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. 2 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2021- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 19 de octubre 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	**01/09/2021**	**Hasta**	**30/09/2021**

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: 1**

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/08/2021 y el 31/08/2021, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2021-380924-MEBOG-29.25 del 09/09/2021

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20072-21

Fiel copia del original lina.ospina

1496632296

Página 2 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		

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.
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 08/09/2021, se envía respuesta al contratista sobre seguimiento al usuario Juan Sebastián Lloreda.
- Mediante correos electrónicos del 21/09/2021, se remiten al Contratista las autorizaciones de los servicios del mes de septiembre de 2021.
- Mediante comunicación telefónica se realiza seguimiento a prestación del servicio durante el mes de septiembre 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		

Copia del original lina.ospina

disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia , con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los 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	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.

Subcomandante Sandra Lina.ospina

GS-2021-446967-MEBOG

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, 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

Generado en el sitio web lina.ospina

1496631 96

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 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** **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	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.

Revisado por Karina.ospina

GS-2021-446967-MEBOG

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
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

Generado con la firma electrónica.ospina

149663896

GS-2021-446967-MEBOG

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.

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.

Copia del original lina.ospina

149661296

GS-2021-446967-MEBOG

- 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)
- 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 artículo 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

1496637096

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.

- **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 específicas, 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 auditoría 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

Firmado digitalmente por maria.ospina

1496683296

GS-2021-446967-MEBOG

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: ➢ 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 (59) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (237) 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

Copia del original lyla.ospina

149663396

GS-2021-446967-MEBOG

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.

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 articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 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.

Fiel copia del original ana.ospina

1496668296

GS-2021-446967-MEBOG

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

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

CAUSALES DE NO PAGO

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	$ 78.034.265,00	20,72%
Valor total facturado	$ 48.787.153,00	12,95%
Valor facturado pendiente de pago	$ 327.905.417,00	87,05%
Valor pagado	$ 48.787.153,00	12,95%
Valor pendiente de entrega	$ 298.658.305,00	79,28%

Fiel copia del original Ima.com

GS-2021-446967-MEBOG

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
02 del 07/10/2021	$29.247.112	del 01/09/2021 al 30/09/2021	$29.247.112	23847, 23848, 23849, 23850, 23851	Pendiente	Pendiente	Pendiente

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

1496633296

GRHB

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 OCTUBRE 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.	02
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: 01/09/2021 Al: 30/09/2021

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
08 OCT 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN

Es copia del original firmado 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	$29.247.112	$29.247.112	$0,00	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
23847	6/10/2021	$ 600.000,00	$0,00	$ 600.000,00
23848	6/10/2021	$ 1.807.200,00	$0,00	$ 1.807.200,00
23849	6/10/2021	$ 9.606.242,00	$0,00	$ 9.606.242,00
23850	6/10/2021	$ 8.903.000,00	$0,00	$ 8.903.000,00
23851	6/10/2021	$ 8.330.670,00	$0,00	$ 8.330.670,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				**$29.247.112,00**

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 MES DE SEPTIEMBRE 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 especificas del contrato, durante el mes de septiembre 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 MARIA OSPINA SÁNCHEZ
Terapeuta física
Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisora del Contrato

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
08 OCT 2021
VERIFICACIÓN

Fiel copia del original firmado

GS-2021-446967-MEBOG

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

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23847

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 PAZ QUINTERO PIÑERES	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1089636091		2021-10-06
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 24 A # 56 - 35 INT 1 APT 101 CONJUNTO PORTAL DEL SALITRE	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3104627452		2021-10-06
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a357f252050938834ddb5395b19e92bc7a1a7d09afbbdeb8fe9f6f04f7055b037b465f06d86e48079b3853ba3584c1f7 — **Fecha validación:** 6/10/2021 4:46 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de oct. de 2021	**Fecha final:**	6 de oct. 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:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
890215-1	/	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1	$600.000	0	$0	$600.000	1375804			0.00

OBSERVACIONES

FECHA INICIAL 1 DE SEPTIEMBRE 2021 FECHA FINAL 30 DE SEPTIEBRE 2021

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

Recibido 07 OCT 2021
Fecha

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIÓN
GRUPO FINANCIERO
08 OCT 20..
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original

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

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23848

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** 2021-10-06
NIT:	900336524-5		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		**Fecha vencimiento** 2021-10-06
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: 4a1b75fec52ddb0e7e2a60028b1a35b44cdb2d8ffd4df7e640d0fb1b041eedaf54c384d776cc95281512604 0f83c794d — **Fecha y hora validación:** 6/10/2021 5:35 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de oct. de 2021	**Fecha final:**	6 de oct. 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:**	

DIRECCIÓN DE [illegible] SECCIÓN [illegible] GRUPO FINANCIERO — [illegible] PUNTO A VERIFICAR [illegible]

Recibido 10 OCT 2021 Fecha

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
938660-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	13	$25.100	0	$0	$326.300	0566			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
938660-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	22	$25.100	0	$0	$552.200	0517			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
938660-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	18	$25.100	0	$0	$451.800	1035			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
938660-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	19	$25.100	0	$0	$476.900	0951			0.00

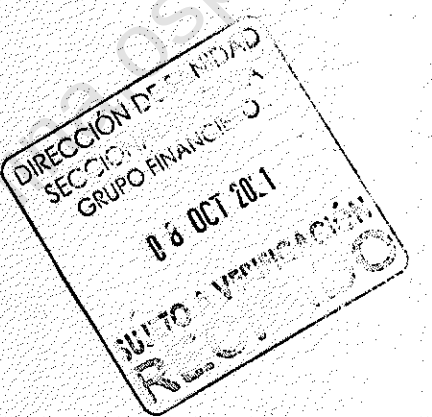
OBSERVACIONES	MONEDA	COP PESO
	SUBTOTAL	[illegible]

Esta copia es de uso exclusivo de la entidad

FECHA INICIAL 1 DE SEPTIEMBRE 2021 FECHA FINAL 30 DE SEPTIEMBRE 2021			
VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.807.200
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.807.200

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



Fiel copia del original Ana Ospina

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

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23849

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**
NIT:	900336524-5		2021-10-06
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400		2021-10-06
		Tipo Usuario: NA	

CUFE: 6902bd20f32a88369a76f14449a6fa3d4fced3d3fe7045138fefc8bc3ebc47bd584589e618d51ed62da6dfb18d83ae1e1... **Fecha validación:** 6/10/2021 7:00 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	6 de oct. de 2021	**Fecha final:**	6 de oct. 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:**	

DIRECCIÓN DE ... NIDAD ... SECCIÓ... GRUPO FINANCIERO ... 06 OCT 20... VERIFICACIÓN ... Recibido ... Fecha 07 OCT 2021

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	30	$29.467	0	$0	$884.010	9012			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	18	$29.467	0	$0	$530.406	1356			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 MODERADA	30	$29.467	0	$0	$884.010	5672			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
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA	29	$29.467	0	$0	$854.543	1131			0.00

Clínica de Occidente

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	25	$29.467	0	$0	$736.675	0870			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	23	$29.467	0	$0	$677.741	2066			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	28	$29.467	0	$0	$825.076	8833			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	22	$29.467	0	$0	$648.274	9408			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	29	$29.467	0	$0	$854.543	0471			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
938661-1	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	29	$29.467	0	$0	$854.543	6421			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

DIRECCIÓN DE ... SECCIÓN ... GRUPO FINANCIERO
0 6 OCT 20..

Fiel copia del original reposa en...

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	0583			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	21	$29.467	0	$0	$618.807	8314			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	24	$29.467	0	$0	$707.208	0679			0.00

OBSERVACIONES
FECHA INICIAL 1 DE SEPTIEMBRE 2021 FECHA FINAL 30 DE SEPTIEMBRE 2021
VALOR TOTAL EN LETRAS: NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$9.606.242
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$9.606.242
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$9.606.242

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE [illegible] MIDAD
SECCIÓN [illegible]
GRUPO FINANCIERO
0 6 OCT 20.1
[illegible]

Fiel copia del original firmado

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

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23850

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

DIRECCIÓN DE ... SECCIÓN ... GRUPO FINANCIERO 06 OCT 2021 ... VERIFICACIÓN

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1		**Fecha y hora de expedición** 2021-10-06
NIT:	900336524-5		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		**Fecha vencimiento** 2021-10-06
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: a8bbc042a4abc6037373af8018a193b225028e89a675cd391874bb56574569b1f678100a2e0de4fc791169d6d72600af — **Fecha validación:** 6/10/2021 7:37 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de oct. de 2021	**Fecha final:**	6 de oct. 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:**	

Recibido Sopro
Fecha 07 OCT 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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$30.700	0	$0	$675.400	1376032			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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	24	$30.700	0	$0	$736.800	1376265			0.00

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	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$30.700	0	$0	$921.000	1376208			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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA	18	$30.700	0	$0	$552.600	1375910			0.00

1499663296

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	17	$30.700	0	$0	$521.900	1375944			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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	18	$30.700	0	$0	$552.600	1376048			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	13	$30.700	0	$0	$399.100	1376101			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	30	$30.700	0	$0	$921.000	1375867			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	24	$30.700	0	$0	$736.800	1375990			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	1375892			0.00

MARIA ALEJANDRA PULIDO AGUILAR	1011231054	Registro civil	carrera 68 D # 24 A – 50	3007864010	NA

DIRECCIÓN DE [illegible]NIDAD
GRUPO PRIVADO
06 OCT 20[illegible]
VERIFICACIÓN
[illegible]DO

Esta copia es original de la [illegible]

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	11	$30.700	0	$0	$337.700	1376089			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	24	$30.700	0	$0	$736.800	1376132			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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	30	$30.700	0	$0	$921.000	1375425			0.00

OBSERVACIONES
FECHA INICIAL 1 DE SEPTIEMBRE 2021 FECHA FINAL 30 DE SEPTIEMBRE 2021
VALOR TOTAL EN LETRAS: OCHO MILLONES NOVECIENTOS TRES MIL PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$8.903.000
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$8.903.000
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$8.903.000

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE UNIDAD
SECCIONAL
GRUPO FINANCIERO
0 6 OCT 2021
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Fiel copia del original Colsanitas

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

FACTURACION ELECTRONICA
No. -23851

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** 2021-10-06
NIT:	900336524-5		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458		**Fecha vencimiento** 2021-10-06
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ		
Teléfono	5804400	**Tipo Usuario:** NA	

CUFE: 3a886020e5d9e1f2321435782ebd15948e3073baecf60e6e0414a87ef015e8e30d5c3da737c492da4992cfc23690387a		**Fecha validación:**	6/10/2021 9:29 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20072-21	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	6 de oct. de 2021	**Fecha final:**	6 de oct. 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:**	

DIRECCIÓN DE [illegible]
SEC[illegible]
GRUPO FINANCIERO
0 6 OCT 20.1
[illegible] VERIFICACIÓN

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	94	$13.590	0	$0	$1.277.460	6549			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	91	$13.590	0	$0	$1.236.690	2169			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	97	$13.590	0	$0	$1.318.230	1808			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	95	$13.590	0	$0	$1.291.050	6675			0.00

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	81	$13.590	0	$0	$1.100.790	2513			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	55	$13.590	0	$0	$747.450	1649			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	100	$13.590	0	$0	$1.359.000	1713			0.00

OBSERVACIONES
FECHA INICIAL 1 DE SEPTIEMBRE 2021 FECHA FINAL 30 DE SPETIEMBRE 2021
VALOR TOTAL EN LETRAS: OCHO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$8.330.670
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$8.330.670
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$8.330.670

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIÓN ... LOGÍA
GRUPO FINANCIERO
06 OCT 20..
PUNTO DE VERIFICACIÓN

Fiel copia del original Hospital

GS-2021-446967-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 (30) días del mes de Septiembre del año 2021.

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

Fiel copia del original Una.com.co