GS-2023- 142204-MEBOG

No. 02 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1

Bogotá D, C 29 de Diciembre de 2022

Teniente Coronel ANA MILENA MAZA SAMPER
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No1
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-7-20212-22**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	01/12/2022	**Hasta**	31/12/2023

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la "*Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2022-016892-RASES-GRUPO del 23/11/2022, la Señora Teniente Coronel, ANA MILENA MAZA SAMPER, obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No1, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora CPS04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 02

    1. Informe de supervisión del mes NOVIEMBRE o del periodo comprendido entre el 18/11/2022 y el 30/11/2022 mediante comunicación oficial GS-2023-141812-MEBOG
    2. Informe de supervisión del mes DICIEMBRE o del periodo comprendido entre el 01/12/2022 y el 31/12/2022 mediante comunicación oficial

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20212-22
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1
Contratista	FUNDACION APRENDER A VIVIR
Representante legal	JHON ALEXANDER PAEZ VALENCIA
Valor inicial del contrato	SESENTA MILLONES DE PESOS $65.000.000 MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor adiciones del contrato	
Valor total del contrato	$65.000.000
Plazo de ejecución inicial	4 meses y 12 días
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	18/11/2022
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30/04/2023
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	
Adiciones	
Modificatorios	No hay adiciones
Prorrogas	
Otros	

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

- Mediante video conferencia el 03/12/2022 a las 8:00 am se realiza reunión virtual con la coordinación celebrada con el Representante de la Fundación Aprender a vivir, para el seguimiento de la supervisión del contrato mes de Noviembre de 2022.
- Mediante video conferencia el 15/12/2022 a las 8:00 am se realiza reunión virtual con la coordinación celebrada con el Representante de la Fundación Aprender a vivir, para el seguimiento de la supervisión del contrato mes de Diciembre de 2022.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. El CONTRATISTA se obligará a cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso de selección, prestando el servicio adjudicado con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	SI	NINGUNA
2. Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del objeto contractual del presente contrato. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato, incluyendo los impuestos.	SI	NINGUNA
3. **En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja 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.**	SI	NINGUNA
4. **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, 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.**	SI	NINGUNA
5. El CONTRATISTA **deberá guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.**	SI	NINGUNA
6. 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	SI	NINGUNA
7. EL **CONTRATISTA** deberá colaborar con los entes de control de la entidad del estado cuando así lo requiera	SI	NINGUNA
8. EL CONTRATISTA deberá realizar la entrega del Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN, en el instructivo 009 DISAN - AGESA – 70 del 06 de marzo de 2014.	SI	NINGUNA

9. El CONTRATISTA deberá tener en cuenta que cualquier tipo de impuesto que genere la ejecución del contrato, será a cargo del contratista.	SI	NINGUNA
10. EL CONTRATISTA deberá aceptar y facilitar los requerimientos de la Auditoria Medica del Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1	SI	NINGUNA
11. EL CONTRATISTA deberá asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones de carácter laboral del personal destinado para la ejecución objeto del contrato.	SI	NINGUNA
12. El CONTRATISTA deberá cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.	SI	NINGUNA
13. El CONTRATISTA 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 Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
14. 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	SI	NINGUNA
15. El CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
16. El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	NINGUNA
17. EL CONTRATISTA se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato	SI	NINGUNA
18. El CONTRATISTA deberá garantizar que el servicio será prestado por el profesional idóneo en cada área (de acuerdo con lo descrito en el ANEXO No 2: OFERTA Y CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS) y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros.	SI	NINGUNA
19. El CONTRATISTA dispondrá de un área física con las siguientes características: • Delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar.	SI	NINGUNA

• Protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada. • Incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales y de familia y consultorios. • Contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo. • El Oferente deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1		
20. El CONTRATISTA deberá notificar de forma inmediata y por escrito los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) y que llegasen a requerir ingreso por el servicio de urgencias; con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o remisión del paciente al Hospital Central de la Policía Nacional. De igual manera debe contar con la posibilidad de traslado del paciente en ambulancia, traslado que no tendrá costo adicional para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1	SI	NINGUNA
21. El CONTRATISTA deberá entregar al supervisor del contrato el horario de atención y de actividades realizadas en lo pertinente a la programación y atención del usuario y/o beneficiarios.	SI	NINGUNA
22. El CONTRATISTA deberá informar por escrito las no asistencias de los familiares para el procedimiento, (tratamiento) así como la falta de colaboración de los mismos a pesar de las instrucciones, impartidas y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación. Si esta llegara a suceder	SI	NINGUNA
23. El CONTRATISTA deberá cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes	SI	NINGUNA
24. El CONTRATISTA deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres	SI	NINGUNA
25. El CONTRATISTA facturará cada tratamiento de acuerdo a la atención prestada, de tal manera	SI	NINGUNA

que si el tratamiento es interrumpido por cualquier razón se facturará proporcionalmente.		
26. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Tratamiento Ambulatorio, el cual es proyectado para una duración de al menos 5 meses, con dos meses de intervención interdisciplinaria directa y 3 meses de soporte.	SI	NINGUNA
Tratamiento con Internación, el cual es proyectado para una duración de al menos 4 meses y medio, con 45 días de internación y 3 meses de soporte	SI	NINGUNA

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA
Ninguna

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO :

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (45) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1 pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Bogotá D.C. **de manera mensual,** dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de constancia de Recibo a Satisfacción Técnico–Económico suscrita por el Supervisor del Contrato, Certificación de la Auditoría de Cuentas y Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicara lo contenido en el Artículos 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, documentos que deben ser tramitados por la ventanilla única-Central de Cuentas del Edificio Brigadier General EDGAR YESID DUARTE VALERO ubicado en la carrera 68 B Bis No 44-58 Cuarto Piso, de la Unidad prestadora de Salud Bogotá , donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno" se le asignara un numero de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día veinte (20) del mes los pagos mensuales se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central.

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

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 del soporte de cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios
- Autorización del servicio en original

· Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, 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.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social; Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

La información de registro prestaciones de servicios de salud (RIPS), el cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes.

La presentación de las facturas por los servicios causados deberá realizarse dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores de los servicios.

PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS

Una vez radicada la factura por parte del Adjudicatario Contratista, el Supervisor del Contrato dentro de los (3) tres días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas del Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1para continuar con el trámite de pago respectivo.

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 del Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1 tramitara la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico-económico, para que se realice la auditoria, la cual será expedida dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelto junto con los soportes a la Central de cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con los tiempos establecidos 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 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 del Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

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: FUNDACION APRENDER A VIVIR
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 58973808816

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$65.000.000	100%
Valor total de las entregas	$11.600.000	17.8%
Valor total facturado	$11.600.000	17.8%
Valor facturado pendiente de pago	$11.600.000	17.8%
Valor pagado DICIEMBRE	0	0
Valor pendiente de entrega	$ 53.400.000	82.1%

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

No. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
01de 01/122022 a 31/12/2022	$11.600.000	29/12/2022	$11.600.00	FFE 1015 A FFE 1018	pendiente	pendiente	Pendiente

5. **RECOMENDACIONES No** se tiene recomendaciones
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,

CPS 04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA
Líder de Salud Mental UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20106-20
Liliana.gomezn@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3104742095

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 29 de Diciembre de 2022
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	**81-7-20212-22**
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT del contratista:	830507712-4
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Valor total $ 65.000.000
Plazo de ejecución:	Plazo inicial 18/11/2022 hasta 30/03/2023
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 71 N. 53-52 FUNDACION APRENDER A VIVIR
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del	CPS04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA

contrato y cargo que desempeña:	Líder Salud Mental UPRES BOGOTA
Fecha de entrega certificada:	Del: Mes de Diciembre de 2022
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2021	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES N.1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1	$ 11.600.000	$ 11.600.000	0	0

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FFE	1015	$2.900.000		$2.900.000
FFE	1016	$3.000.000		$3.000.000
FFE	1017	$3.000.000		$3.000.000
FFE	1018	$3.000.000		$3.000.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos				$ 11.600.000

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE CERTIFICA QUE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ANEXO N.2 Y CONDICIONES ESTIPULADAS DEL CONTRATO.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas: SE AVALA EL PAGO DE LA FACTURA ANUNCIADA EN LA SIGUIENTE PLANILLA PARA EL PERIODO DE MES DE DICIEMBRE DE 2022

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	Atención encaminada al tratamiento de la dependencia y el consumo (no se contempla el tratamiento de desintoxicación y del síndrome de abstinencia), el cual incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y/o ludopatía además de la intervención orientada a la reinserción social la cual hace referencia al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas alcoholismo y/o ludopatía; ésta área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes: • Familiar • Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo. • Asesoramiento educativo. • Alojamiento o Vivienda. Habiendo posibilidad de diversos enfoques en el tratamiento se contará con un enfoque aceptado y validado internacionalmente. El proceso terapéutico en general estará comprendido por las intervenciones farmacológicas determinadas por el médico psiquiatra y las intervenciones psicosociales que corresponderán a la acción terapéutica del equipo interdisciplinario. La intervención incluirá las modalidades de tratamiento ambulatorio, atención de mediana intensidad y la modalidad de Internamiento, estableciendo un tiempo mínimo de cuatro (4) meses y quince días (15), de tal manera que se prestará la intervención en dos modalidades:	si_X_ No__	
2	Tratamiento con Internación, el cual es proyectado para una duración de 6 meses y 15 días y 6 meses de soporte ambulatorio.	si_X_ No___	

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

FIRMA DE SUPERVISOR
CPS 04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA
Líder de Salud Mental UPRES BOGOTA

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE-1018

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	28/12/2022, 14:38
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	28/12/2022, 14:38
				Vencimiento	28/12/2022

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Diciembre Gerardo Rojas Vargas. Autorizacion No 4209051	1.00	2,700,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Dos millones setecientos mil pesos m/cte

Total Bruto	2,700,000.00
Total a Pagar	2,700,000.00

Condiciones de Pago:
Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2022-12-28 por $ 2,700,000.00

Observaciones:

Elaborado por software Sigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Sigo. Sigo S.A.S Nit. 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764023791603 aprobado en 20220105 prefijo FFE desde el número 702 al 1500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: a4b5705466a4030cef43be65d091c32102b4b2cd8d9eadce629f0a99ca2f259f147f3b68cc73383a3b9b4a82978c096

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE-1017

				Fecha y hora Factura	
Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Generación**	28/12/2022, 14:35
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Expedición**	28/12/2022, 14:35
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Vencimiento**	27/01/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Diciembre Sergio Steven Delgado Moreno. Autorizacion No 4209045	1.00	3,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Tres millones de pesos m/cte

Total Bruto	3,000,000.00
Total a Pagar	3,000,000.00

Condiciones de Pago:
Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2023-01-27 por $ 3,000,000.00

Observaciones:

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S.Nit: 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764023791603 aprobado en 20220105 prefijo FFE desde el número 702 al 1500 Vigencia: 24 Meses
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9,66 POR MIL
CUFE: c4023ed9ec39ef188476dc647eff28635fea99a507a6c6a0cea4151b1bf017ac634b361ceb04deb899d8ad2a0dde1c87

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE-1016

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	28/12/2022, 14:32
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	28/12/2022, 14:32
				Vencimiento	27/01/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Diciembre William Alfonso Lopez Escobar. Autorizacion No 4209038	1.00	3,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Tres millones de pesos m/cte

Total Bruto	3,000,000.00
Total a Pagar	3,000,000.00

Condiciones de Pago:
Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2023-01-27 por $ 3,000,000.00

Observaciones:

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S.Nit: 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764023791603 aprobado en 20220105 prefijo FFE desde el número 702 al 1500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: cb7dcb980b65abd17c4d360f13754108dceeae77f95ad2bbb41b324ae6f45cfc6b42d3cbd4675fc54a910d64d6f1a857

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE-1015

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	28/12/2022, 14:27
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	28/12/2022, 14:27
				Vencimiento	27/01/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Diciembre 2 al 30 Jesus Antonio Calderon Moreno. Autorizacion No 4209018	1.00	2,900,000.00

Total items: 1

Total Bruto	2,900,000.00
Total a Pagar	2,900,000.00

Valor en Letras:
Dos millones novecientos mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2023-01-27 por $ 2,900,000.00

Observaciones:

Elaborado por software Sigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Sigo, Sigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764023791603 aprobado en 20220105 prefijo FFE desde el número 702 al 1500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9,66 POR MIL
CUFE: 5a3d4a5c6f02357b8a80a42bb319203dd52d08f7ac21fcf9212d3d45805599d7f236c4ab0c7cc97c0a56bacf8f605a93