

Página 1 de 12	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2024 ⁸⁹⁵²⁴⁷⁰⁶⁰	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

No. 7 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2024- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 15 de marzo de 2024

Señor teniente coronel

CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA

Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1

Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20153-23**TIPO DE INFORME**PERIÓDICO X O FINAL **Periodo del informe de supervisión**

Desde	01/02/2024	Hasta	29/02/2024
--------------	-------------------	--------------	-------------------

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 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-2023-360758-RASES-GRUCO del 21/07/2023, el señor (a) CT YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ, 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, CLAUDIA ROLÓN CAMACHO
- Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** mensual
- No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 6
 - Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/08/2023 y el 30/08/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 453841 -MEBOG-29.25 del 11/09/2023
 - Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/09/2023 y el 30/09/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 502058 -MEBOG-29.25 del 11/10/2023
 - Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/10/2023 y el 31/10/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 610578 -MEBOG-29.25 del 15/11/2023

Página 2 de 12	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		

4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/11/2023 y el 31/11/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 621221 -MEBOG-29.25 del 18/12/2023

5. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/12/2023 y el 31/12/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 016378 -MEBOG-29.25 del 15/01/2024

6. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/01/2024 y el 31/01/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 069134 -MEBOG-29.25 del 12/02/2024

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20153-23		
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS 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	\$ 273.021.832,00		
Valor adiciones del contrato	N/A		
Valor total del contrato	\$ 273.021.832,00		
Plazo de ejecución inicial	Hasta el 31 de marzo de 2024		
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	01-08-2023		
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31-03-2024		
Fecha inicio del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	20-12-2023		
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	31-03-2024		
Adiciones	N/A		
Modificatorios	Modificación No. 001 del 15 dic 2023 EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN: CLÁUSULA PRIMERA: Sustituir la suma de CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$45.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA de la vigencia 2023 a la vigencia 2024 del Contrato No. 81-7-20153-23, y en consecuencia modificar el ANEXO 1 "DATOS DEL CONTRATO" CLÁUSULA TERCERA -VALOR, el cual quedará de la siguiente manera: <table><tr><td>CLÁUSULA TERCERA - VALOR</td><td>EL contrato asciende a la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS/ (\$273.021.832,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA discriminados de la siguiente manera: para la vigencia 2023 CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS (\$138.021.832,00) y para la vigencia 2024 CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$ 135.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.</td></tr></table>	CLÁUSULA TERCERA - VALOR	EL contrato asciende a la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS/ (\$273.021.832,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA discriminados de la siguiente manera: para la vigencia 2023 CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS (\$138.021.832,00) y para la vigencia 2024 CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$ 135.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.
CLÁUSULA TERCERA - VALOR	EL contrato asciende a la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS/ (\$273.021.832,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA discriminados de la siguiente manera: para la vigencia 2023 CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS (\$138.021.832,00) y para la vigencia 2024 CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$ 135.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.		
Prorrogas	N/A		
Otros	N/A		

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

Se realiza seguimiento a la prestación del servicio a los usuarios mediante llamada telefónica

Página 3 de 12	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		

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
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 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
6) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario.	SI	Ninguna
7) Una vez agotado el contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto	SI	Ninguna
8) El Contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato y sus profesionales a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitará la verificación y revisión de los servicios prestados.	SI	Ninguna
9) El contratista prestará el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante la presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carné o constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario.	SI	Ninguna
10) El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y se anexará en la historia Clínica del usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
11) El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarias 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

Página 4 de 12	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 5		
INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA		
12) El contratista deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.	SI	Ninguna
13) Cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de los parafiscales se aplicara lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
14) 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
15) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse	SI	Ninguna
16) El contratista deberá guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
17) No deberá acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento al Supervisor del contrato y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias	SI	Ninguna
18) El contratista deberá mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato	SI	Ninguna
19) 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
20) 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
21) 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.	SI	Ninguna
22) 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
23) 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
24) 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 título 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

Página 5 de 12	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			
25) 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 oferente deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS para los servicios de Fonoaudiología, Fisioterapia, 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.	SI	Ninguna
<p>El Contratista garantiza que desarrollará:</p> <p>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.</p> <p>Se establece de acuerdo a la edad y al grado de severidad de la discapacidad, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). <p>El programa incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular 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. Entrenamiento prevocacional y vocacional, según su grado de autonomía <p>Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad, empoderándolos en temas relacionados con el proceso y los objetivos terapéuticos para cada uno de ellos, ajuste y apoyo emocional, pautas de crianza, educación sexual fomento de la independencia y de la autonomía, educación sexual, etc. Se deberá desarrollar un (1) taller de forma trimensual.</p>	SI	Ninguna

Página 6 de 12	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS		 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019			
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U		
Versión: 5	ÓRDENES DE COMPRA		
durante la ejecución del contrato y entregar un acta por cada actividad realizada con sus anexos fotográficos y firmas de asistencia al supervisor del contrato			
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.	SI	Ninguna	
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.	SI	Ninguna	
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.	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 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	SI	Ninguna	
5. Antes de iniciar el tratamiento, El Contratista 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. 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	
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.	SI	Ninguna	
8. El Contratista deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizarán 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	
9. El Contratista deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias y escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una asistencia efectiva a las mismas. Así mismo, asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitando que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboración y empatía.	SI	Ninguna	
10 El Contratista deberá asesorar a las familias y/o cuidador sobre los Procesos de inclusión social del usuario en actividades educativas, sociales y/o laborales acordes a su desempeño e interés, así mismo a contactarse con las entidades competentes dentro del marco de la Ley Estatutaria de Discapacidad	SI	Ninguna	
11. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación 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	
12. Al finalizar el contrato, El Contratista deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna	

Página 7 de 12	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS		 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019			
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U		
Versión: 5	ÓRDENES DE COMPRA		
13. 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		SI	Ninguna
14. 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.		SI	Ninguna
15. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.		SI	Ninguna
16. 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.		SI	Ninguna
17. El Contratista deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.		SI	Ninguna
18. El Contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.		SI	Ninguna
19. 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.		SI	Ninguna
20. 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 misma del paciente"		SI	Ninguna
21. 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.		SI	Ninguna
22. 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.		SI	Ninguna
23. 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 o Madre y del usuario que presenta la inasistencia.		SI	Ninguna
24. El Contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.		SI	Ninguna
25 RECURSO HUMANO Personal Profesional: El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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) 		SI	Ninguna

Página 8 de 12	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			
<p>Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel.</p> <p>Todos los profesionales presentados en la oferta deben acreditar experiencia mínima de un (1) año.</p> <p><u>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.</u></p>			
<p>26 INSTALACIONES:</p> <p>El Contratista deberá contar con <u>un espacio Mínimo para la prestación del servicio en las siguientes áreas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dos (2) 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. ➤ Una (1) Zona de comedor ➤ 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 <p>El Contratista DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional.</p>			
<p>27. 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.</p>			
<p>28. DOTACIÓN:</p> <p>El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar como MÍNIMO con la siguiente dotación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesas de trabajo y sillas (Para trabajo en grupo: Mesas máximo de 5 puestos con sus respectivas sillas. Para Trabajo individual: mesas con escotadura.) • Materiales lúdicos y terapéuticos (30 juguetes, 10 láminas de categorías, 2 tableros acrílicos, 5 rompecabezas, 10 pinturas, 5 encajes, 5 ensartados, 5 pelotas, 5 instrumentos musicales, 1 biblioteca) • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación del desarrollo motor • Una Batería o instrumentos de pruebas para evaluación de procesos fonológicos • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación psicológica • Una Batería o instrumentos de pruebas 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 kits materiales de terapia Miofuncional: cuchara, cepillos, sopladores, vasos de escotadura. (muestra para adquisición por padres de familia, por ser de uso personal) • Un bipedestador. • Un gimnasio: colchonetas, rampa, escalera, plano inclinado, cilindro, tabla de equilibrio, rampa rodante, espejo de pared y balones terapéuticos. • Dos (2) Ayudas Audiovisuales (Televisor, Reproductor de CD, VHS o DVD u otro) • Dos espejos de pared de cuerpo completo. • Materiales para el desarrollo de los entrenamientos prevocacional y vocacional <p>El Contratista DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional.</p>			
<p>29. El Contratista deberá tener documentados los programas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, de acuerdo a la normatividad vigente</p>			

Página 9 de 12	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS		 POLICÍA NACIONAL	
Código: 2BS-FR-0019				
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U			
Versión: 5	ÓRDENES DE COMPRA			
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.			SI	Ninguna
31. El Contratista deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. El Contratista 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
32. El Contratista deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos.			SI	Ninguna
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 de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica			SI	Ninguna

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (150) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (90) 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

Página 10 de 12	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		

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 artículo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el artículo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, válida 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 cumplimiento 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 Débito 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 auditoría, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Página 11 de 12	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		

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitarán 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 procederá 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	\$ 273.021.832,00	100%
Valor total de las entregas	\$177.284.388,00	65%
Valor total facturado	\$139.000.316,00	51%
Valor facturado pendiente de pago	\$ 28.676.203,00	11%
Valor pagado	\$139.000.316,00	51%
Valor pendiente de entrega	\$ 95.737.444,00	35%

Página 12 de 12	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		

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
07 de 11/03/2024	\$28.676.203	Del 01/02/2024 al 29/02/2024	\$28.676.203	34072 a 34118	Pendiente	Pendiente	Pendiente

1. RECOMENDACIONES

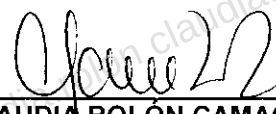
Como supervisor del contrato no se tiene recomendación a la Administración.

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	SI <u>X</u>	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.

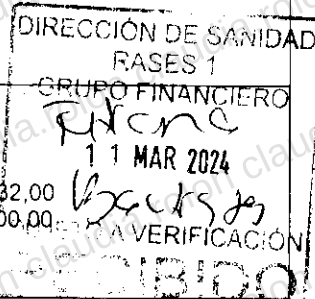
Atentamente,

Firma


SM 14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO
Terapeuta Física GUPAS UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20153-23
Correo electrónico: claudia.rolon@correo.policia.gov.co

Página 1 de 3	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021		
Versión: 3		
CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS		

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 11 de marzo de 2024																
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1																
Tipo de contrato	<table><thead><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr></thead><tbody><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></tbody></table>	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	
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.	81-7-20153-23																
Constancia de recibido No.	07																
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 DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS 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: \$ 273.021.832,00 Vigencia 2023: \$183.021.832 Vigencia 2024: \$ 90.000.000,00 Modificación No. 001 vigencia 2023: \$138.021.832,00 vigencia 2024: \$135.000.000,00 Valor total del contrato: \$ 273.021.832,00																
Plazo de ejecución:	Del 01-08-2023 al 31-03-2024																
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 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud																



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

Fecha de entrega certificada:	Del: 01/02/2024 al 29/02/2024						
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	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 DE USUARIOS CON SINDROME DE DOWN	\$ 28.676.203	\$ 28.676.203	\$0,00	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
34072	7/03/2024	\$98.100,00		\$98.100,00
34075	7/03/2024	\$ 515.025,00		\$ 515.025,00
34076	7/03/2024	\$ 515.025,00		\$ 515.025,00
34086	7/03/2024	\$ 622.320,00		\$ 622.320,00
34087	7/03/2024	\$ 622.320,00		\$ 622.320,00
34088	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34089	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34090	7/03/2024	\$ 622.320,00		\$ 622.320,00
34091	7/03/2024	\$ 700.110,00		\$ 700.110,00
34092	7/03/2024	\$ 622.320,00		\$ 622.320,00
34093	7/03/2024	\$ 466.740,00		\$ 466.740,00
34094	7/03/2024	\$ 466.740,00		\$ 466.740,00
34095	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34096	7/03/2024	\$ 311.160,00		\$ 311.160,00
34097	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34098	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34099	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34100	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34101	7/03/2024	\$ 622.320,00		\$ 622.320,00
34102	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34103	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34104	7/03/2024	\$ 777.900,00		\$ 777.900,00
34105	7/03/2024	\$ 622.320,00		\$ 622.320,00
34106	7/03/2024	\$ 751.970,00		\$ 751.970,00
34107	7/03/2024	\$ 466.740,00		\$ 466.740,00
34108	7/03/2024	\$ 622.320,00		\$ 622.320,00

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

34109	7/03/2024	\$ 777.900,00	\$ 777.900,00
34110	7/03/2024	\$ 622.320,00	\$ 622.320,00
34111	7/03/2024	\$ 518.600,00	\$ 518.600,00
34112	7/03/2024	\$ 1.881.700,00	\$ 1.881.700,00
34113	7/03/2024	\$ 1.881.700,00	\$ 1.881.700,00
34114	7/03/2024	\$ 1.693.530,00	\$ 1.693.530,00
34115	7/03/2024	\$ 508.059,00	\$ 508.059,00
34116	7/03/2024	\$ 602.144,00	\$ 602.144,00
34117	7/03/2024	\$ 1.881.700,00	\$ 1.881.700,00
34118	7/03/2024	\$ 1.881.700,00	\$ 1.881.700,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		\$28.676.203,00	\$28.676.203,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCIÓN DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. EL SERVICIO FUE PRESTADO DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2024. 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 febrero de 2024.	Si ☒ 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 y parafiscales, expedida por el revisor fiscal.


SM 14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO
Terapeuta Física
Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisora del Contrato



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**

CERTIFICA:

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 veintinueve días (29) días del mes de febrero del año 2024

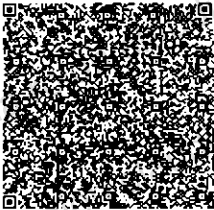
Dorly Maryuly Muñoz Mosquera
Revisor fiscal
Matrícula 72059- T
C.C. 39.653.935 de Bogotá.





CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34072

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N	Paciente:	SAMUEL MAHECHA NUÑEZ	Fecha y hora de expedición
NIT:	900336524-5	No. identificación:	1141370135	7 de mar de 2024 2:02 45 p.m
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo identificación:	Registro civil	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	calle 38 b n. 72 k - 20 sur	6 de abr de 2024
Teléfono	5804400	Teléfono:	3209242288	
		Tipo Usuario:	NA	
CUFE: 7302f15bd206cf08ee48c05401156bf2dba66609c2c72f07d3e6b04ac1f663694dcd3652d98807bc5f5d98ded07c16e3				Fecha validación: 7/03/2024 2:02 p.m

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	4	\$24.525	0	\$0	\$98.100	69928269			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$98.100
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$98.100
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$98.100

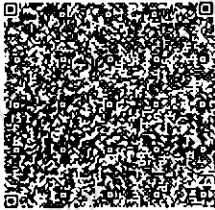
RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -34075



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

Cliente: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	Paciente: MARIA PAZ QUINTERO PINERES	Fecha y hora de expedición
NIT: 900336524-5	No. Identificación: 1089636091	7 de mar. de 2024 2 19 51 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 abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 3104627452	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: 1242783bdede1665b77a2352a191c4c0df9f2288d6e50cdc4f2a2ac4d4c01fbd2a5574c4685b5e15ebf8e21fee0a8e54		Fecha validación: 7/03/2024 2 19 p. m.

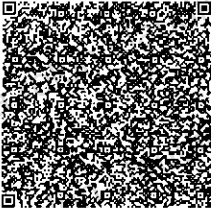
Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	21	\$24.525	0	\$0	\$515.025	6906328			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #516-01-02-039. 81-7-20153-23:disan.upb-dvr@policia.gov.co#\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS QUINCE MIL VEINTICINCO PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$515.025
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$515.025
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$515.025

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



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

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	Paciente:	DANIEL ALEJANDRO SANCHEZ MARTINEZ	Fecha y hora de expedición	
NIT:	900336524-5	No. Identificación:	1011254332	7 de mar. de 2024 2:23.00 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Registro civil	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	CARRERA 45 N #58 C 11 SUR	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3143992518		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: a311caad9efef4b23ab7827e79c34bf90c1ff6530eb09d8529ee993af22c5af8fc10dd64180c2d61264e97544a7ca7cd				Fecha validación:	7/03/2024 2:23 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	21	\$24.525	0	\$0	\$515.025	6906359			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S\$16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan upb-dvr@policia.gov.co#\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS QUINCE MIL VEINTICINCO PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$515.025
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$515.025
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$515.025

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -34086

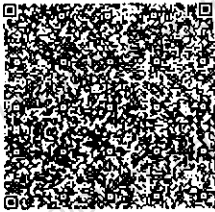
NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024



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 mar. de 2024 7:20:12 p. m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: Calle 41 a sur 50 a 17	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 3924337	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: d48b527dff1920490841ddc7c544208cffb9dccd77624a1223381e091194297ababb8b9f9f45fb008ecb494a76f2bf8		Fecha validación: 7/03/2024 7:20 p. m.

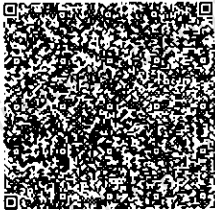
Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha Inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	\$25.930	0	\$0	\$622.320	6906433			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #16-01-02-039: 81-7-20153-23,disan upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$622.320
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$622.320
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$622.320

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar de 2024 7 22 54 p m	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Registro civil	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Carrera 50 No 165-50	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3142754675		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 1f12efcfb4a71dab328baa7691c737aabeec98b2a321bb3612ab972d0de3d8bcdfa6577726575347c8201e19aac9e552				Fecha validación:	7/03/2024 7.22 p m

Convenio: 81-7-20153-23		Estado: ACTIVA	
Fecha inicial: 2024-03-07		Fecha final: 2024-03-07	
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción	
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza: NA			

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZA CIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	\$25.930	0	\$0	\$622.320	6906466			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#516-01-02-039; 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$622.320
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$622.320
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$622.320

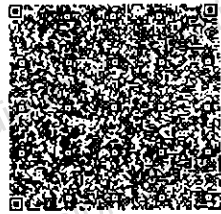
RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -34088



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7 24:57 p.m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: Avenida CARRERA 104 No. 71 D - 29	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 5487245	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: 4260b1135dd188bca930fbee739de6cec4d9b62674d79a6efa3cc4fc65c9bf2b577f02e6df7ade7c81dac478c3f02810		Fecha validación: 7/03/2024 7:24 p.m.

Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZA CIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6906511			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #16-01-02-039, 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Credito
Plazo (Días)	30		

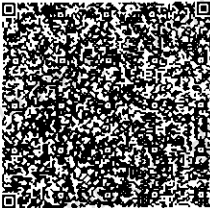
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

No. -34089

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7 26 27 p m	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Carrera 24 DNo 11 - 80 Apto 304 Bloque 10	6 de abr de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	2721827		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: f8c23259116df0e9bc9fc27af14dba5f070f223d1630ec5cba12a22155e08e4d86ff372aa3f0f6f17f2c7233b2eed734				Fecha validación:	7/03/2024 7 26 p m

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6906550			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#\$16-01-02-039. 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co#\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

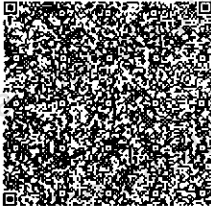
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

No. -34090

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:27:51 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 abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 3103456818	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: e9515c40a417fbefa4a926d7816769de4bb787cc5c8a5907ee0045e76f0997b7755bcfb6f9e00b6787aa1fb685ed541d		Fecha validación: 7/03/2024 7:27 p. m.

Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	\$25.930	0	\$0	\$622.320	6906667			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#516-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$622.320
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$622.320
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$622.320

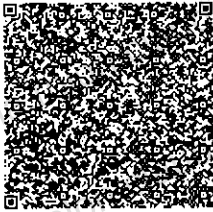
RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -34091



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

Cliente: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	Paciente: JULIANA CASTILLO MEDINA	Fecha y hora de expedición
NIT: 900336524-5	No. Identificación: 1021400951	7 de mar de 2024 7 29 59 p m
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 abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 9313221	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: 7f0433a16f59a626021a083fc0e9cc032f5a1d16d69ae94e40741128b4beec62c158586086acee8e723bce6bd7ae257c		Fecha validación: 7/03/2024 7:29 p m

Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZA CIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	27	\$25.930	0	\$0	\$700.110	6906919			0.00

OBSERVACIONES	
FEBRERO 2024 #516-01-02-039, 81-7-20153-23,disan upb-dvr@policia.gov.co#5	
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS MIL CIENTO DIEZ PESOS COLOMBIANOS	
Medio de pago	Forma de pago
Electivo	Crédito
Plazo (Días)	30

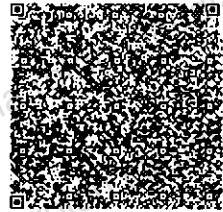
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$700.110
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$700.110
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$700.110

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34092

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar de 2024 7:32:30 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 abr de 2024	
		Tipo Usuario:	NA			
CUFE: d1b6820b6f97e7284fd6c58b9bdc3547c49e4944c2a09cda2aaab20a13f3d27db8abd95b74a17524c475a4dbe6ef07ac				Fecha validación:	7/03/2024 7:32 p.m	

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	\$25.930	0	\$0	\$622.320	6907584			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #516-01-02-039; 81-7-20153-23;disan upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

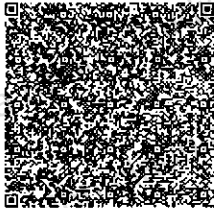
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$622.320
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$622.320
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$622.320

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

No. -34093

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:35:51 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3213349423		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: ed29f6a4e33c26f3da462010ff128d1094eb21f5d58b12f49bd9e65135f06a159cfa07c532bf017b560c52de03321d93				Fecha validación:	7/03/2024 7:35 p. m.

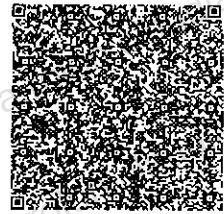
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZA CIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	18	\$25.930	0	\$0	\$466.740	6907606			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$466.740
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$466.740
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$466.740

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

No. -34094

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

Cliente: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	Paciente: JUAN SEBASTIAN FORERO PEÑARANDA	Fecha y hora de expedición: 7 de mar. de 2024 7:37:47 p. m.
NIT: 900336524-5	No. Identificación: 1011222840	Fecha vencimiento: 6 de abr. de 2024
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	
Teléfono: 5804400	Teléfono: 4544251	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: d32da12aaf2794adc1510cff6b1670a12da0d5d7f0a41e5355e4705734945c021d8d643af0aa61b1ef798c65cd79211a		Fecha validación: 7/03/2024 7:37 p. m.

Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	18	\$25.930	0	\$0	\$466.740	6907625			0.00

OBSERVACIONES

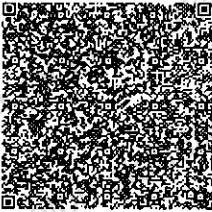
FEBRERO 2024 #16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dyn@policia.gov.co\$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$466.740
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$466.740
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$466.740

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:39:46 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Carrera 7 A No 3-35 Torre 20 Apt 603	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3112261477		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 572b4795de4d3beb0cab6cd404b516495f3f0de17f6818eeaa947073abb86ed76c0e85443a30707bfb83382e8ac4417e				Fecha validación:	7/03/2024 7:39 p. m.

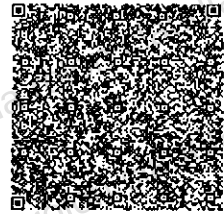
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZA CIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGIC A INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6907638			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S18-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34096

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:41:15 p. m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Registro civil	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: Carrera 2 b No. 13-140 (El Hato)	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 8235738	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: 3c9b9cdd89784113120657dbaf993ce1047a6ad853089bbe19e7cb8e99dc2d03b97423d8ebdc1a5532890afbca8e2a1b		Fecha validación: 7/03/2024 7:41 p. m.

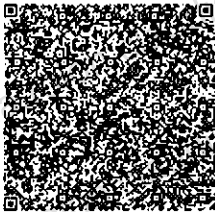
Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	12	\$25.930	0	\$0	\$311.160	6907653			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#			
VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS ONCE MIL CIENTO SESENTA PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$311.160
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$311.160
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$311.160

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

No. -34097

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:42 14 p. m	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Calle 167 a No. 16 D-42	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:			
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 3a4a31d6c401fed6ccb3c3adb890a6420bb83aaf7767b563ff5a3ad9b9557999e1b2977152219a1dd5e7077d189a				Fecha validación:	7/03/2024 7:42 p. m.

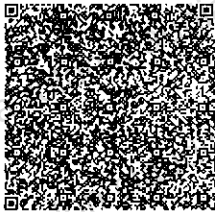
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6907676			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:44:02 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo identificación:	Cédula ciudadania	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Cra 65 bis 57-65 sur	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	7822285		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 42cf4f0ae6f226b729225efd9fe80cb061477954a8aecab0ae639fa56bc40ac0607a06941a6488e6a9a64543358a9566				Fecha validación:	7/03/2024 7:44 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6907685			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#\$16-01-02-039, 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co#\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

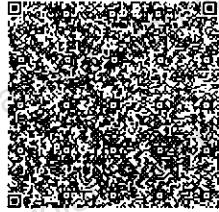
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34099

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:45:33 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Carrera 78 No 21 p-20 Sur Int 3 apto 203	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3218162736		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 83318aa76becaa78971f8451bf4358df6caa4a0e281b7d8b521ecb6623c8a17b51f5430a51f63d7a7584d790cf29a373				Fecha validación:	7/03/2024 7:45 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6907701			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #516-01-02-039; 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

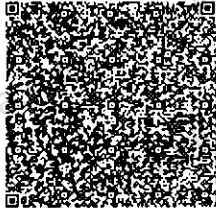
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



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

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:47:08 p.m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Registro civil	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	CALLE 18 N 110 – 61 torre 1 ap 802	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3195804360		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 1ab357bb18ca8e01facb6d276b33bcc3d9728e320da5a5c170ce14988e208d4acb675ffd041489f2eba2411443d8db92				Fecha validación:	7/03/2024 7:47 p.m.

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6905772			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039, 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

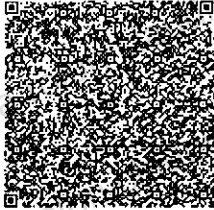
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34101

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:48.36 p. m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Registro civil	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: Calle 92 sur No 9-49(El Virrey)	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 3203589297	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: f4302b4dcad5aaf8ab7f40e8151462b569cacbd7663919e1a0504d67b5c1f38a110069fe76303449b6d07747198633bb		Fecha validación: 7/03/2024 7:48 p. m.

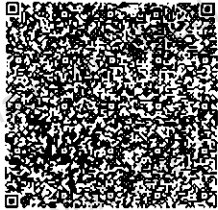
Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZA CIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGIC A INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	\$25.930	0	\$0	\$622.320	6999409			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039; 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co#\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$622.320
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$622.320
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$622.320

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

No. -34102

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la LIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar de 2024 7 50 16 p m	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogota-BOGOTA	Dirección:	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1	6 de abr de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:			
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 6c2ae3d65c63d48101d1df34d512b3b62c6798295fac0c8e51e72b851d5eb68e1d76e1b2bebb7a2bbc8b357aa550d2ba				Fecha validación:	7/03/2024 7:50 p m

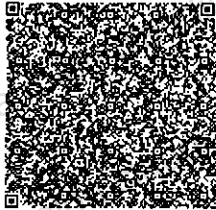
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6907732			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #16-01-02-039, 81-7-20153-23,disan upb-dvr@policia.gov.co\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



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

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 7:51:24 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Cédula ciudadanía	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Diagonal 16b No. 106 - 40 int 11 apto 301	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3058339		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: bac0f81127ea4f51b7cdcf59a53b99fe7a22315339eb11192df08cecbe9d2539016e9daf361bea8a0818dc547ffcd0				Fecha validación:	7/03/2024 7:51 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6907749			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

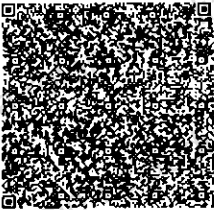
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34104

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar de 2024 7 59 11 p m	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Calle 142 c bis No 138 a -59	6 de abr de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	5193952		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 0b2ec8e9fc8f4b7e5500ecbbdebd1a9ea00db697f2995d2660a3dad9663e2c6202a682ff940716542aba2a15b63059c				Fecha validación:	7/03/2024 7.59 p. m.

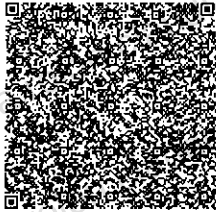
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938681	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6907788			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #516-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777.900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777.900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777.900

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34105

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 8:00:49 p. m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: Calle 137 # 85-40 Ap. 101 Torre 3 Los pinos Los Naranjos Suba	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 3162487434	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: 1f912ff7d0868618295a1859495484c772c418b27f74eab3aba5b3b1ab49ba66b9fb831e91fa1a50033dac6ee912581		Fecha validación: 7/03/2024 8:00 p. m.

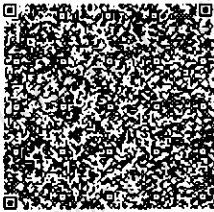
Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	\$25.930	0	\$0	\$622.320	6907802			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #516-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$622.320
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$622.320
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$622.320

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34106

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar de 2024 8:02 05 p.m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Registro civil	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogota-BOGOTA	Dirección:	carrera 68 D # 24 A - 50	6 de abr de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3007864010		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 1a140788d568c41a2a84fb33b4b8801e3d7bacc892f9a10f59ea01f46de3298b8766dfaf591b8b92c0ca5a07c294d30				Fecha validación:	7/03/2024 8:02 p.m.

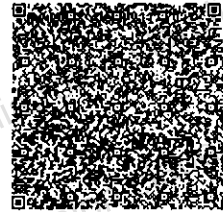
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura regimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	29	\$25.930	0	\$0	\$751.970	6907815			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #516-01-02-039, 81-7-20153-23,disan upb-dvr@policia.gov.co#5			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$751.970
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$751.970
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$751.970

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34107

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar de 2024 8 03 50 p m	
Dirección:	CARRERA 688 BIS #4458	Tipo Identificación:	Tarjeta de Identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Cra 78 Bis # 40-88 Sur	6 de abr de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3209212158 y 3103859		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 2fdf687960d5a676aaf836a6fcb70996d04533db0810d70e373f05ac000fcac3d373620812ed65ef37854286afab30f6				Fecha validación:	7/03/2024 8:03 p m

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	18	\$25.930	0	\$0	\$466.740	6907828			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039, 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

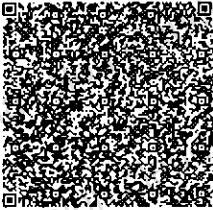
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$466.740
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$466.740
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$466.740

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

No. -34108

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 8 05 42 p. m	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	Dirección:	CALLE 9 # 9-80	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	8374431		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 7feec5b2beab6f6f98044c19da9d72a4dec583a0ac5541bf7b63585d90f7508b50351882052623495cecf35e2c8263c7				Fecha validación:	7/03/2024 8:05 p. m

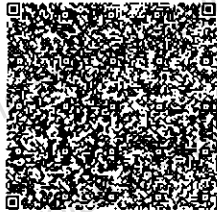
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	\$25.930	0	\$0	\$622.320	6907837			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#S16-01-02:039, 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$622.320
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$622.320
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$622.320

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

No. -34109

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N	Paciente:	SHARON DANIELA RIVERA RODRIGUEZ	Fecha y hora de expedición	
NIT:	900336524-5	No. Identificación:	1020000583	7 de mar de 2024 8 07:41 p. m	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Carrera 98 A No. 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca	6 de abr de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3202508599		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 6f7886a3c6d4906ce33cb061dde1de3bd7454b2c755351458b22931eff672635ca1d9accfa2c958af6e0f670ef512e08				Fecha validación:	7/03/2024 8 07 p m

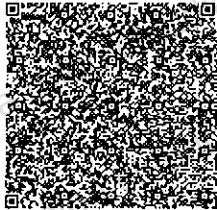
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	\$25.930	0	\$0	\$777.900	6907849			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#516-01-02-039, 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$777 900
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$777 900
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$777 900

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

No. -34110

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 8:09:32 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Registro civil	Fecha vencimiento	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	CARRERA 9NA A # 78 A - 10 SUR	6 de abr. de 2024	
Teléfono	5804400	Teléfono:	3132826663		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 80f3c0f5b06ef1b84c124bfc1fcb3f6f5b4cae852e13e5170dc6410faf2a08a361ffcca6fa839b0ee3ee4be41d8cc359				Fecha validación:	7/03/2024 8:09 p. m.

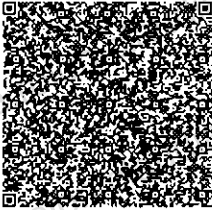
Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	\$25.930	0	\$0	\$622.320	6907864			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$622.320
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$622.320
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$622.320

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

Cliente: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	Paciente: JESUS DAVID TABARES PEREZ	Fecha y hora de expedición
NIT: 900336524-5	No. Identificación: 1019154161	7 de mar. de 2024 8 10 57 p. m
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Registro civil	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: CALLE 129 N. 105 - 59	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 3212061379	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: b5eb5b26c5176ffd24eaf7e2b76fb6d78585a1805bfeacc8dadba98245e4c3b639e5e172cd22f4ac681957b07a83a14d		Fecha validación: 7/03/2024 8 10 p. m

Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	20	\$25.930	0	\$0	\$518.600	6907875			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039: 81-7-20153-23;disan upb-dvr@policia.gov.co\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

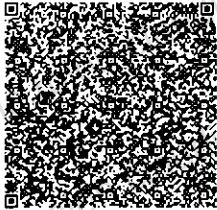
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$518.600
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$518.600
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$518.600

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

No. -34112

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926/74 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	Paciente:	DANNY MARCELA BAUTISTA CARDENAS	Fecha y hora de expedición	7 de mar. de 2024 8 12 26 p m
NIT:	900336524-5	No. Identificación:	1000255672	Fecha vencimiento	6 de abr. de 2024
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación:	Cedula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	Dirección:	Calle 68A No 73a-32		
Teléfono	5804400	Teléfono:	3177832182		
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: 6ba7852244d19f61ee2c633f7ac4f7df6bcc346fdf671c7433c7694410b426464217b7df7faeee919e7c2e32fb94007f				Fecha validación:	7/03/2024 8.12 p m

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	100	\$18.817	0	\$0	\$1.881.700	6905978			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039, 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

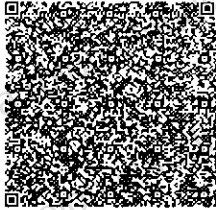
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$1.881.700
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$1.881.700
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1.881.700

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

No. -34113

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 8:14:31 p. m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Tarjeta de Identidad	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: CRA 87 No 18-53 tor 3 apt 404	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 4684700	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: 28145f25a29729c7edf65e07a797bef1c672a310cdea3fcfeabfe09bfa7298f6af0dea2eec48a78b27486c6780876eed		Fecha validación: 7/03/2024 8:14 p. m.

Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha Inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	100	\$18.817	0	\$0	\$1.881.700	6905998			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024 #S16-01-02-039- 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

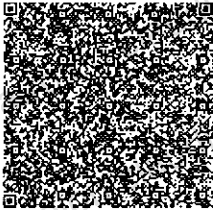
MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$1.881.700
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$1.881.700
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1.881.700

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34114

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 8:16:43 p. m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán)	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 4652738	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: be4fd2266e94dfc445ca0db4959d9a0a00aa19b8d464c898bca118d7f5910da17c1b4063885c206b99df7a159b1927a1		Fecha validación: 7/03/2024 8:16 p. m.

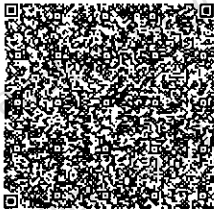
Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha Inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUD O
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGIC A INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	90	\$18.817	0	\$0	\$1.693.530	6906105			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#\$16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS TREINTA PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$1.693.530
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$1.693.530
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1.693.530

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

No. -34115

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

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 mar. de 2024 8:18:17 p. m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Tarjeta de identidad	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: CALLE 46 A N. 22 D - 28	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 3102551695	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: edc3fdce08109b8680dfd7de37ef3cfefd06cb0dfbcd84b93b6a2160ae07d2ba2095578791a4916df3c604702041222d		Fecha validación: 7/03/2024 8:18 p. m.

Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	27	\$18.817	0	\$0	\$508.059	6906140			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#S16-01-02-039, 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS OCHO MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$508.059
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$508.059
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$508.059

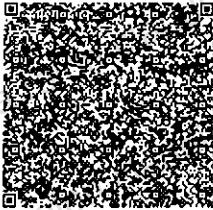
RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



CORPORACION SINDROME DE DOWN

F1 - FACTURACION
ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -34116



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

Ciliente: 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 mar. de 2024 8:19:46 p. m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Cédula ciudadanía	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: CARRERA 103 B No. 152 C - 64 APT 607(Tuningia)	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 4728372	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: 0aaf4feef70e041c01c248699676b64ce769b379bf5eed798e3c48d28f81e060d767d0355ae30c9196c64b0a411b92f6		Fecha validación: 7/03/2024 8:19 p. m.

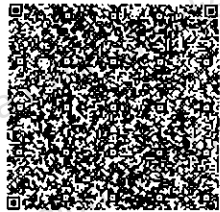
Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	L	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	32	\$18.817	0	\$0	\$602.144	6906125			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#S16-01-02-039, 81-7-20153-23,disan.upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS DOS MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Electivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$602.144
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$602.144
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$602.144

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 31604 hasta 40000 según resolución 18764052926774 del 2 de agosto de 2023 al 2 de agosto de 2024

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 mar de 2024 8:21:28 p.m.
Dirección: CARRERA 68B BIS #4458	Tipo Identificación: Cédula ciudadanía	Fecha vencimiento
Ciudad / Dpto: Bogotá-BOGOTÁ	Dirección: Calle 57g# 78-26 sur	6 de abr. de 2024
Teléfono: 5804400	Teléfono: 3212227794	
	Tipo Usuario: NA	
CUFE: c30939e78c5dc5e6c44d5cf7bfc12f4022b61d4ae555367d9d45a54bff3e41cc90dd35a7b494a19d2082e2356a7189c3		Fecha validación: 7/03/2024 8:21 p.m.

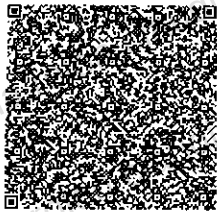
Convenio: 81-7-20153-23	Estado: ACTIVA
Fecha inicial: 2024-03-07	Fecha final: 2024-03-07
Cajero: CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios: Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:	Número contrato:
Número póliza: NA	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	100	\$18.817	0	\$0	\$1.881.700	6906183			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#S16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan upb-dvr@policia.gov.co#S			
VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$1.881.700
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$1.881.700
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1.881.700

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA



NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

No. -34118

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo
del 31604 hasta 40000 según resolución
18764052926774 del 2 de agosto de 2023
al 2 de agosto de 2024

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N	Paciente:	ANGELICA TORRES RIOS	Fecha y hora de expedición
NIT:	900336524-5	No. identificación:	1029220505	7 de mar. de 2024 8:23:03 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 abr. de 2024
		Tipo Usuario:	NA	

CUFE: de55efee2563bad9e4d4a4d67411d4458607a71973549a4f0c87735dfd323d4c6f0efe27c172ddb9b16fde7874236a3f	Fecha validación:	7/03/2024 8:23 p. m.
--	-------------------	----------------------

Convenio:	81-7-20153-23	Estado:	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-03-07	Fecha final:	2024-03-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ	Cobertura o plan beneficios:	Cobertura régimen especial o excepción
Modalidad contratación y pago:		Número contrato:	
Número póliza:	NA		

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	100	\$18.817	0	\$0	\$1.881.700	6906200			0.00

OBSERVACIONES			
FEBRERO 2024#516-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#\$			
VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS			
Medio de pago	Efectivo	Forma de pago	Crédito
Plazo (Días)	30		

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	\$1.881.700
VALOR IVA	\$0
RTE. FUENTE	\$0
RTE. I.V.A.	\$0
RTE. I.C.A.	\$0
TOTAL	\$1.881.700
ABONOS	\$0
DESCUENTOS	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1.881.700

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA