No. 5 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2023-240269 -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 15 de mayo de 2023

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

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20211-22

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/04/2023**	**Hasta**	**30/04/2023**

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 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-2022-017786-RASFS-GRUCO del 09/12/2022, 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 a la terapeuta física Grupo Prestador de atenciones en Salud UPRES Bogotá, el señor (a) SM 14, LINA MARIA OSPINA SÁNCHEZ

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 4**

  1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 09/12/2022 y el 31/12/2022, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023-022226-MEBOG-29.25 del 16/01/2023
  2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/01/2023 y el 31/01/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023-096595-MEBOG-29.25 del 24/02/2023
  3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/02/2023 y el 28/02/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023-142931-MEBOG-29.25 del 13/03/2023

4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/03/2023 y el 31/03/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023-190702-MEBOG-29.25 del 19/04/2023

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20211-22
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA; UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Contratista	CORPORACION SINDROME DE DOWN
Representante legal	LUZ EUGENIA GARCIA DE GALINDO
Valor inicial del contrato	$ 170.000.000,00
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	$ 170.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	Hasta el 31 de mayo de 2023
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	09-12-2022
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31-05-2023
Fecha inicio del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	27/03/2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	31/07/2023
Adiciones	N/A
Modificatorios	**MODIFICACIÓN NO. 001 DE 2023** CLÁUSULA PRIMERA: Adicionar a la CLAUSULA- TERCERA - VALOR del Contrato No. 81-7-20211-22, un valor de OCHENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETNTA Y OCHO MIL CIENTO SESENTA Y OCHO PESOS ($ 84.978.168,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, para la vigencia 2023, suma que no supera el 50% de conformidad con el parágrafo único del artículo 40 de la Ley 80 de 1993, el cual quedara de la siguiente manera:

CLAUSULA- TERCERA- VALOR	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato asciende al valor de DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENTO SESENTA Y OCHO DE PESOS ($254.978.168,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, distribuidas de la siguiente manera: para la vigencia 2022 la suma de TREINTA MILLONES DE PESOS ($30.000.000,00) MONEDA LEGAL
	COLOMBIANA y para la vigencia 2023 la suma de DOSCIENTOS VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENTO SESENTA Y OCHO DE PESOS ($224.978.168,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

	CLAUSULA TERCERA: Modificar la **CLÁUSULA SEXTA - PLAZO DE EJECUCIÓN** y el **ANEXO No. 1 "DATOS DEL CONTRATO" CLÁUSULA SEXTA - PLAZO DE EJECUCIÓN**, del Contrato Principal No. **81-7-20211122**, el cual quedara de la siguiente manera: **CLAUSULA SEXTA - PLAZO DE EJECUCIÓN**: Para el desarrollo de la ejecución del contrato que se suscriba como resultado de la definición del proceso de contratación, el CONTRATISTA cuenta con un Plazo de Ejecución **HASTA EL 31 DE JULIO DE 2023 O HASTA QUE SE AGOTE EL PRESUPUESTO, LO QUE PRIMERO OCURRA**, tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la Aprobación de la Garantía Única y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato.
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

- Mediante comunicaciones telefónicas durante el mes de abril de 2023, con la funcionaria administrativa Claudia Pereira, se realizan las coordinaciones para garantizar la prestación del servicio, de acuerdo a lo establecido en el contrato.
- Mediante correo electrónico del 11/04/2023, el contratista envía el cuadro radicador, las facturas y soportes de la prestación del servicio del mes de marzo de 2023.
- Mediante correo electrónico del 17/04/2023, se envía al contratista notificación de modificación del contrato
- Mediante correo electrónico del 19/04/2023, se solicitan al contratista estados financieros para establecer indicadores financieros de nuevo proceso de contratación.
- Mediante correo electrónico del 21/04/2023, el contratista presenta el caso de la niña LUCIANA PULGARIN quien está presentando maltrato físico infantil, caso reportado por la Corporación a ICBF con el No. 1763554590. Esta coordinación, envío información a Trabajo Social del ESPRI MADUA para que se realizara el seguimiento correspondiente.
- Mediante correo electrónico del 25/04/2023, el contratista estados financieros con corte a 31/12/2022.
- Mediante correo electrónico del 27/04/2023, se envía al contratista el formato de evaluación de proveedores para su respectiva revisión y diligenciamiento.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DÉCIMA PRIMERA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: 1) El contratista se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato que se llegue a suscribir. 2) Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo. 3) El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente. 4) El contratista deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia , con lo		

dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo 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 se compromete a presentar la facturación electrónica (representación gráfica) correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco días del mes siguiente en la ventanilla Única - Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. 6) 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. 7) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario. 8) 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. 9) 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. 10) 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. 11) 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. 12) 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. 13) 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. 14) 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 aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016. 15) El contratista deberá constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UPRES Bogotá o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. 16) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse. 17) 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. 18) 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. 19) 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. 20) Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta. 21) 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	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.

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". 22) 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. 23) 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. 24) 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. 25) 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. 26) 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. 27) 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. 28) El contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo". 29) Las demás contenidas 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. 30) El contratista se compromete a mantener confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial. 31) Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial. 32) El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional. 33) El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento a la Normatividad relacionada con la facturación electrónica.		

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS **A. MODALIDAD PRESENCIAL** 1. 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. 2. El CONTRATISTA deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica. 3. El CONTRATISTA deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica. 4. El CONTRATISTA deberá anexar a la oferta el portafolio actualizado de los servicios que se encuentra prestando en la modalidad presencial con los horarios disponibles. 5. El CONTRATISTA garantiza que desarrollará: Programa de rehabilitación funcional encaminado a los beneficiarios con diagnóstico de Síndrome de Down, a través de actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias eficaces para conseguir su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño en sus actividades de la vida diaria. Todas las actividades deben facilitar la construcción de su proyecto de vida. Se establece de acuerdo a la edad y al grado de severidad de la discapacidad, así: • **Programa presencial de estimulación temprana**: dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de facilitar el estimular y mejorar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para mejorar su calidad de vida personal y familiar. Para los usuarios que están en edad escolar (mayores de 2 años) se debe prestar, además, el apoyo y asesorías de pedagógica terapéutica a los docentes, usuario y familia. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación (refrigerio). • **Programa presencial para usuarios con inclusión escolar:** dirigido a usuarios mayores de 6 años, integrados a un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico- pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación. (refrigerio) • **Programa presencial para usuarios sin inclusión escolar**: dirigido a usuarios mayores de 17 años sin inclusión escolar, con el fin de potencializar prácticas de autonomía en destrezas de la vida diaria y habilidades de ejecución ocupacional, de acuerdo a sus perfiles ocupacionales e intereses, facilitando oportunidades de participación social y la construcción de su proyecto de vida. El servicio prestado deberá ser de 100 sesiones, incluye el servicio de alimentación (almuerzo). El programa incluye: a) Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. b) Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular c) Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Educación Especial, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. d) Entrenamiento prevocacional y vocacional, según su grado de autonomía 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 ESPAM 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 al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración al supervisor del contrato 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 autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, 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	SI	Radica facturación con anexo de los documentos de soporte: copia de historia clínica en la que se soportan las atenciones prestadas a cada uno de los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibo a satisfacción del acudiente.

va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades de cada uno de los usuarios, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento

5. Antes de iniciar el tratamiento, el Oferente deberá comunicar al grupo familiar el Plan individual de tratamiento (PIT) a realizar de acuerdo con el resultado de la valoración inicial, con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada una de las áreas terapéuticas, así como el compromiso de participación activa y permanente para el desarrollo del mismo. Además, cada una de las áreas terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado.

6. Las actividades 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. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos

7. En caso de requerirse ajustes en el programa, se concertará una sesión de estudio del caso con el equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.

El CONTRATISTA deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicio de salud en el SISAP WEB, la generación de las autorizaciones de servicios debe realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo

8. El CONTRATISTA deberá [illegible] después de la prestación del mismo

8. El CONTRATISTA deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una asistencia efectiva a la mismas. Así mismo, asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitand que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboració y empatía

9. El CONTRATISTA deberá asesorar a las familias y/o cuidador sobre los Procesos de inclusión social de usuario en actividades educativas, sociales y/o laborales acordes a su desempeño e interés, así mismo contactarse con las entidades competentes dentro del marco de la Ley Estatutaria de Discapacidad

10. El CONTRATISTA deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por e Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero 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.

11. Al finalizar el contrato, el Oferente 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 del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.

12. 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

13. 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, sin previo aviso.

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

15. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.

16. El CONTRATISTA debera presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.

17. El CONTRATISTA deberá tener un programa de auditoria 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.

18. 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

19. El CONTRATISTA deberá responder por los costos generados por los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial al supervisor del contrato, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos. Entendido el evento adverso 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.

20. 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.
Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.

21. El CONTRATISTA dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.

22. 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.

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

24 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 oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel.

25. INSTALACIONES:

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

- Tres (3) Áreas terapéuticas para trabajo grupal, con un máximo de 8 niños por grupo.
- Seis (6) consultorios independientes para trabajo individual, uno por cada área terapéutica contemplada en el estudio previo.
- Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas, lúdicas y/o sociales.
- Una (1) Zona de comedor
- Un (1) baño para hombres y un (1) baño para mujeres, con adaptaciones cada uno.

ADSCRITA A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.

- Las instalaciones de la institución deben contar con baños con adaptaciones y rampas de acceso en caso de requerirlas.

26. 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 modificación al contrato.

27. 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, rompecabezas, 10 pinturas, 5 encajes, 5 ensartados, 5 pelotas, 5 instrumentos musicales, 1 biblioteca)
- Una Batería para evaluación psicológica
- Una Batería para evaluación de procesos fonológicos.
- Una Batería para evaluación del desarrollo motor.
- Una Batería para definir perfiles ocupacionales.
- Instrumentos de seguimiento y control de habilidades de independencia, de autonomía, de inteligencia matemáticas, escritura y lectura (uno de cada uno)
- Material para apoyo de desarrollo lógico matemático y manejo del dinero (dos)
- Material con ayudas visuales para proceso de lecto-escritura (dos)
- Instrumentos de seguimiento y control en contexto escolar, de habilidades de independencia, de autonomía y de procesos mentales superiores (uno de cada uno)
- 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

28. EL CONTRATISTA

...entrenamiento prevocacional y vocacional

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

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

30. **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.

31. El CONTRATISTA deberá presentar el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (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 del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato

...STADORA DE SALUD CUNDINAMARCA; UNIDADES ...

El oferente diligenciar el formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo publicado en la sección documentos del proceso de la plataforma SECOP II).

32. El CONTRATISTA se compromete a realizar una vez al mes actividades lúdicas, deportivas, recreativas y/o culturales dirigido a los usuarios que asisten al programa de rehabilitación, garantizando la seguridad de los mismos durante la realización de estas
actividades y contando con la autorización previa de los padres o acudientes.

33. El CONTRATISTA deberá contar con 8 a 10 Profesionales que hayan realizado actualizaciones, cursos, capacitaciones, diplomados o especializaciones relacionados con sus profesiones, en instituciones educativas debidamente acreditadas.

B. MODALIDAD NO PRESENCIAL O TELESALUD

1. REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El oferente deberá anexar a la oferta la inscripción en 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.

2. El CONTRATISTA deberá anexar a la oferta el portafolio actualizado de los servicios que se encuentra prestando en la modalidad no presencial con los horarios disponibles

3. 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: ...**temprana**: dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de

...pandemia por el Coronavirus COVID-19, la prestación del servicio se realizará de forma ...

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

...debe incluir: ...usuario y su

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 desarrollarán 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. 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. El CONTRATISTA realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración al supervisor del contrato 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 autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.

4. El CONTRATISTA deberá entregar a la familia o cuidador primario un plan casero, en el cual se establecerán actividades a desarrollar en casa para brindar la retroalimentación de las acciones ejecutadas durante las sesiones terapéuticas.

5. 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 BG Edgar Yesid Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades de cada uno de los usuarios, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento.

6. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y el número de sesiones mensuales a programas en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo de vida, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos.

7. 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.

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

9. El CONTRATISTA debera 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.

10. 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.

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

12. 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

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. El contratista deberá contar con 8 a 10 Profesionales que hayan realizado actualizaciones, cursos, capacitaciones, diplomados o especializaciones relacionados con sus profesiones, en instituciones educativas debidamente acreditadas.

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el mes de abril de 2023 se presentaron inasistencias de algunos usuarios, a pesar de que la corporación realiza el agendamiento de las citas con la familia del usuario y realiza reprogramación de citas en caso de no poder asistir por causa justificada. Esta situación afecta la proyección de la ejecución del contrato.

Así mismo, se identificó caso de maltrato físico infantil, el cual fue reportado a Bienestar familiar (ICBF) por la corporación.

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (141) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (60) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

3. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

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

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

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, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

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

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación 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**
Valor total del contrato	$ 254.978.168,00	100%
Valor total de las entregas	$126.081.967,00	49%
Valor total facturado	$101.710.078,00	40%
Valor facturado pendiente de pago	$153.550.568,00	60%
Valor pagado	$101.710.078,00	40%
Valor pendiente de entrega	$ 128.896.201,00	51%

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
No. 05 del 08/05/2023	$24.371.889	del 01/04/2023 al 30/04/2023	$24.371.889	30181, 30182, 30183, 30184, 30185, 30186, 30187, 30188, 30189, 30190, 30191, 30192, 30193, 30194, 30195, 30196, 30197, 30198, 30199, 30200, 30201, 30202, 30203, 30204, 30205, 30206, 30207, 30208, 30209, 30210, 30211, 30212, 30213, 30214, 30215	Pendiente	Pendiente	Pendiente

5. RECOMENDACIONES

Como supervisor del contrato no se tiene recomendación 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. 81-7-20211-22
Correo electrónico: lina.ospina1761@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3178533438

RHB

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. 8 mayo de 2023
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 No.	81-7-20211-22
Constancia de recibido No.	05
Contratista:	CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT del contratista:	800037619-0
Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA; UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios:	NO APLICA
Valor del contrato:	Valor inicial del contrato: $ 170.000.000,00 Modificación No. 001 de 2023: $84.978.168,00 Valor total del contrato: $254.978.168,00
Plazo de ejecución:	Del 09-12-2022 al 31-05-2023 Modificación No. 001 de 2023: hasta el 31 de julio de 2023
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: 01/04/2023 Al: 30/04/2023

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2022-2023

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES 1	**16**	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL	**$ 24.371.889**	**$ 24.371.889**	**$0,00**	

EMPLEADO DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
0 8 MAY 2023
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
30181	7/05/2023	$ 476.316	$0,00	$ 476.316
30182	7/05/2023	$ 317.544	$0,00	$ 317.544
30183	7/05/2023	$ 79.386	$0,00	$ 79.386
30184	7/05/2023	$ 317.544	$0,00	$ 317.544
30185	7/05/2023	$ 535.743	$0,00	$ 535.743
30187	7/05/2023	$ 789.516	$0,00	$ 789.516
30186	7/05/2023	$ 648.531	$0,00	$ 648.531
30188	7/05/2023	$ 620.334	$0,00	$ 620.334
30189	7/05/2023	$ 789.516	$0,00	$ 789.516
30190	7/05/2023	$ 535.743	$0,00	$ 535.743
30191	7/05/2023	$ 620.334	$0,00	$ 620.334
30192	7/05/2023	$ 620.334	$0,00	$ 620.334
30193	7/05/2023	$ 761.319	$0,00	$ 761.319
30194	7/05/2023	$ 451.152	$0,00	$ 451.152
30195	7/05/2023	$ 620.334	$0,00	$ 620.334
30196	7/05/2023	$ 789.516	$0,00	$ 789.516
30197	7/05/2023	$ 761.319	$0,00	$ 761.319
30198	7/05/2023	$ 789.516	$0,00	$ 789.516
30199	7/05/2023	$ 535.743	$0,00	$ 535.743
30200	7/05/2023	$ 451.152	$0,00	$ 451.152
30201	7/05/2023	$ 789.516	$0,00	$ 789.516
30202	7/05/2023	$ 620.334	$0,00	$ 620.334
30203	7/05/2023	$ 620.334	$0,00	$ 620.334
30204	7/05/2023	$ 620.334	$0,00	$ 620.334
30205	7/05/2023	$ 592.137	$0,00	$ 592.137
30206	7/05/2023	$ 789.516	$0,00	$ 789.516
30207	7/05/2023	$ 789.516	$0,00	$ 789.516
30208	7/05/2023	$ 620.334	$0,00	$ 620.334
30209	7/05/2023	$ 1.429.344	$0,00	$ 1.429.344
30210	7/05/2023	$ 697.656	$0,00	$ 697.656
30211	7/05/2023	$ 646.608	$0,00	$ 646.608
30212	7/05/2023	$ 1.463.376	$0,00	$ 1.463.376
30213	7/05/2023	$ 204.192	$0,00	$ 204.192
30214	7/05/2023	$ 1.565.472	$0,00	$ 1.565.472
30215	7/05/2023	$ 1.412.328	$0,00	$ 1.412.328
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$24.371.889,00**	$0,00	**$24.371.889,00**

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 ABRIL DE 2023. FACTURACIÓN Y SOPORTES SUJETA A VERIFICACIÓN DE AUDITORIA DE CUENTAS. (SOPORTES ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO Y EN CD ADJUNTO)

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

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante el mes de ABRIL de 2023.	Si_X_ No___	Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente en medio magnético, Autorización del servicio en original, Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL ye parafiscales, expedida por el revisor fiscal.

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
0 8 MAY 2023
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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 Abril del año 2023.

DIRECCIÓN DE SANIDA
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
0 8 MAY 2023
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

VIGILADO Supersalud

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30181

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	CAMILO ANDRES GARCIA CUADROS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011110566	7 de may. de 2023 9:23:43 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 11C ESTE # 43 A - 80 SUR ALTAMIRA	6 de jun. de 2023	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3203267833		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 696776a5f5bacdf881f6cbf53fbb6237466ef5446d7595cc87e8005346284b4faa779b06ed37a4b35776093ba34d4495

Fecha validación: 7/05/2023 9:23 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938660	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	18	$26.462	0	$0	$476.316	4916786			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$476.316
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$476.316
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$476.316

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

08-05-23

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30182

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MATHIAS MENDEZ GUERRERO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020005650	7 de may. de 2023 9:27:20 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 18 N. 110 – 61 tore 1 ap 802	6 de jun. de 2023	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3195804360		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 8589710774bbaafdc3da2f59ba752d4e9a58993fdfbf8c3c883d7acdd33e5065f380bd75f35862c0bdbe5c0d0e2a448e

Fecha validación:	7/05/2023 9:27 p. m.		

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938660	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	12	$26.462	0	$0	$317.544	4916798			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$317.544
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$317.544
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$317.544

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30183

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA PAZ QUINTERO PIÑERES	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1089636091	7 de may. de 2023 9:31:32 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 24 A # 56 - 35 INT 1 APT 101 CONJUNTO PORTAL DEL SALITRE	6 de jun. de 2023	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3104627452		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 693d16f3f06469712731091554b7b6b463ae6eb75658dbab49e6bb0e5a88b883c152695d372c8f73a074d1d063cfbc34

Fecha validación: 7/05/2023 9:31 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938660	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	3	$26.462	0	$0	$79.386	4916806			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$79.386
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$79.386
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$79.386

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30184

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

				Fecha y hora de expedición
Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	AMELIA RINCON SGUERRA	7 de may. de 2023 10:00:44 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019918028	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Av Boyacá No 142 a- 55 Bicenctenario 1 Ap 204. Complejo de Policia	6 de jun. de 2023
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	6801492	
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: dab1760c78e75a0ceb4990bf659620a41b015e687dfd5cc5826712d21b8b8499e27eb15be262c33d24fb9fb9ff23b29c

Fecha validación: 7/05/2023 10:00 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938660	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	12	$26.462	0	$0	$317.544	4916810			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$317.544
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$317.544
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$317.544

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30185

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SOFIA ARIZA VILLAMIL	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011206942	7 de may. de 2023 10:03:22 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 41 a sur 50 a 17	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3924337	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 01d000d0cd78ee99c10dd346e34353eabf6890aa67be9eb289c43c90b0cd1a12aacd1b0bd3657ccc34cf9749371e78ed

Fecha validación: 7/05/2023 10:03 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	19	$28.197	0	$0	$535.743	4925654			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$535.743
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$535.743
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$535.743

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30186

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA BEJARANO PIÑEROS	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1027300517	7 de may. de 2023 10:06:46 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 50 No 165-50	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 9f3dbd381a670f4a7cdb3bc2aa8b8f718885bf7c01b4a31a8064cd9e22756316aedaecbea6ea3b694ad11b12f3e2ba09

Fecha validación: 7/05/2023 10:06 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$28.197	0	$0	$789.516	4916836			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$789.516
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$789.516
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$789.516

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30187

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JOSEPH SEBASTIAN BELTRAN NIETO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220576	7 de may. de 2023 10:08:26 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Avenida CARRERA 104 No 71 D - 29	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	5487245	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		
CUFE: a6932aeb1e56016fb7835ce3479a4f144fb4069f73bf1857260d8fb67a8ee64605717d7b0f297d900a599a6025cf4208				**Fecha validación:**	7/05/2023 10:08 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	23	$28.197	0	$0	$648.531	4916844			0.00

OBSERVACIONES
ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y UNO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$648.531
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$648.531
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$648.531

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30188

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MAGDA LORENA BETANCOURT CUCAITA	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220634	7 de may. de 2023 10:11:38 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 24 DNo 11 - 80 Apto 304 Bloque 10	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	2721827	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 7ad8a409360b39fc7f44ef1be82a2cc87fefc630b6e584ef04de850abb365d55bd2efb0fc5821ae5e94b6f924939e84b

Fecha validación: 7/05/2023 10:11 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$28.197	0	$0	$620.334	4916850			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$620.334
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$620.334
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$620.334

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30189

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANA JOHANA CALDERON PINZON	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011212102	7 de may. de 2023 10:15:28 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 140 B No 103 f - 45	6 de jun. de 2023	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103456818		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 10f14b11cb2bf604ee9f2d89a144137f86780c991dafa8494204e68a1533508cdd9a47b5b29546cd1a5d171fbdbac80e

Fecha validación: 7/05/2023 10:15 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$28.197	0	$0	$789.516	4916856			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$789.516
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$789.516
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$789.516

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30190

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

				Fecha y hora de expedición
Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JULIANA CASTILLO MEDINA	7 de may. de 2023 10:17:48 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1021400951	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diag 151 b No 136 a -50 casa 123	6 de jun. de 2023
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	9313221	
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 66190ff9d5dbda64e5dd985880310341bffc4180587b8105001a615022ae8103d8db7b76246547cd8d9872afbe79a6c6

Fecha validación: 7/05/2023 10:17 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	19	$28.197	0	$0	$535.743	4916877			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$535.743
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$535.743
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$535.743

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30191

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	PABLO ELMER CONTRERAS SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1071549408	7 de may. de 2023 10:19:03 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	DIAGONAL 15 B ·104-45	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8248099	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 9a9d57ad052a639951bba8ec1fac5ddd700a60f426d6ba22d50fb7158902d6bc9c8d462bfd8fcf020fb68aa23ac2287b	**Fecha validación:**	7/05/2023 10:19 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$28.197	0	$0	$620.334	4916888			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$620.334
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$620.334
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$620.334

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30192

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	KIMBERLY DAYANA CORDOBA VERGARA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1028840870	7 de may. de 2023 10:22:04 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213349423	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 0b237b861660937e18bf243323662f8e5b20a4f890a21e776f44624c2bf35f45fbce58c90fdeb4e83c949ddf1de468e4

Fecha validación:	7/05/2023 10:22 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$28.197	0	$0	$620.334	4925704			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$620.334
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$620.334
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$620.334

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30193

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN FORERO PEÑARANDA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011222840	7 de may. de 2023 10:24:13 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 95 A # 26 sur - 49 Bloque 4 Apt 101	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4544251	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 1865ac54ff0114dbe5ed731a02c188a3042dbbf736b0ae74d3c76435e8da415b10664e77ad5599838a9b65ecc532268a

Fecha validación:	7/05/2023 10:24 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	27	$28.197	0	$0	$761.319	4916900			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$761.319
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$761.319
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$761.319

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30194

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SAMUEL GOMEZ CAICEDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023386421	7 de may. de 2023 10:25:42 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 7 A No 3-35 Torre 20 Apt 603	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112261477	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: c23802454baae4be5e5bdbc204c28ea0ab87be98018e3a83447ccaa28a7e53fc12113199d2b535b26e47a34bf83f26ce

Fecha validación: 7/05/2023 10:25 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	16	$28.197	0	$0	$451.152	4916906			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$451.152
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$451.152
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$451.152

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30195

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL HERNANDEZ ABREO	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1025555216	7 de may. de 2023 10:27:47 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 2 b No 13-140 (El Hato)	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8235738	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 3705f4f86ad51c097422e6e228d5d100137869dc6c3d9d0bab9130bb99ff875c2b954e66a1fff5783eeab065744c9c79	**Fecha validación:**	7/05/2023 10:27 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$28.197	0	$0	$620.334	4916917			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$620.334
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$620.334
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$620.334

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30196

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	TOMAS HERRERA PEÑA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011328314	7 de may. de 2023 10:29:53 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 167 a No 16 D-42	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: f24caf75bbcf3ce706afe600a94640b4dc173a83f856e864be00010c3a65f2d722c045292c02480c2d839d41e6fcde4b	**Fecha validación:**	7/05/2023 10:29 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$28.197	0	$0	$789.516	4916920			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$789.516
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$789.516
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$789.516

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30197

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	VALENTINA JIMENEZ HERRERA	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220679	7 de may. de 2023 10:32:15 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diagonal 38B No 12-37	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	7822285	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 417d7fbdffec140a4bd56c8ea03ead071a7809710b870c4b33e309b2dc717d0b521944480be209168bde7f67fe1c082a

Fecha validación: 7/05/2023 10:32 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	27	$28.197	0	$0	$761.319	4916929			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$761.319
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$761.319
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$761.319

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

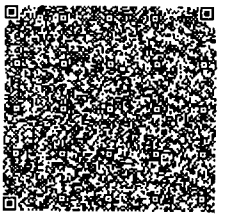
K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30198

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023



Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN LLOREDA SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023166684	7 de may. de 2023 10:33:44 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 78 No 21 b-20 Sur Int 3 apto 203	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3218162736	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 313bae2f7df092e4b36a1bf1b8122e31e3a81466d7a4aea35ed997958c1e73bfc0940a3041eeb06695c14792ef641940	**Fecha validación:**	7/05/2023 10:33 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$28.197	0	$0	$789.516	4916937			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$789.516
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$789.516
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$789.516

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30199

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA YAZMIN MUÑOZ ALEGRIA	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140931035	7 de may. de 2023 10:36:09 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 92 sur No 9-49(El Virrey)	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3203589297	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 2472fe0e670899eac38627e318784d3362903149d31e237cc272e59c134ea144fea2fd0d060eeb59500769d55d1d0b7d

Fecha validación: 7/05/2023 10:36 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	19	$28.197	0	$0	$535.743	4916941			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$535.743
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$535.743
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$535.743

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30200

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANDRES FELIPE OCAMPO GIRALDO	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1032467580	7 de may. de 2023 10:37:58 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 58d53d4800e70386d119589e0d507446b7fe86761e5d03d89bbe15c8f56e4288bbe1e53725b92cc6fcad17ce09ecd4dd	**Fecha validación:**	7/05/2023 10:37 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	16	$28.197	0	$0	$451.152	4916954			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;dlsan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$451.152
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$451.152
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$451.152

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30201

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	CAROLINA PARRA SALINAS	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1014979012	7 de may. de 2023 10:39:37 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diagonal 16b No 106 - 40 int 11 apto 301	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3058339	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 3cb2f2b9c055a2607692ec9e6a896ae54ba40b010e7d4f4fe2d1079965e4b1156ea78dae38cd7538f905358402a66584

Fecha validación: 7/05/2023 10:39 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$28.197	0	$0	$789.516	4916964			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$789.516
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$789.516
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$789.516

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30202

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL JOSUE PRIETO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031825144	7 de may. de 2023 10:41:17 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 142 c bis No 138 a -59	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	5193952	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: a12326f6ee041574a8f3139546f0b2ebb727601a516cf2b6bd74f72ce47b29dbdc4bc229fd0315552ec00e8b195763e4

Fecha validación: 7/05/2023 10:41 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$28.197	0	$0	$620.334	4916976			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$620.334
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$620.334
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$620.334

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30203

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	LUCIANA PULGARIN VEGA	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1070982066	7 de may. de 2023 10:42:36 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 137 # 85-40 Ap. 101 Torre 3 Los pinos Los NaranjSuba	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3162487434	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 80c1e75869a41eef8657c44bf1564cd5efd774911f0ec3c8afa5260677e8116afdc69d63d135ef4801367315f6eb116d

Fecha validación: 7/05/2023 10:42 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$28.197	0	$0	$620.334	4916983			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$620.334
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$620.334
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$620.334

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30204

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA ALEJANDRA PULIDO AGUILAR	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011231054	7 de may. de 2023 10:43:42 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	carrera 68 D # 24 A – 50	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3007864010	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: e2cab4981e2175781fffc9ac31db5986b211a5b94898ec374b9beca329480ee7423babc6d6ee0fa10fafb37635fae665

Fecha validación: 7/05/2023 10:43 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$28.197	0	$0	$620.334	4916991			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$620.334
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$620.334
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$620.334

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30205

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JOEL STEVEN QUIJANO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1122528010	7 de may. de 2023 10:58:48 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 78 Bis # 40-88 Sur	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209212158 y 3103859	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: c593675d93a77b7c861481e370258528ead98ee46f85bc8d18669dbfb92b90f3c4d806be2d8da8891a592ba3f08d9f31 — **Fecha validación:** 7/05/2023 10:58 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	21	$28.197	0	$0	$592.137	4916997			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$592.137
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.137
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.137

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30206

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SARA SOPHIA RIOS SALAZAR	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011208849	7 de may. de 2023 11:01:00 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 9 # 9-80	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8374431	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 0f77227d6ff9b4ddf9c3ba0dd784275037b4b54f55f123e0f75db5258c216b8bf5e0cc129311e3092e86dfffbac93a8b — **Fecha validación:** 7/05/2023 11:01 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$28.197	0	$0	$789.516	4917002			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$789.516
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$789.516
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$789.516

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30207

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SHARON DANIELA RIVERA RODRIGUEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020000583	7 de may. de 2023 11:02:16 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 98 A No 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202508599	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 49c6a691825f7ca34d8c2c7a9e49cc37617a1be85b1f6172d74cc17a56c254860879b45a599dab59b0bb33fb43adf37c

Fecha validación: 7/05/2023 11:02 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	28	$28.197	0	$0	$789.516	4917005			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$789.516
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$789.516
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$789.516

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30208

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGEL FELIPE ROMERO LIZARAZO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140930926	7 de may. de 2023 11:05:24 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 9NA A # 68 A - 10 SUR	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3132826663	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: e8df799fb6236d5b5f9e59a0bce4d97f11a9c20813bbedc3f5800715333f46bc7bdc150afd587b62cca786bd29495228

Fecha validación: 7/05/2023 11:05 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	22	$28.197	0	$0	$620.334	4917008			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$620.334
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$620.334
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$620.334

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30209

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANNY MARCELA BAUTISTA CARDENAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000255672	7 de may. de 2023 11:09:35 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 68A No 73a-32	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3177832182	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: f2712eda05b3d9a761df9cd4e07fb79ccd73e35ab6ed9b91fbd9b527967866a5dedfb3a6f19ddb0b87c005cc1383bf84

Fecha validación: 7/05/2023 11:09 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938501	/	PROGRAMA PARA MAYORES DE 17 AÑOS	84	$17.016	0	$0	$1.429.344	4916665			0.00
938501	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	84	$17.016	0	$0	$1.429.344	4916665			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039,081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$1.429.344
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.429.344
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.429.344

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30210

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA JIMENA CELY PARADA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000161808	7 de may. de 2023 11:12:28 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CRA 87 No 18-53 tor 3 apt 404	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4684700	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: f32815ca0fc140d68929568b80b01ae6faad6d68017426c826b7ee99467123412a73d5f3244a9dc6b51ea363ab30b10c

Fecha validación: 7/05/2023 11:12 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938501	/	PROGRAMA PARA MAYORES DE 17 AÑOS	41	$17.016	0	$0	$697.656	4916697			0.00
938501	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	41	$17.016	0	$0	$697.656	4916697			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$697.656
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$697.656
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$697.656

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30211

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOLAS FLOREZ MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031642513	7 de may. de 2023 11:14:14 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4652738	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: a1f2c82ca58f830d478ad08e9dab2e825167f72922520df624ff89cf57d4c586cef088335115f1f7dd2be303d0bb761f

Fecha validación: 7/05/2023 11:14 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938501	/	PROGRAMA PARA MAYORES DE 17 AÑOS	38	$17.016	0	$0	$646.608	4916711			0.00
938501	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	38	$17.016	0	$0	$646.608	4916711			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$646.608
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$646.608
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$646.608

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30212

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESSICA LORENA PINZON MENDIVELSO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019046549	7 de may. de 2023 11:18:13 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 103 B No 152 C - 64 APT 607(Turingia)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4728372	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 522b93a7ee128412f3e3bfc6cddd9481f0eee4916d28a37b8ddd085ebb25d82ed2d1585b2b28478b5f04370b1a19fa01

Fecha validación: 7/05/2023 11:18 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938501	/	PROGRAMA PARA MAYORES DE 17 AÑOS	86	$17.016	0	$0	$1.463.376	4916736			0.00
938501	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	86	$17.016	0	$0	$1.463.376	4916736			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$1.463.376
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.463.376
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.463.376

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30213

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOL JULIANA RESTREPO VELANDIA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1012338297	7 de may. de 2023 11:19:54 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 46 A N. 22 D - 28	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3102551695	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		
CUFE: e0ca99537f9e3f1e7b58f1191cbde8d29e1e83e4f6c39290bb6ccc29cdbc51c11999d6b280ee02bcec1f26a7ec01d023				**Fecha validación:**	7/05/2023 11:19 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938501	/	PROGRAMA PARA MAYORES DE 17 AÑOS	12	$17.016	0	$0	$204.192	4916745			0.00
938501	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	12	$17.016	0	$0	$204.192	4916745			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$204.192
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$204.192
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$204.192

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30214

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JORDAN MAURICIO SOLIS VARGAS	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1007372169	7 de may. de 2023 11:20:43 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 57g# 78-26 sur	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212227794	6 de jun. de 2023
		Tipo Usuario:	NA	

CUFE: 66afc3deefc92aa70d6157473fbde12bb1c6bcafed3001cb5703e2489fb3a4df4adf3bd6078e1967fbf3a10410816792

Fecha validación: 7/05/2023 11:20 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938501	/	PROGRAMA PARA MAYORES DE 17 AÑOS	92	$17.016	0	$0	$1.565.472	4916764			0.00
938501	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	92	$17.016	0	$0	$1.565.472	4916764			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$1.565.472
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.565.472
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.565.472

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. -30215

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 23214 hasta 40000 según resolución 18764032710477 del 4 de agosto de 2022 al 4 de agosto de 2023

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGELICA TORRES RIOS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220505	7 de may. de 2023 11:23:17 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 67 No 84 - 09	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4308714	6 de jun. de 2023	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 6ce3f4ba07841c04f821b28e14afaab76c0727ce44b39e392bc38c73d97e3c45f2c3d064e35e20ad8a49705b65ec387d

Fecha validación: 7/05/2023 11:23 p. m.

Convenio:	PN-RASES N° 1N°81-7-20211-22	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2023-05-07	**Fecha final:**	2023-05-07
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
938501	/	PROGRAMA PARA MAYORES DE 17 AÑOS	83	$17.016	0	$0	$1.412.328	4916777			0.00
938501	/	REHABILITACION PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	83	$17.016	0	$0	$1.412.328	4916777			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2023#$16-01-02-039;081-7-20072-21;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON CUATROCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$1.412.328
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.412.328
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.412.328

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA