616	0M0584900	1.00	1,330,930.00	252,876.70	1,583,806.70	252,876.70	1,583,807

TOTAL ITEMS 2

TOTAL EN LETRAS

SON : TRES MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS CON CATORCE CENTAVOS

Favor consigne en cualquier cuenta corriente: Banco Colpatria No. 4451015023, Banco Davivienda No 0560008669996459, Banco Occidente No 247050297 a nombre de TU SALUD H&G S.A.S. reportar a contabilidad@tusalud.com.co

VALOR BRUTO	3,279,506
I.V.A.	623,106
DESCUE - COPAGO	0
OBSEQUIOS	0
TOTAL VENTA	**3,902,612**

La presente Factura de Venta, se aplicara en lo pertinente a las normas relativas de la letra de cambio Articulo 779 de C. de Comercio. El comprador del bien no podra alegar falta de representacion o indebida representacion por razon de la persona que reciba las mercancias de sus dependencias y firma de la presete factura para efectos de aceptacion del Titulo Valor Articulo 773 del C de Comercio. El comprador acepta que el pago de la presente factura debe cumplirse en la ciudad de Bogota. Nos reservamos la propiedad de la mercancia hasta tanto no sea cancelado su valor de conformidad del paragrafo del Articulo 2 del Decreto 1165 de 1996 Articulo 617 del ET Se entrega copia de la factura de venta Articulo 1 Ley 1231 de 2008 La mercancia amparada por este documento transportada por cuenta y riesgo del comprador. Despues de vencida la factura liquidamos intereses al maximo autorizado por la ley. Todo abono se aplicara primero a intereses causados. Bienes Exentos - Decreto 551 del 15 de Abril del 2020

Firma Cliente C.C. / NIT

¡¡¡ REPRESENTACION GRAFICA DE FACTURACION ELECTRONICA !!!

FECHA VALIDACIÓN DIAN: 2026-09-15 09:48:30-05:00

TOTAL ITEMS FACTURADOS: 2

CUFE: 9aea1d348eb386ff652c9aa19440cca839fcdf241e1b0e7a61a1427ebde275949a03ab2c8af2c5e4d1ecc380021a50e6

Especialistas en Movimiento y Aprendizaje

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

El suscrito **GILBERTO ORJUELA GUERRERO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.388.268 de Bogotá D.C. En mi calidad de Representante Legal de la empresa **TU SALUD H&G S.A.S**, Con **N.I.T. 900.259.168 – 6** ; bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la empresa ha cumplido durante los seis (06) meses anteriores a la fecha de la presentación de la presente propuesta con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las empresas promotoras de salud - EPS-, los fondos de pensiones , las administradoras de Riesgos Laborales – ARL -, las cajas de compensación familiar , el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF- y el servicio Nacional de Aprendizaje – SENA -.

Dada en Bogotá, a los (15) días del mes de Septiembre del año 2026.

Atentamente,

GILBERTO ORJUELA GUERRERO
CC.19.388.268 de Bogotá.
Representante Legal

PBX (57) 1- 2 356515 · Cels (57) 320 524 7544 - (57) 310 8513854
Dirección: Calle 62 # 22 - 16 · Barrio San Luis · Bogotá D.C./Colombia
contacto@tusalud.com.co / comercial@tusalud.com.co
www.tusalud.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900259168
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		TU SALUD H G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 62 # 22-16	TELÉFONO:	2356515
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PLANILLA 01
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6035934480**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			654886619

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	6	$ 2.662.000
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	12	$ 6.655.300
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	2	$ 616.200
8002248088	230301	230301-PORVENIR	10	$ 4.049.300
		SUBTOTAL:	30	**$ 13.982.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	5	$ 435.400
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	10	$ 1.286.000
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4	$ 354.000
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	6	$ 1.059.200
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 70.100
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	5	$ 520.000
		SUBTOTAL:	31	**$ 3.724.700**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	31	$ 3.724.700
		SUBTOTAL:	31	**$ 3.724.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	31	$ 690.300
		SUBTOTAL:	31	**$ 690.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 22.122.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 22.122.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			TU SALUD H. C SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 82 # 22-15	TELÉFONO:	[illegible]
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PLANILLA 01
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	8635834460	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES agosto AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES septiembre AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PROTECCION	8	$ 2.862.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.862.000	$ 0	$ 2.862.000
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 616.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 616.300	$ 0	$ 616.300
25-14	25-14 COLPENSIONES	12	$ 6.676.300	$ 0	$ 0	$ 36.533	$ 36.533	$ 0	$ 0	$ 6.749.366	$ 0	$ 6.749.366
230201	230201-PORVENIR	10	$ 4.044.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.044.500	$ 0	$ 4.044.500
SUBTOTALES										$ 13.[illegible]	$ 0	$ 13.[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 354.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 354.000	$ 0	$ 0	$ 354.000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 520.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 520.000	$ 0	$ 0	$ 520.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 435.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 435.400	$ 0	$ 0	$ 435.400
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.286.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.286.000	$ 0	$ 0	$ 1.286.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.056.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.056.200	$ 0	$ 0	$ 1.056.200
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 73.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 73.100	$ 0	$ 0	$ 73.100
SUBTOTALES													$ 3.724.700	$ 0	$ 0	$ 3.724.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A CARGO DE LA [illegible]	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	31		$ 0	$ 0		$ 0	$ 896.300	$ 896.300	$ 0	$ 0	$ 896.300
SUBTOTALES									$ 896.300	$ 0	$ 0	$ 896.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTE	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	31	$ 3.724.700	$ 0	$ 3.724.700
SUBTOTALES			$ 3.724.700	$ 0	$ 3.724.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOL. EMPLEADOR	APORTES VOL. EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARL ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MEN TOTAL APORTE
1	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 2.300.000	FIJO	SI		230201-PORVENIR	30	$ 2.300.000	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.300.000	$ 92.000	$ 0	$ 92.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 2.300.000	01	$ 55.100	30	$ 2.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 1.930.000	FIJO	SI		230201-PORVENIR	30	$ 1.930.000	$ 308.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 308.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.930.000	$ 77.200	$ 0	$ 77.200	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 1.930.000	01	$ 47.100	30	$ 1.930.000	CCF24-COMPENSAR	$ 77.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 1.950.000	FIJO	SI		230201-PORVENIR	30	$ 1.950.000	$ 312.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 312.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.950.000	$ 78.000	$ 0	$ 78.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 1.950.000	01	$ 10.200	30	$ 1.950.000	CCF24-COMPENSAR	$ 78.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 3.000.000	FIJO	SI		230301-PROTECCION	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 3.000.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 3.000.000	01	$ 15.700	30	$ 3.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 3.000.000	FIJO	SI	VAC 18-18	230201-PORVENIR	1	$ 100.000	$ 16.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 16.000	EPS008-COMPENSAR	1	$ 100.000	$ 4.000	$ 0	$ 4.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1	$ 100.000	01	$ 0	1	$ 100.000	CCF24-COMPENSAR	$ 4.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 2.900.000	FIJO	SI		230201-PORVENIR	30	$ 2.900.000	$ 464.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 464.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.900.000	$ 116.000	$ 0	$ 116.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 2.900.000	01	$ 15.200	30	$ 2.900.000	CCF24-COMPENSAR	$ 116.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 2.500.000	FIJO	SI		230201-PORVENIR	30	$ 2.500.000	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ 100.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 2.500.000	01	$ 13.100	30	$ 2.500.000	CCF24-COMPENSAR	$ 100.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 3.900.000	FIJO	SI		25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.900.000	$ 624.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 624.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 3.900.000	$ 156.000	$ 0	$ 156.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 3.900.000	01	$ 20.400	30	$ 3.900.000	CCF24-COMPENSAR	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TU SALUD H G SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 52 # 29-15	TELÉFONO:	[illegible]
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PLANILLA 01
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6035934460	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES agosto AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES
28	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 5.000.000	FIJO			SI	
29	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 2.700.000	FIJO			SI	
30	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 1.750.000	FIJO			SI	
31	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 3.550.000	FIJO			SI	
32	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 4.500.000	FIJO			SI	
33	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ 3.300.000	FIJO			SI	
34	CC [illegible]	[illegible]	DEPEND		$ [illegible]	FIJO			SI	11

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
28	25-14 COLPENSIONES	30	$ 5.000.000	$ 800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 800.000
29	230201-PROTECCION	30	$ 2.700.000	$ 432.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 432.000
30	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.000	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.000
31	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.550.000	$ 568.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 568.000
32	230301-PORVENIR	30	$ 4.500.000	$ 720.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 720.000
33	230201-PROTECCION	30	$ 3.300.000	$ 528.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 528.000
34	25-14 COLPENSIONES	11	$ 861.667	$ 137.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 137.900

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARL

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR UPC	TOTAL APORTE	ARL ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
28	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 5.000.000	01	$ 26.100
29	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.700.000	$ 108.000	$ 0	$ 108.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 2.700.000	01	$ 14.100
30	[illegible]	30	$ 1.750.000	$ 70.000	$ 0	$ 70.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 1.750.000	01	$ 9.200
31	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 3.550.000	$ 142.000	$ 0	$ 142.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 3.550.000	01	$ 18.600
32	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 4.500.000	$ 180.000	$ 0	$ 180.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 4.500.000	01	$ 23.500
33	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 3.300.000	$ 132.000	$ 0	$ 132.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 3.300.000	[illegible]	$ 34.500
34	EPS037-NUEVA EPS	11	$ 861.667	$ 34.500	$ 0	$ 34.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	11	$ 861.667	01	$ 4.500

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MEN TOTAL APORTE
28	30	$ 5.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	30	$ 2.700.000	CCF24-COMPENSAR	$ 108.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	30	$ 1.750.000	CCF24-COMPENSAR	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
31	30	$ 3.550.000	CCF24-COMPENSAR	$ 142.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
32	30	$ 4.500.000	CCF24-COMPENSAR	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
33	30	$ 3.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 132.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
34	11	$ 861.667	CCF24-COMPENSAR	$ 34.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 22.122.500

Planilla Pagada

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

INDICACIONES

ESPRI UNIDAD MEDICA BG. EDGAR YESID DUA

Fecha de Impresión

2026/08/2111:13:39

Paciente : CC 1070466483 DIEGO JOSE DEVIA MURCIA **No. Historia** 070466483 PF00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :** A

Fecha de Evolución : 2026/08/21 11:09:19 **Edad :** 22 A?os **Sexo :** Masculino

Ubicación Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

SS COJIN ANTIESCARAS EN ESPUMA DE ALTA DENSIDAD CON FORRO ANTIFLUIDOS (IGNIFUGA). CANTIDAD 1 (UNO).
MEDIDAS ANCHO 16 PULGADAS, LARGO 20 ULGADAS.

IDX: ESPINA BIBIDA

Tel 3102515140

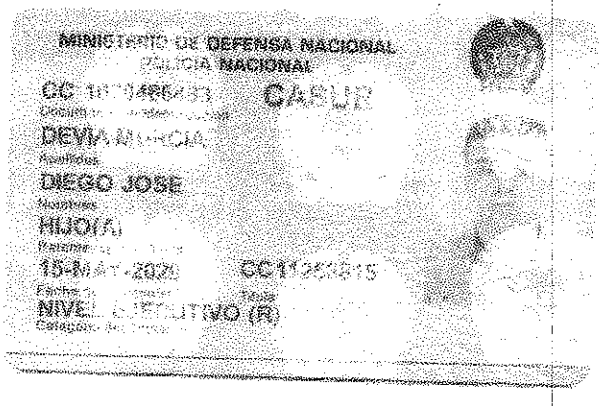
Médico Fisiatra U. de la Sabana R.M. 252504

ORDENADO POR

79790726 CARLOS ALBERTO PI?EROS RODRIGUEZ **Firma:**

21-08-2023

C:\IPS\Reportes\AtnRP008.rpt





15-MAY-2004
Fecha de nacimiento

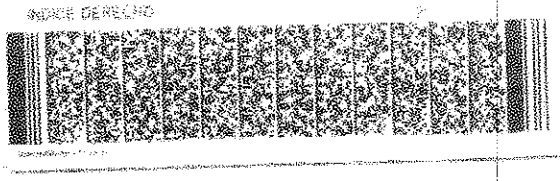
305244450
Número de serie

B +
GS RH

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



POLICIA NACIONA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
INDICACIONES
ESPRI UNIDAD MEDICA BG. EDGAR YESID DUA

Fecha de Impresión
2026/09/01 12:57:43

Paciente : TI 1073521655 ANNA SOFIA CASTILLO YAGUE **No. Historia** 1073521655 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :** A
Fecha de Evolución : 2026/09/01 9:59:57 **Edad :** 11 A?os **Sexo :** Femenino
Ubicación Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

1.SS COJIN DE DOBLE DENSIDAD EN GEL ESPUMA CON BARRA PRE ISQUIAL CANTIDAD 1 (UNO)

Dra. Angelica Erazo Davila
Medicina Física y Rehabilitación
RM 108748217 RETHUS 1087482172

ORDENADO POR
108481721 ROSA ANGELICA ERAZO DAVILA **Firma:**

C:\IPS\Reportes\AtnRP008.rpt

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICÍA NACIONAL

58 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

Nit: 901361596

Movimientos de Almacén

PROGRAMA: INPMMVAL
V. 5000
22/09/2026 10:30:42
DIEGO ALEJANDRO BARRER

Tpdo	SDA - SALIDA DESPACHOS AMBULATORIOS			Area Resp	81538517 - GASIS LAB-CLINIC BAJA COMPJ ESPRI MADUA
Número	206	Fecha	22/09/2026	Solicitante	52516542 - ACEVEDO GUIO SANDRA LILIANA
Almacén	1 - ALMACEN UPRES BOGOTA			TpMv Contab	45 - SALIDAS / Estado: SALIDAS DE ALMACEN
Proyecto	-				

BODEGA: 1 - BODEGA UPRES BOGOTA

Tipo	Grupo	Subgrupo
11 - CONSUMO SIN CONTROL	3 - MEDICAMENTOS, INSUMOS PARA ODONTOLOGIA, LABORATORIO, SA	4 - ELEMENTOS ORTOPEDICOS

Item	Descripción	Detalle Adicional	Cantidad	Marca	Unidad	Procedencia	Valor Unitario	Valor Total sin IVA	Valor Total
49766	COJIN ANTIESCARAS ALTO PERFIL		1		UNIDAD	1	2,318,805.44	2,318,805.44	2,318,805.44
49766	COJIN ANTIESCARAS ALTO PERFIL		1		UNIDAD	1	1,583,806.56	1,583,806.56	1,583,806.56

	Valor Adquisición	Valor IVA	Valor Descuento	Costo Desmante.	Costo Financiación	Valor Total sin Iva	Valor Total	Costo Total
TOTALES TIPO						3,902,612.00	3,902,612.00	0.00
TOTALES	Valor Adquisición	Valor IVA	Valor Descuento	Costo Desmante.	Costo Financiación	Valor Total sin Iva	Valor Total	Costo Total
						3,902,612.00	3,902,612.00	0.00

Observaciones

TO 81-8-20294-25 TU SALUD DRA SANDRA

CODIFICACIÓN CONTABLE

TpCo Gr 921 TpCo Esp 473 MOVIMIENTO SALIDAS DE ALMACEN UNIDADES Nro. 4355 Periodo 202609 Fecha 22/09/2026

Mayor	Descripción	Area	Ceco	Nit	Descripción	Débito	Crédito
151404001	Materiales médico - quirúrgicos			11003004	ELEMENTOS ORTOPEDICOS		3,902,612.00
734901	Materiales		81538517	52516542	ACEVEDO GUIO SANDRA LILIANA	3,902,612.00	
					Totales	3,902,612.00	3,902,612.00

FIRMA
DEPENDENCIA MY ALEJANDRO HUEJE ANDRADE
JEFE ARLOF

Responsable
FIRMA
NOMBRE ACEVEDO GUIO SANDRA LILIANA
C.C. 52516542

Elaborado por
FIRMA
NOMBRE DIEGO ALEJANDRO BARRERO OSPINA