Página 1 de 8	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

Este formato debe ser utilizado para la presentación de informes de supervisión a contratos de bienes y servicios, interadministrativos y ordenes de compras, diferentes a los de interventoría y de obra.

No. GS-2026-150521-UPRES-GUSAP

San Juan de Pasto, 24 de julio de 2026

Señor Mayor
GEOVANNY ALBERTO FRANCO SANCHEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4 (E)
Avenida 10 Norte No. 16 N - 21 Barrio Granada
Caii - Valle del Cauca

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato 066-8-20193-25 – junio 2026.

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO __x__ **O FINAL** ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**25/06/2026**	**Hasta**	**24/07/2026**

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. GS-2025-017721-REGI4/ARLOF-GRUCO 11.6 de fecha 24/11/2025, se notifica al señor Subintendente LUIS ALBERTO TERMAL PORTILLA, responsable SST UPRES NARIÑO, el contrato de Ortesis y prótesis No. 66-8-20193-25.

Mediante comunicación oficial GS-2026-122255-DENAR se solicita cambio de supervisión de contrato a la señorita Patrullera MARIA FERNANDA HUERTAS GOMEZ.

Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: __MENSUAL_____

No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 07

GS-2025-226733-DENAR - Informe de supervisión noviembre
GS-2025-227731-DENAR - Informe de supervisión diciembre
GS-2026-038186-DENAR - Informe de supervisión enero 2026
GS-2026-060079-DENAR - Informe de supervisión febrero 2026
GS-2026-085083-DENAR - Informe de supervisión marzo 2026

GS-2026-106031-DENAR - Informe de supervisión abril 2026
GS-2026-129132-DENAR - Informe de supervisión mayo 2026

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	66-8-20193-25
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS O PROTESIS DE REHABILITACIÒN Y/O TRATAMIENTO PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TECNICA Y CIENTIFICAMENTE EN EL AMBITO NACIONAL, CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y TODOS AQUELLOS NC CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO No. 002 DE ABRIL 27 DE 2001 QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR QIUPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTA Y DE AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
Contratista	ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS
Representante legal	ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS
Valor inicial del contrato u orden de compra	CUARENTA MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS. $ 40.000.000,00
Valor adiciones del contrato u orden de compra	NO APLICA
Valor total del contrato u orden de compra	CUARENTA MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS. $ 40.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	DIEZ (10) MESES y SIETE (7) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	24/11/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	30/09/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Adiciones	NO APLICA
Modificatorios	NO APLICA
Prorrogas	NO APLICA.
Otros	NO APLICA.

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

1.1 Acciones adelantadas:

Se toma contacto vía telefónica al número de celular de la representante de la ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS, informando la obligación de ingresar a la plataforma SECOP II, las facturas de las cuentas de cobro. Lo anterior de acuerdo a los cumplimientos y obligaciones legales del contratista contempladas en el contrato.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
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	La empresa presenta cuenta de cobro los cuales se encuentran cargados en SISAP WEB.
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	Se verifica la presenta cuenta, encontrándose activa.
El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios.	SI	Se toma contacto con el área administrativa de la entidad, a fin de que se preste oportunamente el servicio.
El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato o del resorte administrativo a través del supervisor o Coordinador de contrato.	SI	Se mantiene constante comunicación con el área administrativa a fin de dar oportunidad en la prestación de los servicios de ortesis y prótesis.
El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de referencia y contra referencia de UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO.	SI	Se cuenta con la línea 3195250094, a fin de gestionar la oportunidad en la prestación de servicios de salud, a fin de que los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, tengan un adecuado servicio.
El contratista se compromete a cargar la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II.	SI	Se verifica en la plataforma SECOP II el cargue del documento equivalente (cuenta de cobro)
EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 2003 del 2014 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO incluyendo LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE.	SI	Por parte de la empresa ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS, ha prestado a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, los servicios de ortesis y prótesis de manera oportuna.
Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.	SI	La entidad contratada mantiene al día sus permisos administrativos.
Deberá contar con personal idóneo responsable del proceso de referencia y Contra referencia y atención al usuario, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y ágil con la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO para el manejo de la prestación del servicio.	SI	Los servicios prestados a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, han sido efectivos.

EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO.	SI	En coordinación con el área de referencia y contra referencia se mantiene un constante control de la cantidad de presupuesto gastado, a fin de generar los actos administrativos contractuales para adquirir adiciones.
La atención por consulta externa debe prestarse previa autorización expedida solamente por el funcionario de Referencia y Contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, anexando copia del carné del usuario por ambas caras o constancia vigente, además copia de documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil.). Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos. 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).	SI	Se mantiene un estricto control con la asignación de servicios, siempre y cuando los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, presenten la documentación respectiva para la prestadora del mismo.
Todo cambio de horario de atención y/o lugar de prestación del servicio deberá ser notificado a la Jefatura de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO o al señor Supervisor de Contrato con un mínimo de 96 horas previas al cambio. El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. De ello deberá notificar a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO mediante documento escrito una vez le sea entregada la respectiva carta de inicio del contrato	SI	La comunicación continua entre supervisor y contratista ha permitido generar contratiempos con los usuarios que se reasignan citas.
Una vez ejecutado el 100% del contrato, el Contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante	SI	A través del área de referencia y contra referencia UPRES NARIÑO, se controla la cantidad de presupuesto gastado, a fin de no prestar el servicio en relación.
El oferente deberá disponer de los especialistas en cada área, personal profesional de salud con experiencia, personal de apoyo técnica asistencial y administrativo que le permitirá dar cumplimiento al objeto del presente contrato	SI	El talento humano de la empresa ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS, ha permitido abarcar las necesidades de los usuarios que requieren servicios de ortesis y prótesis.
El contratista se obliga a **REMITIR todos los RIPS** de las atenciones a los usuarios de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, anexos a las cuentas de cobro y junto con los indicadores solicitados por la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO durante los cinco primeros días hábiles del mes y paralelamente a los correos electrónicos Además se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro.	SI	La empresa presenta cuenta de cobro debido con los respectivos CUPS cargados en SISAP WEB.

2.1 NOVEDADES SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No se presentaron novedades durante la ejecución del contrato correspondiente al mes de junio de 2026.

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

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (187) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (120) días calendario para que finalice el plazo de ejecución de 307 días.

4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 pagará el valor del contrato al CONTRATISTA en la ciudad de Cali, mensualmente, dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a

la presentación de la factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única de la oficina central de cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, 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.

En el evento de que la facturación la efectúe un consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del decreto 3050 de 1997, la factura, además de señalar el porcentaje o el valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicara el nombre o la razón social y NIT de cada uno de ellos, estas facturas deben de cumplir con los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias.

El CONTRATISTA y posterior CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se obliga a cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 053 del 01 de diciembre de 2020 expedida por el MINHACIENDA, 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: 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.

PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4:
Una vez radicada la factura por parte del CONTRATISTA, el Coordinador de la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, deberá remitir la cuenta al Supervisor del Contrato, quien dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico y devolverla junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite correspondiente. Si los documentos en referencia son devueltos por la Unidad Prestadora de Salud Nariño, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. 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.

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS
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 Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 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.

- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el CONTRATISTA no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 o Policía Nacional, según sea el origen del usuario beneficiado. Discriminado de la factura.

Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.

Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, debidamente firmada por el usuario o acudiente.
Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPs con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato. Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente. Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes. En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:
- Historias clínicas.
- Autorizaciones.
- Documento de identificación.

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.
La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de Unidad Prestadora de Salud Nariño, ubicada en la carrera 35 No 19-119, tercer piso de la ciudad de Pasto, en horario administrativo.

PLATAFORMA SECOP II
El CONTRATISTA a quien se le adjudique el presente Proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del Contrato y poder realizar el respectivo Pago. En el caso que el contratista haya cambiado de representante legal, además de la documentación anterior, se debe anexar certificado de representación legal expedido por la autoridad correspondiente, donde esté estipulada la nueva representación, así como la fotocopia de la cédula de ciudadanía de éste.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS
CUENTA No. 121396188
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DE BOGOTA

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	$ 40.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 18.530.771,00	46%
Valor total facturado	$ 18.530.771,00	46%
Valor facturado pendiente de pago	$ 4.368.970,00	11%
Valor pagado	$ 18.530.771,00	46%
Valor pendiente de entrega	$ 21.469.229,00	54%

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
8	$ 4.368.970,00	10/07/2026	$ 4.368.970,00	FV2850	$ 4.368.970,00	0	consultar SECOP II o Tesorería unidad

4.2 Entrada de Bienes *(NO APLICA)*

5 RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo durante el desarrollo de la ejecución no se han presentado situaciones de relevancia que afecten el cumplimiento del objeto contratado. Es de precisar que el contratista ha sido resolutivo en los requerimientos que se le han hecho frente a la prestación del servicio a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Nariño.

6 CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

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

Atentamente,

Firma María Huertas

Patrullera **MARIA FERNANDA HUERTAS GOMEZ**
Responsable Secretaria UPRES NARIÑO
Supervisor contrato No. 66-8-20193-25 – ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS
Correo electrónico: denar.upres@policia.gov.co
No. Celular: 3161098308

Ciudad y fecha:	San Juan de Pasto, 10 de julio de 2026
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4
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 /aceptación de oferta u orden de compra No.	66-8-20193-25
Constancia de recibido No.	8
Contratista:	ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS
NIT del contratista:	NIT. 901781772-6
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS O PROTESIS DE REHABILITACIÒN Y/O TRATAMIENTO PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO; SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TECNICA Y CIENTIFICAMENTE EN EL AMBITO NACIONAL, CONSIGNADOS EN EL ACUERDO No. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y TODOS AQUELLOS NO CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO No. 002 DE ABRIL 27 DE 2001 QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR QIUPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTA Y DE AQUELLOS QUE SEAN AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.
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:	$ 40.000.000 – CUARENTA MILLONES DE PESOS.
Plazo de ejecución:	24 de noviembre de 2025 al 30 de septiembre de 2026 o hasta agotar el valor de presupuesto.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	San Juan de Pasto
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X__ :	A la fecha no se han presentado situaciones de incumplimiento en el plazo de ejecución del contrato.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Patrullero MARIA FERNANDA HUERTAS GOMEZ Responsable secretaria UPRES NARIÑO
Fecha de entrega certificada:	Julio de 2026
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026.	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES 4	16	Servicios de Salud	$4.368.970	$4.368.970	0	$4.368.970

Acta de recepción de bienes	Acta No. 08 del 10/07/2026

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	NOTA CREDITO O DEBITO	VR. A PAGAR
FV2850	07/07/2026	$ 3.346.200,00	0	$ 3.346.200,00
FV2850	07/07/2026	$ 385.348,00	0	$ 385.348,00
FV2851	07/07/2026	$ 59.400,00	0	$ 59.400,00
FV2852	07/07/2026	$ 192.674,00	0	$ 192.674,00
FV2853	07/07/2026	$ 385.348	0	$ 385.348
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 4.368.970,00**	**0**	**$ 4.368.970,00**

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No__	Observaciones y Evidencias
1	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, y cumplir con el objeto contractual conforme a lo pactado	SI	CUMPLE
2	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros Cinco (5) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la unidad prestadora de salud Nariño, 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. En esta facturación debe aparecer el número de contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias	SI	CUMPLE
3	En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada en la reunión conciliatoria deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.	SI	CUMPLE
4	El oferente deberá presentar certificado de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se reporte que cuentan con SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312 DEL 13 de febrero de 2019.	SI	CUMPLE

Atentamente,

María Huertas

Patrullero **MARIA FERNANDA HUERTAS GOMEZ**
Responsable Secretaria UPRES NARIÑO
Supervisor contrato No. 66-8-20193-25.

21/07/26

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 4

Recepción de bienes No. 08

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 10 de julio de 2026
Hora: 10:00 horas
Lugar: Almacén Unidad Prestadora de Salud Nariño

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

Siendo las 10:00 horas del día 10 del mes julio del año 2026, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, los señores Patrullera SONIA DEL ROSARIO ORTIZ MIRAMAG Responsable de Almacén (E) de la Unidad Prestadora de Salud Nariño y la señora Patrullera MARIA FERNANDA HUERTAS GOMEZ Responsable Secretaria UPRES NARIÑO, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato 66-8-20193-25, suscrito con la firma ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL S.A.S, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. FV2850 de fecha: 07/07/2026 Adición No. __ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato 30 de septiembre de 2026, Cumplió: SI__x__ NO_____

Prorroga o modificación No _____ de fecha _____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	ORTESIS KAFO MIEMBRO INFERIOR (ADULTO)	2	N/R	$ 1.673.100,00	$ 3.346.200,00
2	BRACE DE SARMIENTO FRACTURA TIBIAL SIMPLE	2	N/R	$ 192.674,00	$ 385.348,00
3	FERULA TUNEL CARIANO TERMOPLASTICO	2	N/R	$ 29.700,00	$ 59.400,00
4	BRACE DE SARMIENTO DE FEMUR	1	N/R	$ 192.674,00	$ 192.674,00
5	BRACE DE SARMIENTO FRACTURA TIBIAL SIMPLE	2	N/R	$ 192.674,00	$ 385.348,00
	TOTAL				**$ 4.368.970,00**

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

NO APLICA

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

1	NO APLICA	N/R	N/R	N/R	N/R
	TOTAL				

2.2 INSERVIBLES: No se reciben repuestos o equipos en condiciones inservibles. (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
1	NO APLICA	N/R	N/R	N/R	N/R
	TOTAL				

2.3 Recepción de bienes ingresados por valor diferente a pesos colombianos.

ÍTEM	CANTIDAD	VALOR EN DÓLARES	VALOR UNITARIO EN DÓLARES	TASA DE CAMBIO	VALOR UNITARIO EN PESOS	VALOR TOTAL EN PESOS
1	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R
TOTAL						

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE	GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA	No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

- Entrega Parcial: SI__X___ NO_____, Observaciones: Ninguna
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones: Ninguna
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_X_ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X__ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: SI [ ] NO [x] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

ASISTENTES				
GR.	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**UNIDAD**	**CARGO**	**FIRMA**
PT	HUERTAS GOMEZ MARIA FERNANDA	UPRES NARIÑO	RESPONSABLE SECRETARIA UPRES NARIÑO	
PT	ORTIZ MIRAMAG SONIA DEL ROSARIO	UPRES NARIÑO	RESPONSABLE ALMACEN UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO. (E)	
SI	VALLEJO PLAZA ALFONSO	RASES 4	RESPONSABLE ALMACEN REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NO.4 (e)	

Pagina 1 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No.

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No. 4369 (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

No. SISCO:

No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): 600

No. CONTRATO:

FECHA DE RECIBIDO : 07-07-2026

VALOR PAGO: 4.368.970

NUMERO DE RADICADO SIIF:

VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :

CONTRATISTA: Os Logisticas del Sur

No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO

NIT DEL CONTRATISTA: 901781772

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: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICIARIO DEL PAGO) N/A

CUENTA BANCARIA:

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 926
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) ✓
6. FACTURA ORIGINAL: ✓
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: ✓
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 — N/A
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP — N/A
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). PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, ✓

OBSERVACIONES :

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

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.

SI_____ **NO**_____

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

FIRMA _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____

Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

DIRECCIÓN DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
805022186
RADICACION DE CUENTAS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
SOPORTE RADICACIÓN DE CUENTAS

09/07/2026 08:06:54
Programa CPMRSPRD V.5000

Radicación

Número	Estado	Fecha	Nit	Descripción
4369	RADICADA	09/07/2026	901781772	ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL

Facturas Relacionadas

Prefijo	Factura	Fecha	Valor
DENAR	2850	07/07/2026	3,731,548.00
DENAR	2853	07/07/2026	385,348.00
DENAR	2852	07/07/2026	192,674.00
DENAR	2851	07/07/2026	59,400.00

Presupuesto

Doc	Número	Vigencia	Valor
REG	600	2025	4,368,970.00

ORTOPEDICAS del SUR

RELACION DE FACTURAS EMPRESA ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL S.A.S NIT: 901781772-6

ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS, HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE URGENCIA Y LOS VALORES FACTURADOS NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1995, VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

FECHA DE PRESENTACION DE FACTURA: 7/07/2026

No.	FECHA DE AUTORIZACION	# DE AUTORIZACION	FECHA DE FACTURA	No. FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	EDAD	CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTO	CODIGO CIE 10	DIAGNOSTICO	CANT	VALOR FACTURADO	IVA	VALOR A PAGAR
1	9/04/2026	11994562	7/07/2026	FV2850	25/06/2026	JOSE MAURICIO OJEDA OJEDA	1.085.686.037	40	OR571	ORTESIS KAFO MIEMBRO INFERIOR(ADULTO)	T913	SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL	2	1.673.100		3.346.200
2	9/04/2026	11994562	7/07/2026	FV2850	25/06/2026	JOSE MAURICIO OJEDA OJEDA	1.085.686.037	40	OR633	BRACE DE SARMIENTO FRACTURA TIBIAL SIMPLE	T913	SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL	2	192.674		385.348
3	30/06/2026	12522005	7/07/2026	FV2851	30/06/2026	MARTHA LUCIA ALVAREZ BOLAÑOS	30742135	59	OR529	FERULA TUNEL CARPIANO TERMOPLASTICO	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	2	29.700		59.400
4	5/06/2026	12379271	7/07/2026	FV2852	16/06/2026	MAURO ERNESTO CHICAIZA PAZ	5195028	84	OR516	BRACE DE SARMIENTO DE FEMUR	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1	192.674		192.674
5	5/06/2026	12379269	7/07/2026	FV2853	24/06/2026	ANGELY INSUASTY HERNANDEZ	1105385028	12	OR633	BRACE DE SARMIENTO FRACTURA TIBIAL SIMPLE	G824	CUADRIPLEJIA ESPASTICA	2	192.674		385.348
														TOTAL		4.368.970

VALOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS M/C

NOTA: SE ADJUNTA PLANILLA DE PAGO DE SEGURDAD SOCIAL Y 37 FOLIOS

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE POLICIA NARIÑO
AREA DE SANIDAD
CENTRAL DE CUENTAS
FECHA: 07-07-2026
RECIBE:

MARCELA BOTINA
QUIEN ENTREGA

QUIEN RECIBE

89 600
SIIJ 926

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901781772	6	ORTOPEDICAS DEL SUR MEDICAL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 40 N 16D 121	PASTO-NARIÑO	7234925	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	459186466	9507639427	E	2026/07/17	2026/07/07	BANCO DE BOGOTA	0	$3,425,900

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
1	CC	1085250824	BOTINA GUZMAN SILVIA MARCELA	230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS037	30	$2,000,000	$80,000	CCF35	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$48,800	30	$0	$0
2	CC	5206990	CHAMIZAS ROJAS ALEXIS	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF35	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
3	CC	1143947062	CHAMIZAS CORREA JEFERSON ANDRES	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF35	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
4	CC	27090716	CUENE ROJAS DISNEIDIS	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF35	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
5	CC	98400425	LUNA CAICEDO LUIS GIOVANNY	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF35	30	$1,800,000	$72,000	14-23	30	$1,800,000	$43,900	30	$0	$0
6	CC	1080692541	MENA BOTINA CAROL DAYANNA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF35	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
7	CC	1010205931	ROBLES JOJOA ARNOLD STEVEN	230301	30	$2,150,905	$344,200	EPS005	30	$2,150,905	$86,100	CCF35	30	$2,150,905	$86,100	14-23	30	$2,150,905	$52,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(7)**					$12,954,525	$2,073,000			$12,954,525	$518,500			$12,954,525	$518,500			$12,954,525	$315,900		$0	$0

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$2,073,000	$0	$0	$2,073,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$1,472,800	$0	$0	$1,472,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$315,900	$0	$0	$315,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	7	$315,900	$0	$0	$315,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$518,500	$0	$0	$518,500
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	7	$518,500	$0	$0	$518,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$518,500	$0	$0	$518,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$290,300	$0	$0	$290,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$228,200	$0	$0	$228,200
TOTAL				7	$3,425,900	$0	$0	$3,425,900