Página 1 de 13	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		

No. 1 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2021- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 09 de septiembre de 2021

Teniente Coronel
ANA MILENA MAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20072-21

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**03/08/2021**	**Hasta**	**31/08/2021**

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-2021-328052-RASES-GRUCO del 10/08/2021, el señor (a) TE JHON ALFONSO ARAGÓN FONSECA, obrando en calidad de Jefe de Grupo Contratos RASES No. 1, notifico como supervisor del contrato del asunto al señor (a) SM 14, LINA MARIA OSPINA SÁNCHEZ, terapeuta física Grupo Prestador de atenciones en Salud UPRES Bogotá.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _mensual_
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0**

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20072-21
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SINDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA, Y LA UNIDA DPRESTADORA

Fiel copia del original
ospina

	DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1.
Contratista	CORPORACION SINDROME DE DOWN
Representante legal	LUZ EUGENIA GARCIA DE GALINDO
Valor inicial del contrato	$ 376.692.570,00
Valor total del contrato	$ 376.692.570,00
Plazo de ejecución inicial	Nueve (9) meses, veintidós (22) días
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	03-08-2021
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	25-05-2022

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

1.1 Acciones adelantadas:

- Mediante correo electrónico del 11/08/2021, se solicita al Contratista el listado de los usuarios programados en el mes de agosto de 2021.
- Mediante correos electrónicos del 24 y 27 de agosto de 2021, se remiten al Contratista las autorizaciones de los servicios del mes de agosto de 2021.
- Mediante correo electrónico del 26/08/2021, se hace seguimiento tratamiento a ofrecer a MARIA ALEJANDRA PULIDO.
- Mediante comunicación telefónica se realiza seguimiento a prestación del servicio durante el mes de agosto de 2021

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DÉCIMA PRIMERA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato que se llegue a suscribir. 2) Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo. 3) El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente. 4) El contratista deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia , con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo		

Copia del original lina.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020. 5) 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. 6) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario. 7) Una vez agotado el contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto. 8) El Contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato y sus profesionales a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitará la verificación y revisión de los servicios prestados. 9) El contratista prestará el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante la presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carné o constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario. 10) 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. 11) El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. 12) El contratista deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual. 13) Cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de los parafiscales se aplicara lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016. 14) El contratista deberá constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Regional o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato,	SI	Entrega factura con los soportes correspondientes y la certificación de cumplimiento aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales firmada por el Revisor Fiscal.

Paula Paulina Ospina Molina

118361773

la Garantía Única. 15) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse.16) El contratista deberá 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. 17) No deberá 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 al Supervisor del contrato y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. 18) El contratista deberá 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. 19) Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta. 20) El contratista deberá cumplir con la implementación de Telesalud en Colombia, de acuerdo a lo señalado en la ley 1419 de 2010, "Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud", la Resolución 2654 del 03 de octubre de 2019, "Por la cual se establecen las disposiciones para la Telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país" y el Decreto 538 del 12 de abril de 2020 "Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica". 21) El contratista garantiza que la comunicación y el intercambio de datos para las actividades de Telesalud entre el prestador de servicios de salud y los usuarios debe hacerse sobre plataformas tecnológicas dispuestas por el prestador, que cumplan los criterios de seguridad del servicio de intercambio de información que controle los permisos de acceso por origen y usuario de la plataforma y que disponga de certificados de seguridad, algoritmos de cifrado y que garanticen la seguridad y privacidad de la confidencialidad de la información. 22) El contratista garantiza que el tratamiento de los datos los realiza en los términos definidos en los artículos 5, 6 y 7 de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 886 de 2014. 23) El contratista debe garantizar que cuenta con una política de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información y de los datos, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012. 24) El contratista garantiza que la responsabilidad del prestador en los servicios que habilite en la modalidad de Telesalud, será conforme a lo establecido en el parágrafo del artículo 6 de la Resolución 2654 de 2019. 25) El contratista garantiza que la provisión de servicios de salud a los usuarios a través de la modalidad de Telesalud, preserva las características de calidad de la atención de salud que incluyen accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, establecidas en la norma que regula el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y de conformidad a lo establecido en el artículo 26 de la Resolución No. 2654 de 2019. 26) El contratista garantiza que las actividades de Telesalud se desarrollan en el marco de la política nacional de seguridad del paciente, implementar las barreras de seguridad, para disminuir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos o incidentes relacionados con su uso; de conformidad a lo establecido en el artículo 27 de la Resolución No. 2654 de 2019. 27) El contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo". 28) Las demás

Proyectó: sargento segundo lina.ospina

contenidos en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual		

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
ANEXO No 2 **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**	SI	Anexó los documentos de soporte: copia de historia clínica en la que se soportan las atenciones prestadas a cada uno de los usuarios tanto en la modalidad presencial como en la no presencial o Telesalud, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibo a satisfacción del acudiente.
A. MODALIDAD PRESENCIAL		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El Contratista deberá mantener vigente el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019, durante la ejecución del contrato.		
El Contratista deberá anexar al contrato el portafolio de servicios para verificar los servicios que ofrece en la modalidad presencial.		
El Contratista garantiza que desarrollará: Programa de rehabilitación funcional encaminado a los beneficiarios con diagnóstico de Síndrome de Down, a través de actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias eficaces para conseguir su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño en sus actividades de la vida diaria. Todas las actividades deben facilitar la construcción de su proyecto de vida. Se establece de acuerdo a la edad y al grado de severidad de la discapacidad, así: • **Programa presencial de estimulación temprana**: dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de facilitar el estimular y mejorar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para mejorar su calidad de vida personal y familiar. Para los usuarios que están en edad escolar (mayores de 2 años) se debe prestar además, el apoyo y asesorías de pedagógica terapéutica a los docentes, usuario y familia. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación (refrigerio). • **Programa presencial para usuarios con inclusión escolar:** dirigido a usuarios mayores de 6 años, integrados a un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico- pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación. (refrigerio) • **Programa presencial para usuarios sin inclusión escolar**: dirigido a usuarios mayores de 17 años sin inclusión escolar, con el fin de potencializar prácticas de autonomía en destrezas de la vida diaria y habilidades de ejecución ocupacional, de acuerdo a sus perfiles ocupacionales e intereses, facilitando oportunidades de participación social y la construcción de su proyecto de vida. El servicio prestado deberá ser de 100 sesiones, incluye el servicio de alimentación (almuerzo). El programa incluye: a) Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. b) Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular c) Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Educación Especial, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. d) Entrenamiento prevocacional y vocacional, según su grado de autonomía		

118366773

GS-2021-380924-MEBOG

e) Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación de la discapacidad y de empoderamiento, mínimo dos (2) durante la ejecución del contrato. Se deberá entregar un acta por cada actividad realizada con anexos fotográficos y firmas de asistencia al ESPRI Rehabilitación. Brinda servicios de orientación y asesoría a los padres o cuidadores primarios mediante herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad.		
CONDICIONES ESPECIFICAS		
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa al cual pertenece el usuario y a sus necesidades específicas, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.		
2. El Contratista realizará una valoración inicial interdisciplinaria al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y presentación de carta de solicitud de valoración emitida por el Supervisor del contrato. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.		
3. El Contratista prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la carta de autorización firmada por el Supervisor del Contrato, junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.		
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI y la entidad contratada, y se basara en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del usuario, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento		
5. El Contratista deberá comunicar el Plan de Tratamiento al grupo familiar, con el fin de lograr el compromiso de participación activa y permanente por parte del mismo.		
6. Las Contratista terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario.		
7. En caso de requerirse ajustes en el programa, se concertara una sesión de estudio del caso con el equipo interdisciplinario de Rehabilitación.		
8. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo 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 de cada 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.		
9. Al finalizar el contrato, el Contratista deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación.		
10. El Contratista permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato		
11. El Contratista se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos.		
12. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.		
13. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el Contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.		
14. El Contratista deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.		

1183661673

GS-2021-380924-MEBOG

15. El Contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.

16. El Contratista deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.

17. El Contratista deberá responder por los eventos adversos que surjan en desarrollo de la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos.

18. El Contratista informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre y del usuario que presenta la inasistencia.

19. El Contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.

20. RECURSO HUMANO

Personal Profesional: El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas:

- Dos profesionales en Fonoaudiología
- Dos profesionales en Fisioterapia
- Dos profesionales en Terapia Ocupacional
- Dos profesionales en Psicología
- Un profesional en Trabajo Social
- Dos profesionales en Educación Especial
- Un profesional en Nutrición (Asesoría Nutricional)

Para el manejo en grupo de los beneficiarios el Contratista deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel.

Todos los profesionales presentados deben acreditar experiencia mínima de un (1) año.

21. INSTALACIONES:

El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con las siguientes áreas:

- Áreas terapéuticas para trabajo grupal, con un máximo de 8 niños por grupo.
- Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual
- Zonas verdes, salón o patio para actividades recreativas.
- Zonas de comedor
- Baños.
- Las instalaciones deben tener buena iluminación y ventilación.
- Las instalaciones de la institución deben contar con baños con adaptaciones y rampas de acceso en caso de requerirlas.

22. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.

23. DOTACIÓN:

El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con la siguiente dotación:

- Mesas de trabajo y sillas (Para trabajo en grupo: Mesas máximo de 5 puestos con sus respectivas sillas. Para Trabajo individual: mesas con escotadura.)
- Materiales lúdicos y terapéuticos (30 juguetes, 10 láminas de categorías, 2 tableros acrílicos, 5 rompecabezas, 10 pinturas, 5 encajes, 5 ensartados, 5 pelotas, 5 instrumentos musicales, 1 biblioteca)
- Una Batería para evaluación psicológica
- Una Batería para evaluación de procesos fonológicos.
- Una Batería para evaluación del desarrollo motor.
- Una Batería para definir perfiles ocupacionales.
- Instrumentos de seguimiento y control de habilidades de independencia, de autonomía, de inteligencia, matemáticas, escritura y lectura (uno de cada uno)
- Material para apoyo de desarrollo lógico matemático y manejo del dinero (dos)
- Material con ayudas visuales para proceso de lecto-escritura (dos)
- Instrumentos de seguimiento y control en contexto escolar, de habilidades de independencia, de autonomía y de procesos mentales superiores (uno de cada uno)

Copia original ina.ospina

1183667773

GS-2021-380924-MEBOG

- Dos kit material de terapia Miofuncional: cuchara, cepillos, sopladores, vasos de escotadura.
- Dos bipedestadores.
- Un gimnasio: colchonetas, rampa, escalera, plano inclinado, cilindro, tabla de equilibrio, rampa rodante, espejo de pared y balones terapéuticos.
- Ayudas Audiovisuales uno de cada uno (Grabadora, Reproductor de CD, Televisor, VHS o DVD u otro).
- Dos Computadores
- Dos espejos de pared de cuerpo completo.
- Materiales para el desarrollo de los entrenamiento prevocacional y vocacional

24. El Contratista deberá cumplir con las normas universales de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia

25. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

El Contratista deberá suministrar el servicio de alimentación a los usuarios e informará mensualmente al Supervisor del Contrato y a los padres, el menú ofrecido. Dicho menú debe estar avalado por una Nutricionista ofrecida por el Contratista y se realizará la respectiva verificación por parte del Supervisor del contrato.

Solo en casos especiales, cuando se requiera por su patología de base alimentación diferente o complementaria, se deberán tener en cuenta las recomendaciones del médico tratante y/o nutricionista de la UPRES Bogotá y la UPRES Cundinamarca.

26. El Contratista deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos.

27. EL Contratista deberá mantener vigente el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato

B. MODALIDAD NO PRESENCIAL O TELESALUD

REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El Contratista deberá mantener vigente el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS para prestar los servicios de Telesalud, en los términos de la Resolución 2654 de 2019 y articulo 1 del Decreto 538 de 2020, durante la ejecución del contrato.

El Contratista deberá anexar el portafolio de servicios para verificar los servicios que ofrece en la modalidad no presencial.

Únicamente, durante la emergencia sanitaria establecida por el Gobierno Nacional, en ocasión a la pandemia por el Coronavirus COVID-19, la prestación del servicio se realizará de forma transitoria así:

- **Programa no presencial de estimulación temprana:** dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de facilitar el estimular y mejorar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para mejorar su calidad de vida personal y familiar. Para los usuarios que están en edad escolar (mayores de 2 años) se debe prestar además, el apoyo y asesorías de pedagógica terapéutica a los docentes, usuario y familia. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, no incluye el servicio de alimentación.
- **Programa no presencial para usuarios con inclusión escolar:** dirigido a usuarios mayores de 6 años, integrados a un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico- pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, no incluye el servicio de alimentación.

Copia del original ina.ospina

1183661173

* **Programa no presencial para usuarios sin inclusión escolar:** dirigido a usuarios mayores de 17 años sin inclusión escolar, con el fin de potencializar prácticas de autonomía en destrezas de la vida diaria y habilidades de ejecución ocupacional, de acuerdo a sus perfiles ocupacionales e intereses, facilitando oportunidades de participación social y la construcción de su proyecto de vida. El servicio prestado deberá ser de 100 sesiones, no incluye el servicio de alimentación.

El programa debe incluir:

a. Consentimiento informado: previo al inicio de la modalidad de atención, es obligatorio que el usuario y su familia sean informados sobre cómo funciona la atención mediante el uso de tecnologías de la información y comunicaciones, el alcance, los riesgos, los beneficios, las responsabilidades, etc.

b. Valoración interdisciplinaria en caso usuarios nuevos.

c. Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Educación Especial y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. Las sesiones se desarrollaran a través del uso de tecnologías de la información y las comunicaciones, en base a los recursos con los que se cuenten en casa del usuario (plataformas, correos electrónicos, llamada telefónica, llamada WhatsApp, Skype, Zoom, Hangouts, etc.).

d. Entrega de plan casero: en caso de que se requiera por las condiciones del usuario, se establecerán actividades a desarrollar en casa y se brindara la retroalimentación de las acciones ejecutadas.

e. Asesoría a los padres de familia, de forma individual o grupal.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

1. La prestación del servicio será de acuerdo al programa al cual pertenece el usuario y a sus necesidades especificas, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, por la modalidad no presencial o Telesalud.

2. En caso de requerir el ingreso de un nuevo usuario, el Contratista realizará la valoración inicial, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y presentación de carta de solicitud de valoración emitida por el Supervisor del contrato. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.

3. El plan individual de tratamiento (PIT) continuara siendo orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI y la entidad contratada, y se basara en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del usuario, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento

4. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del curso de vida, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario.

5. El Contratista permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoria que se requieran durante la ejecución del contrato

6. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.

7. El Contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.

8. El Contratista deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato

9. El Contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.

10. RECURSO HUMANO

Personal Profesional: El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con el mismo número mínimo de profesionales, establecidos para la modalidad presencial, en las siguientes áreas:

Firmado digitalmente por maria.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

➢ Dos profesionales en Fisioterapia ➢ Dos profesionales en Terapia Ocupacional ➢ Dos profesionales en Psicología ➢ Un profesional en Trabajo Social ➢ Dos profesionales en Educación Especial		
11. El Contratista garantiza que la comunicación y el intercambio de datos para las actividades de Telesalud entre el prestador de servicios de salud y los usuarios debe hacerse sobre plataformas tecnológicas dispuestas por el prestador, que cumplan los criterios de seguridad del servicio de intercambio de información que controle los permisos de acceso por origen y usuario de la plataforma y que disponga de certificados de seguridad, algoritmos de cifrado y que garanticen la seguridad y privacidad de la confidencialidad de la información.		
12. El Contratista debe garantizar que cuenta con una política de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información y de los datos, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.		
13. El Contratista debe garantizar que el tratamiento de los datos los realiza en los términos definidos en los artículos 5, 6 y 7 de la ley 1581 de 2012 y el Decreto 886 de 2014.		
14. La información sujeta a tratamiento por el Contratista, se deberá manejar con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad a ls registros evitando adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento, de conformidad a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.		
15. La responsabilidad del prestador en los servicios que habilite en la modalidad de Telesalud, será conforme a lo establecido en el parágrafo del artículo 6 de la Resolución 2654 de 2019.		
16. El Contratista deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos.		

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

A la fecha no se han presentado novedades con el contratista y el servicio ha sido recibido a satisfacción por parte de los usuarios y sus familias.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (29) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (267) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios y todos los reportes estadísticos mencionados en el presente estudio previo, dentro de los cuarenta y ***cinco (45) días*** *hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia no obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.*

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado, según modelo anexo. Se debe anexar copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la resolución 3047 min protección de 2008, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

Copia del original lina.ospina

1183666173

La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.

Presentar original de la autorización del servicio, acompañada de la orden médica que soporta la solicitud.

Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 Min Salud de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta ***LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES.***
La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior a la prestación de los servicios.

La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.

El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

Documentos requeridos:
- *Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.*
- *Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.*
- *Copia de consentimiento informado en la modalidad no presencial o Telesalud.*
- *Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 "la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" en concordancia con el artículo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el artículo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.*
- *Autorización del servicio en original*
- *Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, valida por 6 meses.*
- *Acreditación de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 114-1 del estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.*

La facturación deberá presentarse de forma electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, de conformidad con el instructivo No 001 SUDIR – DIRAF 70 LINEAMIENTOS PARA LA RECEPCIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA, dando cumplimientos a lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Circular Externa 016 del 09/03/2021 "por la cual se implementa el Modelo de Recepción de factura de venta, Notas Debito y/o Notas crédito".

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, tramitara la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación

Fiel copia del original - espina

GS-2021-380924-MEBOG

de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoria de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoria Médica de la Dirección de Sanidad.

CAUSALES DE NO PAGO

La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelada por el SSPN. En cuanto a las actividades de Telesalud, el prestador las deberá desarrollar en el marco de la política nacional de seguridad del paciente, implementando las barreras de seguridad para disminuir y de ser posible eliminar la ocurrencia eventos adversos o incidentes relacionados con su uso.

El servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC DISAN (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

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

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: *CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN*
BANCO: *BANCOLOMBIA*
TIPO DE CUENTA: *AHORROS.*
NUMERO DE CUENTA: *20785693098*

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	$ 376.692.570,00	100%
Valor total de las entregas	$ 48.787.153,00	12,95%
Valor total facturado	$0,00	0%
Valor facturado pendiente de pago	$ 376.692.570,00	100%
Valor pagado	$0,00	0%
Valor pendiente de entrega	$ 327.905.417,00	87,05%

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
01 del 07/09/2021	$48.787.153	del 10/08/2021 al 31/08/2021	$ 48.787.153	23529, 23530, 23531, 23532, 23536, 23537, 23533, 23539, 23540	Pendiente	Pendiente	Pendiente

Fiel copia del original lina.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

5. RECOMENDACIONES

Como supervisor del contrato no se tiene recomendaciones a la Administración.

6. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

Firma_____

SM 14 LINA MARIA OSPINA SANCHEZ
Terapeuta Física GUPAS UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20526-19
Correo electrónico: lina.ospina1761@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3178533438

Fiel copia del original lina.ospina

1183 6773

Fiel copia del original lina.ospina

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. 07 SEPTIEMBRE DE 2021
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato No.	81-7-20072-21
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT del contratista:	800037619-0
Objeto del contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SINDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA, Y LA UNIDA DPRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato:	Valor Vigencia 2021 $238.697.500,00 Valor vigencia 2022 $137.995.070,00 Valor total del contrato $ 376.692.570,00
Plazo de ejecución:	Del 03-08-2021 al 25-05-2022
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 49 No 99-10
Incumplimiento del plazo de ejecución *SI___NO X*	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 LINA MARÍA OSPINA SÁNCHEZ, Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud
Fecha de entrega certificada:	Del: 03/08/2021 Al: 31/08/2021

DIRECCIÓN DE SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO 09 SEP 2021 SUJETO A VERIFICACIÓN RECIBIDO

Es copia del original lina.ospina

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 2021	RASES 1	16	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL	$48.787.153	$48.787.153	$0,00	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
23529	6/09/2021	$ 1.890.000,00	$0,00	$ 1.890.000,00
23530	6/09/2021	$ 1.581.300,00	$0,00	$ 1.581.300,00
23531	6/09/2021	$ 7.087.500,00	$0,00	$ 7.087.500,00
23532	6/09/2021	$ 9.989.313,00	$0,00	$ 9.989.313,00
23536	7/09/2021	$ 6.600.000,00	$0,00	$ 6.600.000,00
23537	6/09/2021	$ 9.424.900,00	$0,00	$ 9.424.900,00
23533	6/09/2021	$ 2.835.000,00	$0,00	$ 2.835.000,00
23539	7/09/2021	$ 8.779.140,00	$0,00	$ 8.779.140,00
23540	7/09/2021	$ 600.000,00	$0,00	$ 600.000,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				**$ 48.787.153,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCION DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. EL SERVICIO FUE PRESTADO DURANTE EL 03 AL 31 DEL MES DE AGOSTO DE 2021.

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 DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante el 03 al 31 del mes de agosto de 2021.	Si_X_ No___	Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente en medio magnético, Autorización del servicio en original, Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL ye parafiscales, expedida por el revisor fiscal.

SM 14 LINA MARÍA OSPINA SÁNCHEZ
Terapeuta física
Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisora del Contrato

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTA
GRUPO FINANCIERO
9 SEP 2021
VERIFICACIÓN

Fiel copia del original.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23529

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-09-06
NIT:	900336524-5		**Fecha vencimiento** 2021-09-06
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: 88b1d1cc89656c66978936c169358829f1c55ccb76ca86fb2d00ed092c96a926a9eec101f43538e540203d1d222e0dbd — **Fecha validación:** 6/09/2021 8:55 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de sept. de 2021	**Fecha final:**	6 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
CAMILO ANDRES GARCIA CUADROS	1011110566	Registro civil	CARRERA 11C ESTE # 43 A - 80 SUR ALTAMIRA	3203267833	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
GABRIELA BEJARANO PIÑEROS	1027300517	Registro civil	Carrera 50 No 165-50		NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	8369			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
GABRIELA YAZMIN MUÑOZ ALEGRIA	1140931035	Registro civil	Calle 92 sur No 9-49 (El Virrey)	3203589297	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
JULIANA CASTILLO MEDINA	1021400951	Registro civil	Diag 151 b No 136 a -50 casa 123	9313221	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

OBSERVACIONES	MONEDA	COP PESO
	SUBTOTAL	$1.890.000

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL GRUPO FINANCIERO 09 SEP 2021 VERIFICACIÓN

09-09-2021

Fiel copia del original ina.ospi

Fiel copia del original lina.ospina

AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21;lina.ospina1761@correo.policia.gov.co#$
VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS COLOMBIANOS

Medio de pago	Efectivo	**Forma de pago**	Crédito
Plazo (Dias)	30		

VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.890.000
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.890.000

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Fiel copia del original lina.ospina

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD
SECCIONAL SOCIAL
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO



Fiel copia del original lina.ospina

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23530

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-09-06
NIT:	900336524-5		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		**Fecha vencimiento** 2021-09-06
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: a85e42b5a26c2aff2221a82accbbf15799fca55665321d95348730560357dd4796471b89ec25c31ccac93f9fbea0b862 — **Fecha validación:** 6/09/2021 9:16 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de sept. de 2021	**Fecha final:**	6 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
CAMILO ANDRES GARCIA CUADROS	1011110566	Registro civil	CARRERA 11C ESTE # 43 A - 80 SUR ALTAMIRA	3203267833	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.86.60-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	11	$25.100	0	$0	$276.100	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
GABRIELA YAZMIN MUÑOZ ALEGRIA	1140931035	Registro civil	Calle 92 sur No 9-49 (El Virrey)	3203589297	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.86.60-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	26	$25.100	0	$0	$652.600	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
JULIANA CASTILLO MEDINA	1021400951	Registro civil	Diag 151 b No 136 a -50 casa 123	9313221	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.86.60-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	26	$25.100	0	$0	$652.600	0			0.00

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SECCIONAL SEGURIDAD Y APOYO FINANCIERO 09 SEP 2021 AUTO VERIFICADO RECIBIDO

07-09-2021

OBSERVACIONES
AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21;lina.ospina1761@correo.policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS PESOS COLOMBIANOS

Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$1.581.300
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.581.300
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.581.300

Fiel copia del original lina.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Fiel copia del original lina.ospina



118366773



Fiel copia del original lina.ospina

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23531

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-09-06
NIT:	900336524-5		**Fecha vencimiento** 2021-09-06
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: 1f9933f3b2d27b1a447088ba6e23f06a7fe6fd94dc92a91fc5a9cd9fe896a6d4e2e79bdc5adca2c7941e677813345da6 — **Fecha validación:** 6/09/2021 9:54 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de sept. de 2021	**Fecha final:**	6 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
CAROLINA PARRA SALINAS	1014979012	Tarjeta de identidad	Diagonal 16b No 106 - 40 Int 11 apto 301	3058339	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
CINDY MARCELA RUIZ RUEDA	1001275740	Tarjeta de identidad	Calle 56 No 29 a 22	3202417257	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
DANIEL PEREZ CARDENAS	1011231356	Tarjeta de identidad	Carrera 2 C No 12 - 15 etapa 1 bloq 1 casa 27	8231518	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
DANNY MARCELA BAUTISTA CARDENAS	1000255672	Cédula ciudadanía	Calle 68A No 73a-32		NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
ISABELLA PULIDO SERNA	1011591131	Tarjeta de identidad	Calle 35 SUR No 3 - 11	3125085909	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO

Fiel copia del original
DIRECCIÓN DE SECCIÓN
09 SEP 2021
VERIFICACIÓN
RECIBIDO



Fiel copia del original lina.ospina

890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
KIMBERLY DAYANA CORDOBA VERGARA			1028840870	Tarjeta de identidad	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur		4684878	NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
LUCIANA PULGARIN VEGA			1070982066	Registro civil	Calle 137 # 85-40 Ap. 101 Torre 3 Los pinos Los NaranjSuba		3162487434	NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
MARIA JIMENA CELY PARADA			1000161808	Tarjeta de identidad	CRA 87 No 18-53 tor 3 apt 404		4684700	NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
MAYERLY VARGAS CASTILLO			1000218833	Cédula ciudadanía	Calle 151f No 133 - 27 Apto 101			NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
PABLO ELMER CONTRERAS SANCHEZ			1071549408	Tarjeta de identidad	DIAGONAL 15 B 104-45		8248099	NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
SAMANTHA VALENTINA CORREA MEDINA			1027290471	Tarjeta de identidad	Carerra 72 a bis a No 10b 95			NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
SAMUEL GOMEZ CAICEDO			1023386421	Tarjeta de identidad	Carrera 7 A No 3-35 Torre 20 Apt 603			NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO ANTIEXPOS 09 SEP 2021 SUJETO A VERIFICACIÓN RECIBIDO

Fiel copia del original ida.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

SHARON DANIELA RIVERA RODRIGUEZ	1020000583	Tarjeta de identidad	Carrera 98 A No 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca	3202508599	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

TOMAS HERRERA PEÑA	1011328314	Tarjeta de identidad	Calle 167 a No 16 D-42		NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

VALENTINA JIMENEZ HERRERA	1029220679	Tarjeta de identidad	Diagonal 38B No 12 -37	7822285	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

OBSERVACIONES
AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21;lina.ospina1761@correo.policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SIETE MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS COLOMBIANOS

Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Dias)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$7.087.500
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$7.087.500
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$7.087.500

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SECCIONAL BOGOTÁ GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original lina.ospina



Fiel copia del original lina.ospina

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23532

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-09-06
NIT:	900336524-5		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		**Fecha vencimiento** 2021-09-06
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: c612a1343c8ef0b5e43ff88b520534ee4794ad29fe2e586e9d4b1a208b175fec9d8f45246a1c1fae503dd57c3766268b — **Fecha validación:** 6/09/2021 11:08 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de sept. de 2021	**Fecha final:**	6 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
CAROLINA PARRA SALINAS	1014979012	Tarjeta de identidad	Diagonal 16b No 106 - 40 int 11 apto 301	3058339	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$29.467	0	$0	$825.076	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
CINDY MARCELA RUIZ RUEDA	1001275740	Tarjeta de identidad	Calle 56 No 29 a 22	3202417257	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$29.467	0	$0	$884.010	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
DANIEL PEREZ CARDENAS	1011231356	Tarjeta de identidad	Carrera 2 C No 12 - 15 etapa 1 bloq 1 casa 27	8231518	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	26	$29.467	0	$0	$766.142	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
DANNY MARCELA BAUTISTA CARDENAS	1000255672	Cédula ciudadanía	Calle 68A No 73a-32		NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA	23	$29.467	0	$0	$677.741	0			0.00

SECCIONAL 5 - CAJA
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Copia del original firmado



Fiel copia del original lina.ospina

ISABELLA PULIDO SERNA			1011591131	Tarjeta de Identidad	Calle 35 SUR No 3 - 11		3125085909	NA			
CÓDIGO	**CÓDIGO ATC/CUM**	**DESCRIPCIÓN**	**CANT.**	**VALOR UNITARIO**	**% IVA**	**VALOR IVA**	**VALOR TOTAL**	**AUTORIZACIÓN**	**MIPRESS**	**ENTREGA MIPRES**	**RECAUDO**
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	18	$29.467	0	$0	$530.406	0			0.00
KIMBERLY DAYANA CORDOBA VERGARA			1028840870	Tarjeta de Identidad	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur		4684878	NA			
CÓDIGO	**CÓDIGO ATC/CUM**	**DESCRIPCIÓN**	**CANT.**	**VALOR UNITARIO**	**% IVA**	**VALOR IVA**	**VALOR TOTAL**	**AUTORIZACIÓN**	**MIPRESS**	**ENTREGA MIPRES**	**RECAUDO**
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	24	$29.467	0	$0	$707.208	0			0.00
LUCIANA PULGARIN VEGA			1070982066	Registro civil	Calle 137 # 85-40 Ap. 101 Torre 3 Los pinos Los NaranjSuba		3162487434	NA			
CÓDIGO	**CÓDIGO ATC/CUM**	**DESCRIPCIÓN**	**CANT.**	**VALOR UNITARIO**	**% IVA**	**VALOR IVA**	**VALOR TOTAL**	**AUTORIZACIÓN**	**MIPRESS**	**ENTREGA MIPRES**	**RECAUDO**
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$29.467	0	$0	$353.604	0			0.00
MAYERLY VARGAS CASTILLO			1000218833	Cédula ciudadanía	Calle 151f No 133 - 27 Apto 101			NA			
CÓDIGO	**CÓDIGO ATC/CUM**	**DESCRIPCIÓN**	**CANT.**	**VALOR UNITARIO**	**% IVA**	**VALOR IVA**	**VALOR TOTAL**	**AUTORIZACIÓN**	**MIPRESS**	**ENTREGA MIPRES**	**RECAUDO**
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$29.467	0	$0	$648.274	0			0.00
PABLO ELMER CONTRERAS SANCHEZ			1071549408	Tarjeta de Identidad	DIAGONAL 15 B 104-45		8248099	NA			
CÓDIGO	**CÓDIGO ATC/CUM**	**DESCRIPCIÓN**	**CANT.**	**VALOR UNITARIO**	**% IVA**	**VALOR IVA**	**VALOR TOTAL**	**AUTORIZACIÓN**	**MIPRESS**	**ENTREGA MIPRES**	**RECAUDO**
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$29.467	0	$0	$884.010	0			0.00
SAMANTHA VALENTINA CORREA MEDINA			1027290471	Tarjeta de Identidad	Carerra 72 a bis a No 10b 95			NA			
CÓDIGO	**CÓDIGO ATC/CUM**	**DESCRIPCIÓN**	**CANT.**	**VALOR UNITARIO**	**% IVA**	**VALOR IVA**	**VALOR TOTAL**	**AUTORIZACIÓN**	**MIPRESS**	**ENTREGA MIPRES**	**RECAUDO**
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	17	$29.467	0	$0	$500.939	0			0.00
SAMUEL GOMEZ CAICEDO			1023386421	Tarjeta de Identidad	Carrera 7 A No 3-35 Torre 20 Apt 603			NA			

DIRECCIÓN DE UNIDAD SECCIONAL DE FISCALÍA GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
FOLIO Y VERIFICACIÓN

Fiel copia del original fiscalia.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$29.467	0	$0	$884.010	0			0.00
SHARON DANIELA RIVERA RODRIGUEZ			1020000583	Tarjeta de identidad	Carrera 98 A No 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca		3202508599	NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	23	$29.467	0	$0	$677.741	0			0.00
TOMAS HERRERA PEÑA			1011328314	Tarjeta de identidad	Calle 167 a No 16 D-42			NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	26	$29.467	0	$0	$766.142	0			0.00
VALENTINA JIMENEZ HERRERA			1029220679	Tarjeta de identidad	Diagonal 38B No 12 -37		7822285	NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$29.467	0	$0	$884.010	0			0.00

OBSERVACIONES
AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21;lina.ospina1761@correo.policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: NUEVE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS COLOMBIANOS

Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$9.989.313
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$9.989.313
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$9.989.313

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Es copia del original lina.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23539

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-09-07
NIT:	900336524-5		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		**Fecha vencimiento** 2021-09-07
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: cbc9b0d8a18adb89722d3565a4f89966b101e63a11aece5d7f2d3115d1abb37039bad6898b8e666a9ae6fdb6d5ba71f7 — **Fecha validación:** 7/09/2021 9:19 a. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	7 de sept. de 2021	**Fecha final:**	7 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

RMB 07-09-2021

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
JESSICA LORENA PINZON MENDIVELSO	1019046549	Cédula ciudadanía	CARRERA 103 B No 152 C - 64 APT 607 (Turingia)	4728372	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.85.01-1	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	98	$13.590	0	$0	$1.331.820	0			0.00

JORDAN MAURICIO SOLIS VARGAS	1007372169	Cédula ciudadanía	Carrera 78 f No 56 a - 26 Sur		NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.85.01-1	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	100	$13.590	0	$0	$1.359.000	0			0.00

MARIA JIMENA CELY PARADA	1000161808	Tarjeta de identidad	CRA 87 No 18-53 tor 3 apt 404	4684700	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.85.01-1	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	100	$13.590	0	$0	$1.359.000	0			0.00

MIGUEL ANGEL CASTRO GARRIDO	1193536675	Cédula ciudadanía	Calle 43 A sur No 73 C - 24	4798773	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.85.01-1	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	100	$13.590	0	$0	$1.359.000	0			0.00

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SECCIONAL BAS... GRUPO FINANCIERO
09 SEP 20...
VERIFICACIÓN

118366773

Copia del original lina.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

NICOLAS FLOREZ MEDINA	1031642513	Tarjeta de Identidad	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán)	4652738	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.85.01-1	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	91	$13.590	0	$0	$1.236.690	0			0.00

SANTIAGO PATARROYO GODOY	1020771649	Cédula ciudadanía	Carrera 55 a No 134 a - 45 Torre 1 (503)	6178070	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.85.01-1	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	60	$13.590	0	$0	$815.400	0			0.00

STEVEN EDUARDO MALLAMA ESCOBAR	1000861713	Cédula ciudadanía	Calle 68 D bis A No 49 C-10 sur	4585722	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
93.85.01-1	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	97	$13.590	0	$0	$1.318.230	0			0.00

OBSERVACIONES
AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21;ina.ospina1761@correo.policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: OCHO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$8.779.140
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$8.779.140
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$8.779.140

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original ina.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23540

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA ALEJANDRA PULIDO AGUILAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011231054	2021-09-07	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	carrera 68 D # 24 A – 50	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3007864010	2021-09-07	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: dc2d5edf3b8673c97791248744ee3dfbe94d9ee7c3e87afac03343b97b2359a7f3670a2db92394d626938a745eea0bec

Fecha validación: 7/09/2021 9:21 a. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	7 de sept. de 2021	**Fecha final:**	7 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

07-09-2021

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

OBSERVACIONES

AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21;lina.ospina1761@correo.policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS

Medio de pago	Efectivo	**Forma de pago**	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$600.000
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$600.000
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$600.000

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original lina.ospina

118366773

Fiel copia del original lina.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23533

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-09-06
NIT:	900336524-5		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		**Fecha vencimiento** 2021-09-06
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: 4b90e0a011edc3261e6b142feb9a1662d919b2d88017f4673fd055e2b0dd45d27def28b6b7a98bed313647fa160c0488 — **Fecha validación:** 7/09/2021 12:00 a. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de sept. de 2021	**Fecha final:**	6 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

07-09-2021

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
JESSICA LORENA PINZON MENDIVELSO	1019046549	Cédula ciudadanía	CARRERA 103 B No 152 C - 64 APT 607 (Turingia)	4728372	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

JORDAN MAURICIO SOLIS VARGAS	1007372169	Cédula ciudadanía	Carrera 78 f No 56 a - 26 Sur		NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

MIGUEL ANGEL CASTRO GARRIDO	1193536675	Cédula ciudadanía	Calle 43 A sur No 73 C - 24	4798773	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

NICOLAS FLOREZ MEDINA	1031642513	Tarjeta de identidad	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán)	4652738	NA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original firma.ospina
118366773

Fiel copia del original lina.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
SANTIAGO PATARROYO GODOY			1020771649	Cédula ciudadanía	Carrera 55 a No 134 a - 45 Torre 1 (503)		6178070	NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
STEVEN EDUARDO MALLAMA ESCOBAR			1000861713	Cédula ciudadanía	Calle 68 D bis A No 49 C-10 sur		4585722	NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00
890215-1	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$472.500	0	$0	$472.500	0			0.00

OBSERVACIONES
AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASESS°1°81-7-20072-21;ilna.ospina1761@correo.policia.gov.co#$
VALOR TOTAL EN LETRAS: DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS COLOMBIANOS

Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$2.835.000
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$2.835.000
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$2.835.000

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original lina.ospina

118366773

Fiel copia del original lina.ospina

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23536

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-09-07
NIT:	900336524-5		**Fecha vencimiento** 2021-09-07
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: f89958ed599f249236fc711e0b19182a89978ff7fe2f3125a4fc7e2fbec7bff86bc21fa8b24ac1cb6d4dae19ef13dda0 — **Fecha validación:** 7/09/2021 8:24 a. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	7 de sept. de 2021	**Fecha final:**	7 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

RHD 07-09-2021

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
ANDRES FELIPE OCAMPO GIRALDO	1032467580	Tarjeta de Identidad	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1		NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

ANGELICA TORRES RIOS	1029220505	Tarjeta de Identidad	Calle 67 No 84 - 09	4308714	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

DANA JOHANA CALDERON PINZON	1011212102	Tarjeta de Identidad	Calle 140 B No 103 f - 45	3103456818	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

EMANUEL HERNANDEZ ABREO	1025555216	Registro civil	Carrera 2 b No 13-140 (El Hato)	8235738	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

EMANUEL JOSUE PRIETO ROJAS	1031825144	Tarjeta de Identidad	Calle 142 c bis No 138 a -59	5193952	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
FACTURADO

Fiel copia del original

Fiel copia del original lina.ospina

890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

JOEL STEVEN QUIJANO ROJAS	1122528010	Tarjeta de identidad	Cra 78 N bis N° 40-88 sur TequendamaKennedy	3209212158	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

JOSEPH SEBASTIAN BELTRAN NIETO	1029220576	Tarjeta de identidad	Avenida CARRERA 104 No 71 D - 29	5487245	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

JUAN SEBASTIAN LLOREDA SANCHEZ	1023166684	Tarjeta de identidad	Carrera 78 No 41 F - 27 Sur	3147243025	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

MAGDA LORENA BETANCOURT CUCAITA	1029220634	Tarjeta de identidad	Carrera 24 DNo 11 - 80 Apto 304 Bloque 10	2721827	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

SARA SOPHIA RIOS SALAZAR	1011208849	Tarjeta de identidad	Calle 57 D sur No 78 M-68	8374431	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

SOFIA ARIZA VILLAMIL	1011206942	Tarjeta de identidad	Calle 41 a sur 50 a 17	3924337	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215	/	VALORACION INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	0			0.00

OBSERVACIONES
AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21;lina.ospina1761@correo.policia.gov.co#$
118366773
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$6.600.000
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$6.600.000

Copia del original lina.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$6.600.000

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Fiel copia del original lina.ospina

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO

09 SEP 2021

SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original lina.ospina

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23537

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764015955228 del 4 de agosto de 2021 al 4 de agosto de 2022

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-09-07
NIT:	900336524-5		**Fecha vencimiento** 2021-09-07
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: 0e6daf9fb77cd82aacfbbcea01bd761c94715ca127fd3a64384ede22efce3d9b789460167fd3a5740ccd97d337018e16 — **Fecha validación:** 7/09/2021 8:36 a. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	7 de sept. de 2021	**Fecha final:**	7 de sept. de 2021
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:	Por servicio	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
ANDRES FELIPE OCAMPO GIRALDO	1032467580	Tarjeta de identidad	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1		NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	23	$30.700	0	$0	$706.100	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
ANGELICA TORRES RIOS	1029220505	Tarjeta de identidad	Calle 67 No 84 - 09	4308714	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	24	$30.700	0	$0	$736.800	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
DANA JOHANA CALDERON PINZON	1011212102	Tarjeta de identidad	Calle 140 B No 103 f - 45	3103456818	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$30.700	0	$0	$924.000	0			0.00

NOMBRE PACIENTE	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	TIPO IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Tipo Usuario
EMANUEL HERNANDEZ ABREO	1025555216	Registro civil	Carrera 2 b No 13-140 (El Hato)	8235738	NA

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	27	$30.700	0	$0	$828.900	0			0.00

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL BOYACÁ GRUPO FINANCIERO — VERIFICACIÓN

118366773
Copia del original Katherine.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

EMANUEL JOSUE PRIETO ROJAS			1031825144	Tarjeta de identidad	Calle 142 c bis No 138 a -59		5193952	NA			
CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$30.700	0	$0	$921.000	0			0,00
JOEL STEVEN QUIJANO ROJAS			1122528010	Tarjeta de Identidad	Cra 78 N bis N° 40-88 sur TequendamaKennedy		3209212158	NA			
CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$30.700	0	$0	$859.600	0			0,00
JOSEPH SEBASTIAN BELTRAN NIETO			1029220576	Tarjeta de Identidad	Avenida CARRERA 104 No 71 D - 29		5487245	NA			
CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	29	$30.700	0	$0	$890.300	0			0,00
JUAN SEBASTIAN LLOREDA SANCHEZ			1023166684	Tarjeta de Identidad	Carrera 78 No 41 F - 27 Sur		3147243025	NA			
CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$30.700	0	$0	$859.600	0			0,00
MAGDA LORENA BETANCOURT CUCAITA			1029220634	Tarjeta de Identidad	Carrera 24 DNo 11 - 80 Apto 304 Bloque 10		2721827	NA			
CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	29	$30.700	0	$0	$890.300	0			0,00
SARA SOPHIA RIOS SALAZAR			1011208849	Tarjeta de Identidad	Calle 57 D sur No 78 M-68		8374431	NA			
CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$30.700	0	$0	$921.000	0			0,00
SOFIA ARIZA VILLAMIL			1011206942	Tarjeta de Identidad	Calle 41 a sur 50 a 17		3924337	NA			

Esta copia es original firma.ospina

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021

Fiel copia del original lina.ospina

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	29	$30.700	0	$0	$890.300	0			0.00

OBSERVACIONES
AGOSTO 2021 #$16-01-02-039;PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21;lina.ospina1761@correo.policia.gov.co#$
VALOR TOTAL EN LETRAS: NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$9.424.900
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$9.424.900
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$9.424.900

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original lina.ospina

Fiel copia del original lina.ospina

GS-2021-380924-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

Personería Jurídica 8007 de 1998 Min. Salud
Nit. 800.037.619 – 0
Sede La Castellana Cra. 49 No 99 -10 PBX 7560475
Sede Villas Cra 57C N. 128 – 03 Tel 6241873
direccion@corporacionsindromededown.org
www.corporacionsindromededown.org
Bogotá, D.C

El Revisor Fiscal de la CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN

C E R T I F I C A:

Que la empresa **CORPORACION SINDROME DE DOWN** identificada con **NIT. 800.037.619-0,** se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto y efectuó durante los últimos seis (6) meses el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, en cumplimiento con la **Ley 789/02**.

Se expide en Bogotá, D.C., a los treinta y un (31) días del mes de Agosto del año 2021.

Dorly Maryuly Muñoz Mosquera
Revisor fiscal
Matrícula 72059- T
C.C. 39.653.935 de Bogotá.

DIRECCIÓN DE SALUD
SECCIONAL BOGOTÁ
GRUPO FINANCIERO
09 SEP 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RADICADO

Fiel copia del original Una ospina

VIGILADO Supersalud

118366773

Fiel copia del original lina.ospina