Página 1 de 10	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021 833639613	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

No. 2 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2024- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 15 de febrero de 2024

Señor Mayor
YEZID GUERRERO RODRIGUEZ
Jefe (E) Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20204-23

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X__ O FINAL _____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/01/2024**	**Hasta**	**31/01/2024**

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

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2023-SN-RASES-GRUCO del 16/11/2023, el Capitán YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ, obrando en calidad de Jefe de Grupo Contratos RASES No. 1, notifico como supervisor del contrato del asunto al señor (a) Terapeuta Física del Grupo Prestador de Atención en Salud quien para la fecha asume por orden de la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, la profesional SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _mensual_
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 1**

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 16/11/2023 y el 31/12/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 000727 -MEBOG-29.25 del 12/02/2024

833639613

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20204-23
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON CEGUERA Y/O BAJA VISIÓN – DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.
Contratista	CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
Representante legal	GLADYS DE LAS MERCEDES LOPERA RESTREPO
Valor inicial del contrato	$ 30.000.000,00
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	$ 30.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	Hasta 31 de julio de 2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	16-11-2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31-07-2023
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

✓ Mediante comunicación telefónica de fecha 12/01/2024 se realiza seguimiento al proceso terapéutico de los usuarios que acuden a los diversos programas en la entidad.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
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	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna

833639613

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.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
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	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
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	SI	Ninguna
11) El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio fisico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y se anexará en la historia Clinica 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.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
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 aplicara lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna

833639613

16) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
20) Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.	SI	Ninguna
21) 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".	SI	Ninguna
22) Las demás contenidas en el articulo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna
23) 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.	SI	Ninguna
24) El contratista se compromete a: 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.	SI	Ninguna
25) El contratista se compromete a dar cumplimiento de normatividad. 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.	SI	Ninguna
26)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	SI	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter técnico:		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El Contratista deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –	SI	Ninguna

REPS para los servicios de Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia ocupacional y Psicología, 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. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.		
El contratista garantiza que desarrollará el siguiente programa: Programa de habilitación/rehabilitación funcional dirigido a personas con discapacidad sensorial visual (Ceguera y/o Baja Visión), a través de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando así estrategias eficaces que les permita modificar su estilo de vida, consiguiendo su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño. Brinda servicios de apoyo y asesoría a las familias y cuidadores mediante herramientas para su manejo en el hogar, favoreciendo la integración a su entorno. El programa debe incluir: a. Evaluación Interdisciplinaria Institucional 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, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades específicas del usuario. d. Orientación y asesoría a la familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación de la discapacidad y de empoderamiento Entrenamiento para el desarrollo de hábitos y destrezas ocupacionales del usuario, con el fin de facilitar la construcción de su nuevo proyecto de vida.	SI	Ninguna
CONDICIONES ESPECIFICAS		
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.	SI	Ninguna
2. El oferente 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 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 para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.	SI	Ninguna
3. El oferente 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.	SI	Ninguna
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del usuario, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
6. El Oferente 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	SI	Ninguna
7. 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	SI	Ninguna
8. 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	SI	Ninguna

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-075076-MEBOG

9. El Oferente deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación 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.	SI	Ninguna
10. 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.	SI	Ninguna
11. El Oferente permitirá el acceso a sus instalaciones al supervisor del contrato y sus profesionales para adelantar las labores de evaluación, control y seguimiento de condiciones locativas, recurso humano disponible y programas terapéuticos, durante la ejecución del contrato, sin previo aviso.	SI	Ninguna
12. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.	SI	Ninguna
13. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida, RETHUS 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.	SI	Ninguna
14. El oferente deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa	SI	Ninguna
15. El Oferente deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía y calidad de la atención en salud	SI	Ninguna
16. El oferente 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.	SI	Ninguna
17. El oferente 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 misma del paciente"	SI	Ninguna
18. El oferente 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	SI	Ninguna
19. El oferente deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, las novedades presentadas con los usuarios, respecto a inasistencia mensual, retiro del programa, cambios de terapeutas, ajustes en el plan de tratamiento, cambios de domicilio y situaciones especiales y de notificación obligatoria.	SI	Ninguna
20. El Oferente brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	SI	Ninguna
21. RECURSO HUMANO Personal Profesional: El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: • Un profesional en Medicina General • Un profesional en Oftalmología • Un profesional en Optometría • Un profesional en Terapia Ocupacional • Un profesional en Psicología • Un profesional en Trabajo Social Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel. Todos los profesionales presentados en la oferta deben acreditar experiencia mínima de un (1) año.	SI	Ninguna

833639613

El Oferente deberá diligenciar el Formulario de Idoneidad de todo el Recurso Humano ofrecido. Así mismo, deberá anexar las Certificaciones de experiencia de cada uno de los profesionales, el Certificado de inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) para las profesiones que aplique.		
22. INSTALACIONES: El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con las siguientes áreas: • Una (1) Área terapéutica para trabajo grupal. • Seis (6) Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual • Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas. • Un (1) baño para hombres y un (1) baño para mujeres, con adaptaciones cada uno • Las instalaciones de la institución deben contar con una rampa de acceso El Oferente DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional. NOTA: Así mismo, se verificará a través de una VISITA TÉCNICA por parte del comité evaluador. a las instalaciones de la institución prestadora del servicio de rehabilitación, la cual se realizará verificando solamente lo estipulado en el Anexo VISITA TÉCNICA del presente estudio previo.	SI	Ninguna
23. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.	SI	Ninguna
24. **DOTACIÓN:** El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con la siguiente dotación: • Mesas de trabajo y sillas • Ábaco (2) • Sistema Braille (2) • Computador con software especial para entrenamiento visual (3) • Dos (2) Ayudas Audiovisuales (Televisor, Reproductor de CD, VHS o DVD u otro), de acuerdo a las necesidades • Materiales para talleres (asesoría ocupacional). El Oferente DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional. NOTA. Esta condición se verificará por parte del Comité Técnico Evaluador del proceso de la siguiente manera: Al momento de la evaluación, se realizará una visita a las instalaciones del oferente, en la cual se verificara que se cuente con al menos una (1) unidad de los elementos solicitados; las demás cantidades de elementos requeridos serán verificados por el Supervisor del contrato una vez este sea adjudicado y el Contratista contara con un plazo de quince (15) días, a partir de la entrega de la carta de iniciación de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
25. El Oferente deberá tener documentados los programas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	Ninguna
26. El Oferente 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. El oferente deberá 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).	SI	Ninguna

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna

833639013

GS-2024-075076-MEBOG

23. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (74) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (170) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

24.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, 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 electrónica (representación gráfica) 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.

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".

833639113

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 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.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, valida por 6 meses.
- Cuadro Excel por usuario, en el cual se registra la programación y asistencia diaria de los usuarios a las diferentes sesiones terapéuticas.
- 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.

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 de la Regional, 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, 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.

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 realizarán a la siguiente cuenta:

83363961

Página 10 de 10	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

NOMBRE BENEFICIARIO: CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: AHORRO DAMAS
NUMERO DE CUENTA: 0550009000214651

4.1 Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$30.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$4.719.550,00	16%
Valor total facturado	$2.599.500,00	9%
Valor facturado pendiente de pago	$2.120.050,00	7%
Valor pagado	$2.599.500,00	9%
Valor pendiente de entrega	$25.280.450,00	84%

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. 2 del 05/02/2024	$2.120.050,00	Del 01/01/2024 al 01/31/2024	$2.120.050,00	FES 34478 a FES 34496	Pendiente	Pendiente	Pendiente

25. RECOMENDACIONES

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

26. 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 **CLAUDIA ROLÓN CAMACHO**
Terapeuta Física GUPAS UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20204-23
Correo electrónico: claudia.rolon@correo.policia.gov.co

833639113

GS-2024-075076-MEBOG

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 05 de febrero de 2024
Unidad:	REGIONAL DE SEGURAMIENTO 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.	81-7-20204-23
Constancia de recibido No.	2
Contratista:	CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
NIT del contratista:	860011298-5
Objeto del contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON CEGUERA Y/O BAJA VISIÓN – DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD DPERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Valor del contrato:	Valor inicial del contrato: $30.000.000,00 Vigencia 2023: $6.000.000,00 Vigencia 2024: $24.000.000,00 Valor total del contrato: $30.000.000,00
Plazo de ejecución:	Del 16-11-2023 al 31-07-2024
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 8 Sur No 31A-31
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/01/2024 Al: 30/01/2024

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 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	**$2.120.050**	**$2.120.050**	**$0,00**	

833639613

Página 2 de 3	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		

			REHABILITACION FUNCIONAL				

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FES 34478	01/02/2024	$ 290.000,00	$0,00	$ 290.000,00
FES 34479	01/02/2024	$ 340.700,00	$0,00	$ 340.700,00
FES 34484	01/02/2024	$ 340.700,00	$0,00	$ 340.700,00
FES 34485	01/02/2024	$ 203.000,00	$0,00	$ 203.000,00
FES 34486	01/02/2024	$ 485.700,00	$0,00	$ 485.700,00
FES 34492	01/02/2024	$ 94.500,00	$0,00	$ 94.500,00
FES 34493	01/02/2024	$ 145.200,00	$0,00	$ 145.200,00
FES 34494	01/02/2024	$ 70.250,00	$0,00	$ 70.250,00
FES 34496	02/02/2024	$ 150.000,00	$0,00	$ 150.000,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$2.120.050,00**		**$2.120.050,00**

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. SERVICIO PRESTADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024. FACTURAS Y SOPORTES SUJETOS A REVISIÓN POR PARTE DE AUDITORIA DE CUENTAS.

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, en el mes de Enero de 2024.	**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, 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 y parafiscales, expedida por el representante legal y el revisor fiscal.

SM 14 **CLAUDIA ROLON CAMACHO**
Terapeuta Fisica
Grupo Prestador de atención en Salud
Supervisora del Contrato

833639613

GS-2024-075076-MEBOG

CRAC - Rehabilitación
Visual Integral

El suscrito, REVISOR FISCAL Y REPRESENTANTE LEGAL del CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS – CRAC- Nit.No.860.011.298-5 con vista a los comprobantes y libros oficiales de contabilidad, debidamente registrados ante la DIAN.

CERTIFICA

Que el Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos – CRAC-, identificado con el Nit.No.860.011.298-5, en los términos fijados, se han pagado de manera interrumpidamente en los últimos 06 meses hasta el mes de Enero a Febrero de 2024 de planilla seguridad social y los aportes parafiscales 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, encontrándose a paz y salvo en este concepto.

Esta certificación se expide en Bogotá a los cinco (05) días del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024), de acuerdo al Artículo 50 de la Ley 789 de 2.002, modificado por el Articulo 1 de la Ley 828 de 2.003.

GERMAN TOVAR
REVISOR FISCAL
Matrícula 1501-T

GLADYS LOPERA RESTREPO
REPRESENTANTE LEGAL

Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos-CRAC
Sede Principal: Calle 8sur No. 31A-31 Teléfonos: (571) 7209046/ 7209055 Fax: 7201948
Sede Norte: Calle 127B No. 46-39 Teléfono: (571) 6266716
www.cracolombia.org

833639613

GS-2024-075076-MEBOG

8336396613

ANDALUCIA — CUNDINAMARCA

PLANILLA CONSOLIDADA MES ENERO DE 2024

#FE	Nº. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	EDAD	CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL	DX CIE 10	VALOR DE LA FACTURA
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS-CRAC	FES 34484	01/02/2024	22/01/2024	PABLO EMILIO FLOREZ	3220189	81 AÑOS	939308-TERAPIA OCUPACIONAL/ 943102 PSICOLOGIA INDIVIDUAL/ 890309-TRABAJO SOCIAL	H360 - RETINOPATIA DIABETICA	$ 340,700.00
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS-CRAC	FES 34485	01/02/2024	22/01/2024	JULIO CESAR CORTES CARDENAS	1070903514	22 AÑOS	939308-TERAPIA OCUPACIONAL	H472 - ATROFIA OPTICA	$ 205,000.00
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS-CRAC	FES 34488	01/02/2024	22/01/2024	JULIO ROBERTO GUTIERREZ DELGADO	79497389	55 AÑOS	939308-TERAPIA OCUPACIONAL/ 943102 PSICOLOGIA INDIVIDUAL/ 890309-TRABAJO SOCIAL	H368 - DISTROFIA HEREDITARIA DE	$ 486,700.00
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS-CRAC	FES 34492	01/02/2024	22/01/2024	MARIA ADELA BERMUDEZ DE PEREZ	41666567	70 AÑOS	890310 CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	H442-MIOPIA DEGENERATIVA	$ 94,600.00
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS-CRAC	FES 34493	01/02/2024	22/01/2024	MARCO TULIO REINA MORENO	1578071	88 AÑOS	890310 CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL/943102 PSICOLOGIA INDIVIDUAL/ 890309-TRABAJO SOCIAL	H353 - DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	$ 145,250.00
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS-CRAC	FES 34494	01/02/2024	22/01/2024	MARTHA LUCIA CAICEDO RIOS	51899114	56 AÑOS	890213-CONSULTA PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL/ 890209-CONSULTA PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	H201-IRIDOCICLITIS CRONICA	$ 70,250.00
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS-CRAC	FES 34496	02/02/2024	22/01/2024	HILDA CASTAÑEDA RUBIANO	51552620	65 AÑOS	950201-EVALUACION BAJA VISION	H402- GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO CERRADO	$ 150,000.00
								TOTAL	$ 2,120,050.00

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la Inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
Código del Prestador : 1100106913 Nit : 860011298
Dirección : Calle 8 Sur No. 31A - 31
Teléfono : 7209046-3106780504
Email : direccion@cracolombia.org.co
Web : www.cracolombia.org.co

CUENTA DE COBRO N°002540
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL
DEBE A
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
DEL 2024/01/22 AL 2024/01/31

N	FACTURA	PACIENTE	FECHA	ESTRATO	VALOR	COPAGO	DESCUENTO
1	FES34478	CC - 1053345365 : BRAYAN JULIAN RAMIREZ MONSALVE	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	290.000	0	0
2	FES34479	CC - 79461884 : HERMES PEREZ ARIAS	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	340.700	0	0
3	FES34484	CC - 3220168 : PABLO ADELMO FLOREZ	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	340.700	0	0
4	FES34484	CC - 3220168 : PABLO ADELMO FLOREZ	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	340.700	0	0
5	FES34485	CC - 1000603804 : JULIO CESAR CORTES CARDENAS	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	203.000	0	0
6	FES34486	CC - 79497389 : JULIO ROBERTO GUTIERREZ DELGADO	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	485.700	0	0

LA SUMA DE: **1.660.100**
EN LETRAS: **UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA MIL CIEN PESOS MCTE**

claudia.rolon

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
Código del Prestador : 1100106913 Nit : 860011298
Dirección : Calle 8 Sur No. 31A - 31
Teléfono : 7209046-3106780504
Email : direccion@cracolombia.org.co
Web : www.cracolombia.org.co

CRAC - Rehabilitación Visual Integral

CUENTA DE COBRO N°002541

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL
DEBE A
CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
DEL 2024/01/22 AL 2024/01/31

N	FACTURA	PACIENTE	FECHA	ESTRATO	VALOR	COPAGO	DESCUENTO
1	FES34492	CC - 41663537 : MARIA ADELA BERMUDEZ DE PEREZ	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	94.500	0	0
2	FES34493	CC - 157807 MARCO TULIO REINA MORENO	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	145.200	0	0
3	FES34494	CC - 51899114 : MARTHA LUCIA CAICEDO RIOS	2024/02/01	EXENTO DE PAGO	70.250	0	0
4	FES34496	CC - 51552620 : HILDA CASTA?EDA RUBIANO	2024/02/02	EXENTO DE PAGO	150.000	0	0

LA SUMA DE: **459.950**
EN LETRAS: **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE**

833639613

GS-2024-075076-MEBOG

CRAC Rehabilitación Visual Integral

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Codigo del Prestador : 1100106913 Nit: 860011298-5
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7209046 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE LA FACTURACIÓN DIAN No. 18764031054638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES5000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34478

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	Nit	: 900336524-5	Período Facturado	: Febrero 2024
Contrato	: [illegible] DIRECCION GENERAL DE SANIDAD No.1 POLICIA NACIONAL			Fecha y Hora de Generación	: 01/02/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			Fecha y Hora de Expedición	: 01/02/2024
Teléfono	: 0	Manual	: [illegible] POLICIA NACIONAL	Fecha Vencimiento	: 02/03/2024

Observación : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024

Medio De Pago: Acuerdo mutuo — Forma De Pago: Crédito — Plazo Crédito: 30 dia(s)

Datos del Paciente

Identificación	: CC 1053345365			Paciente	: BRAYAN JULIAN RAMIREZ MONSALVE
Fecha Nacimiento:	: 1995-12-10	Edad	: 28 años	Régimen	: Otro
Dirección	: CL 5 SUR 79 C 42			Teléfono	: 3204414556-3218581302
No Historia	: CC1053345365	Estudio	: 321255		

Detalles de la Factura

#	CODIGO	DETALLE DE SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	[illegible]	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
2	[illegible]	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
3	[illegible]	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/30	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
7	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/30	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
8	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/30	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
9	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/30	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/30	6769060	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00

Valor en Letras: DOSCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL:	$290,000.00
IVA:	0.00
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	0.00
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	$0.00
TOTAL:	$290,000.00

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandes Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 6d4a7ebe60bdc72dd25f3d19a9d6f7fce58783261b4b0f66352ea061d78d12d6ddffcdc0d94979e3d54a272b88cd873b

[illegible] Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture

GS-2024-075076-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7209046-3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764031054638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34479

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	**Nit**	: 900336524-5	**Período Facturado**	: Febrero 2024
Contrato	: 001-7-R2024-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL			**Fecha y Hora de Generación**	: 01/02/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			**Fecha y Hora de Expedición**	: 01/02/2024
Teléfono	: 0	**Manual**	: MANUAL POLICIA NACIONAL	**Fecha Vencimiento**	: 02/03/2024

Observación : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024

Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación	: CC - 79461884			**Paciente**	: HERMES PEREZ ARIAS
Fecha Nacimiento:	: 1968/09/23	**Edad**	: 55 años	**Régimen**	: Otro
Dirección	: CRA 72 G NO 39 F 19 SUR			**Teléfono**	: 3102795681-3107701015-5637934
No Historia	: CC79461884	**Estudio**	: 321168		

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/01/30	6769067	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/30	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
3	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/30	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/25	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/25	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/30	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
7	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
8	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
9	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/23	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
11	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/25	6769067	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
12	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	2024/01/25	6769067	1	$23,000.00	0.00	$23,000.00

Valor en Letras: TRESCIENTOS CUARENTA MIL SETECIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$340,700.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$340,700.00**

Mariela Gonzalez Cortes

RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandes Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 65ba4323acd1625c5612691dfdff68ba49af2d2a650f9e153ad1ff6aacce04df2a5680ae4c51ca4d0a2377a6e656f95

Software Zeus - NIT: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture

GS-2024-075076-MEBOG

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 Nit: 860011298-5
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: /2090463100780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE NUMERACIÓN DIAN No. 18764031054638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES[illegible]

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34484

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	Nit	: 900336524-5	Período Facturado	: Febrero 2024
Contrato	: [illegible] REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL			Fecha y Hora de Generación	: 01/02/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			Fecha y Hora de Expedición	: 01/02/2024
Teléfono	: 0	Manual	: CAS 26 POLICIA NACIONAL	Fecha Vencimiento	: 02/03/2024
Observación	: POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024				
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		Forma De Pago: Credito		Plazo Crédito: 30 día(s)	

Datos del Paciente

Identificación	: CC - 3220168			Paciente	: PABLO ADELMO FLOREZ
Fecha Nacimiento:	: 1962/11/07	Edad	: 61 años	Régimen	: Otro
Dirección	: CLL 14 BIS SUR NO 17 A 22 APTO 301 TEJARES			Teléfono	: 3204993710 - 3112783126
No Historia	: CC3220168	Estudio	: 320879		

Detalles de la Factura

#	CODIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	939232	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/01/22	6769106	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
3	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
7	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
8	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
9	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
11	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769106	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
12	890390	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	2024/01/22	6769106	1	$23,000.00	0.00	$23,000.00

Valor en Letras: TRESCIENTOS CUARENTA MIL SETECIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	$340,700.00
IVA:	0.00
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	0.00
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	$0.00
TOTAL:	$340,700.00

Maniela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art 5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandes Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta creada por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 0a100e133a758699268b77935cb01a0bb3a55272dd8fe5100a5ee719602535014ed6045836198ce3ec802f4c22bd7797

[illegible] Zeus. Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture

GS-2024-075076-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 Nit: 860011298-5
Direccion : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7209046-3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE LA NUMERACIÓN DIAN No. 18764031054638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34485

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	Nit	: 900336524-5	Periodo Facturado	: Febrero 2024
Contrato	: 681-7-02004 23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL			Fecha y Hora de Generación	: 01/02/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			Fecha y Hora de Expedición	: 01/02/2024
Teléfono	: 0	Manual	: MANUAL POLICIA NACIONAL	Fecha Vencimiento	: 02/03/2024
Observación	: POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024				
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		Forma De Pago: Crédito		Plazo Crédito: 30 día(s)	

Datos del Paciente

Identificación	: CC - 1000603804			Paciente	: JULIO CESAR CORTES CARDENAS
Fecha Nacimiento:	: 2001/03/29	Edad	: 22 años	Régimen	: Otro
Dirección	: CRA 109 A 83 50			Teléfono	: 3175275151
No Historia	: CC1000603804	Estudio	: 321754		

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/26	6769128	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/26	6769128	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
3	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/26	6769128	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/26	6769128	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/26	6769128	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769128	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
7	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769128	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00

Valor en Letras: DOSCIENTOS TRES MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL:	$203,000.00
IVA:	0.00
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	0.00
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	$0.00
TOTAL:	$203,000.00

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor, No Somos Grandes Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: f4454b5445a9ecf159cf88ddfa31604b2e5a79c6d04747bea623bfc7c12d3d0b657bfc0259d55d89276cefe1f9c928df

Factura electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

GS-2024-075076-MEBOG

CRAC Rehabilitación Visual Integral

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 Nit: 860011298-5
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7209046-3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764031054638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34486

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	Nit	: 900336524-5	Período Facturado	: Febrero 2024
Contrato	: 081-7-020204-23 - REGIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD No.1 POLICIA NACIONAL			Fecha y Hora de Generación	: 01/02/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			Fecha y Hora de Expedición	: 01/02/2024
Teléfono	: 0	Manual	: TARIFA POLICIA NACIONAL	Fecha Vencimiento	: 02/03/2024
Observación	: POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024				
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		Forma De Pago: Crédito		Plazo Crédito: 30 día(s)	

Datos del Paciente

Identificación	: CC - 79497389			Paciente	: JULIO ROBERTO GUTIERREZ DELGADO
Fecha Nacimiento:	: 1967/12/18	Edad	: 56 años	Régimen	: Otro
Dirección	: CLL 38 A NO 72 P 10 SUR			Teléfono	: 3143568623-3165315589
No Historia	: CC79497389	Estudio	: 320891		

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	948102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/01/22	6769158	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
3	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
7	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
8	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/29	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
9	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
11	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
12	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
13	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
14	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
15	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
16	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/01/22	6769158	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
17	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	2024/01/29	6769158	1	$23,000.00	0.00	$23,000.00

Valor en Letras: CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL:	$485,700.00
IVA:	0.00
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	0.00
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	$0.00
TOTAL:	$485,700.00

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandes Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Factura S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 6892e872b8999df311b1ebfb0301433df6eef2a984e4ff131b9e8debace5b52f1a210396e860526f79424eff088fbe3c

Factura Electrónica de Venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Factute

GS-2024-075076-MEBOG

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 Nit: 860011298-5
Direccion : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7203046 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACION DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764031054638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES1000000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34492

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 POLICIA NACIONAL	Nit : 900336524-5	Periodo Facturado : Febrero 2024
Contrato	: [illegible] REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 POLICIA NACIONAL		Fecha y Hora de Generación : 01/02/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis		Fecha y Hora de Expedición : 01/02/2024
Teléfono	: 0 Manual : CAPITAL POLICIA NACIONAL		Fecha Vencimiento : 02/03/2024
Observación	: POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024-		
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		Forma De Pago: Crédito	Plazo Crédito: 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación	: CC 41663537	Paciente	: MARIA ADELA BERMUDEZ DE PEREZ
Fecha Nacimiento:	: 1953/08/30 Edad : 70 años	Régimen	: Otro
Dirección	: CRA 79 F NO 26 - 25 SUR	Teléfono	: 8077657-3138771426
No Historia	: 0041663537	Estudio : 321492	

Detalles de la Factura

#	CÓDIGO	DETALLE	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	997317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/01/24	6768972	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
2	997317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/01/24	6768972	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00

Valor en Letras: NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$94,500.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$94,500.00**

Manuela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la Letra de Cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandes Contribuyentes - Somo Régimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica 8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 0aa2942390bea55b15f353391b22cfcd8239cb47d5ee60c87db8258d9e501e5e05581f686cf53817aba64ef9bfebc252

[illegible] Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture

GS-2024-075076-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 Nit: 860011298-5
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7209046 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE NUMERACIÓN DIAN No. 18764031054638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES[illegible]

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34493

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES091 - POLICIA NACIONAL	Nit	: 900336524-5	Período Facturado	: Febrero 2024
Contrato	: [illegible]			Fecha y Hora de Generación	: 01/02/2024
Dirección	: Carrera 68B No			Fecha y Hora de Expedición	: 01/02/2024
Teléfono	: 0	Manual	: [illegible] POLICIA NACIONAL	Fecha Vencimiento	: 02/03/2024
Observacion	: POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION. BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024-				
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		Forma De Pago: Crédito		Plazo Crédito: 30 dia(s)	

Datos del Paciente

Identificación	: CC 157807			Paciente	: MARCO TULIO REINA MORENO
Fecha Nacimiento:	: 1935/06/28	Edad	: 88 años	Régimen	: Otro
Dirección	: Calle 80B Sur # 7A - 79			Teléfono	: 3102540551 / 3123799227
No Historia	: CC157807	Estudio	: 321043		

Detalles de la Factura

#	CODIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/01/22	6769009	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	893115	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/01/22	6769009	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
3	893115	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/01/22	6769009	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
4	890209	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	2024/01/22	6769009	1	$23,000.00	0.00	$23,000.00

Valor en Letras: CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	$145,200.00
IVA:	0.00
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	0.00
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	$0.00
TOTAL:	$145,200.00

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas sobre títulos valores (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandes Contribuyentes - Somos Régimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Económica 8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnología S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 25c40ec27845460bb1c30df52ef72432443776c2e2664ec3720dd0e2381c1da4ab9ec7cfb358bec54a0bcc9c34daecd

Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnología S.A. Proveedor tecnológico Facture

833609613

GS-2024-075076-MEBOG

CRAC Rehabilitación Visual Integral

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 Nit: 860011298-5
Dirección : CL 8 SUR 34 A 34
Teléfono: 7209046-3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACION DE FACTURACION DIAN No 18764031094638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES10000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34494

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES.SEP - POLICIA NACIONAL	Nit	: 900336524-5	Período Facturado	: Febrero 2024
Contrato	: 189-7-2020-24-1-DIRECCION GENERAL DE SEP...	Poliza	: No 1 POLICIA NACIONAL	Fecha y Hora de Generación	: 01/02/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			Fecha y Hora de Expedición	: 01/02/2024
Teléfono	:	Manual	: SEP_AL POLICIA NACIONAL	Fecha Vencimiento	: 02/03/2024
Observación	: POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO DE BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024-				
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		Forma De Pago: Crédito		Plazo Crédito: 30 día(s)	

Datos del Paciente

Identificación	: CC 51899114			Paciente	: MARTHA LUCIA CAICEDO RIOS
Fecha Nacimiento:	: 1967-06-06	Edad	: 56 anos	Régimen	: Otro
Dirección	: CRA 16 NO. 6 -65 SUR			Teléfono	: 3224160619
No Historia	: CC51899114	Estudio	: 322094		

Detalles de la Factura

#	CÓDIGO	DETALLE DE SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	890270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA OCUPACIONAL	2024/01/29	6508891	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
2	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	2024/01/29	6508891	1	$23,000.00	0.00	$23,000.00

Valor en Letras. SETENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE

SUBTOTAL:	$70,250.00
IVA:	0.00
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	0.00
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	$0.00
TOTAL:	$70,250.00

Manuela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta le aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Gran Contribuyentes - Somo Régimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electronica de Venta en Estado Habilitado en Zeus NIT 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facturo S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 770b1f2814b0ddd64256ab4fce581f8407aa2433908003d2dfebd1d747f6a41142c2471f66570caf8cbfded1200b01d7b

833639613

GS-2024-075076-MEBOG

CRAC Rehabilitación Visual Integral

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7209046-3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764031054638 DE 2022-07-11 HASTA 2024-07-11 DEL FES1 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES34496

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	**Nit**	: 900336524-5	**Período Facturado**	: Febrero 2024
Contrato	: 037-7-020204-23 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL			**Fecha y Hora de Generación**	: 02/02/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			**Fecha y Hora de Expedición**	: 02/02/2024
Teléfono	: 0	**Manual**	: MANUAL POLICIA NACIONAL	**Fecha Vencimiento**	: 03/03/2024
Observación	: POR CONCEPTO EVALUACION DE BAJA VISION BRINDADO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2024, ASI: - CONSULTA OPTOMETRIA ESPECIALIZADA BAJA VISION.				
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		**Forma De Pago:** Crédito		**Plazo Crédito:** 30 día(s)	

Datos del Paciente

Identificación	: CC - 51552620			**Paciente**	: HILDA CASTA?EDA RUBIANO
Fecha Nacimiento:	: 1958/03/05	**Edad**	: 65 años	**Régimen**	: Otro
Dirección	: CRA 32 43-34 SUR			**Teléfono**	: 3125417048-3102881519-3115523511
No Historia	: CC51552620	**Estudio**	: 321637		

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	950201	EVALUACION DE BAJA VISION SCS	2024/01/25	6739672	1	$150,000.00	0.00	$150,000.00

Valor en Letras: CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL:	**$150,000.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$150,000.00**

Maricela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandes Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit. 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: c0446be4555f4f8d775bff2a00b8a60a8da8c04cff97038b3c0259716e0347d6fda8316b8a51fb100eecac35a417e3c

Representación Gráfica Documento Electrónico Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture 8336901613