Página 1 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 952318497		

No. ___3___ REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2024- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 05 de abril de 2024

Señor teniente coronel
CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20247-23

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-2022-018878-RASES-GRUCO del 30/12/2022, el señor (a) TC CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA, obrando en calidad de jefe de RASES No. 1, notifico como supervisor del contrato del asunto al señor (a) SM 14, CLAUDIA ROLON CAMACHO, terapeuta física Grupo Prestador de atenciones en Salud UPRES Bogotá.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _mensual_
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 2**

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 20/12/2023 y el 31/12/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 069557 -MEBOG-29.25 del 12/02/2024
2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/01/2024 y el 31/01/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024-070536 -MEBOG-29.25 del 13/03/2024

952318497

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20247-23
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ Y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Contratista	FUNDACIÓN CINDA CENTRO DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
Representante legal	PAOLA MARIA DE COLLOREDO MELS PALAU
Valor inicial del contrato	$ 102.753.737,00
Valor total del contrato	$ 102.753.737,00
Plazo de ejecución inicial	Hasta el 30 de Abril 2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	20-12-2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30-04-2024
Adiciones	No aplica
Modificatorios	No aplica
Prorrogas	No aplica
Otros	No aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

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	SI	Ninguna

Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia , con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020		
5) El contratista se compromete a presentar la facturación electrónica (representación gráfica) correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco días del mes siguiente en la ventanilla Única - Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	SI	Ninguna
6) El contratista anexará a la factura, los RIPS y el informe del tratamiento realizado durante el mes al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y firma de recibido a satisfacción del padre o acudiente del paciente. Así mismo, adjuntará la relación del usuario atendido en el mes en Excel donde se relacione número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Esta última información se debe presentar en físico y medio magnético	SI	Ninguna
7) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario.	SI	Ninguna
8) Una vez agotado el contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.	SI	Ninguna
9) El Contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato y sus profesionales a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitará la verificación y revisión de los servicios prestados.	SI	Ninguna
10) El contratista prestará el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante la presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carné o constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario.	SI	Ninguna
11) El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio 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

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

12) El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato.	SI	Ninguna
13) El contratista deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.	SI	Ninguna
14) Cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de los parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
15) El contratista deberá constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UPRES Bogotá o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
16) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse	SI	Ninguna
17) El contratista deberá guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
18) No deberá acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento al Supervisor del contrato y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna
19) El contratista deberá mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
20) 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	SI	Ninguna

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.		
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 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI	Ninguna
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 Contratista deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS para los servicios de Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia ocupacional y Psicología, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna

GS-2024-188788-MEBOG

El Contratista garantiza que desarrollará el Programa de rehabilitación funcional dirigido a usuarios con discapacidad sensorial auditiva mediante actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias para conseguir su máxima autonomía, interacción y desempeño auditivo-comunicativo en sus actividades básicas cotidianas y de la vida diaria. Todas las actividades deben ir encaminadas a facilitar la construcción de su proyecto de vida. Además, brinda servicios de orientación y asesoría a los padres o cuidadores primarios mediante herramientas que permitan el manejo de sus hijos en el hogar, favoreciendo su interacción con el entorno. Se establece de acuerdo al ciclo de vida y al grado de severidad de la discapacidad, así: • **Programa 20 sesiones/mes.** Actividades terapéuticas dirigidas a usuarios incluidos en 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 deberá ser prestado en los horarios presentados en el portafolio de servicios, con una asistencia mensual no inferior a 20 sesiones /mes, incluido el servicio de alimentación (refrigerio). El programa incluye: a. Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. b. Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular c. Control audiológico de ganancia funcional semestral. d. Sesiones individuales y grupales con participación de los siguientes profesionales: Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. e. Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación de la discapacidad y de empoderamiento, mínimo dos (2) durante la ejecución del contrato. Se deberá entregar un acta por cada actividad realizada con anexos fotográficos y firmas de asistencia al ESPRI MADUA. Brinda servicios de orientación y asesoría a los padres o cuidadores primarios mediante herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad.	SI	Ninguna
CONDICIONES ESPECIFICAS		
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.	SI	Ninguna
2. El oferente realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.	SI	Ninguna
3. El oferente prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1., junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.	SI	Ninguna
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del usuario, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento	SI	Ninguna
5. Antes de iniciar el tratamiento, el Oferente deberá comunicar al grupo familiar el Plan individual de tratamiento (PIT) a realizar de acuerdo con el resultado de la valoración inicial, con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada una de las áreas terapéuticas, así como el compromiso de participación activa y permanente para el desarrollo del mismo. Además, cada una de las áreas terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado.	SI	Ninguna
6. El Oferente deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo establecido en el	SI	Ninguna

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

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		
7. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos	SI	Ninguna
8. El Oferente 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
9. El Oferente 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
10. En caso de requerirse ajustes en el programa, se concertará una sesión de estudio del caso con el equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI MADUA.	SI	Ninguna
11. El Oferente deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y se anexará en la historia Clínica de cada usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
12.Brinda servicios de orientación y asesoría a los padres o cuidadores primarios mediante herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad.	SI	Ninguna
13. Al finalizar el contrato, el Oferente deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
14. El Oferente 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
15. El Oferente 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
16. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes	SI	Ninguna
17. 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
18. El oferente deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.	SI	Ninguna
19. El Oferente deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía y calidad de la atención en salud	SI	Ninguna
20. El oferente deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato	SI	Ninguna
21. El oferente deberá responder por los costos generados por los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial al supervisor del contrato, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos. Entendido el evento adverso como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente"	SI	Ninguna
22. El oferente 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	SI	Ninguna

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

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.		
23. El oferente dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
24. El oferente 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
25. **RECURSO HUMANO** Personal Profesional: El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: • Un Profesional en Fonoaudiología • Un Profesional en Audiología • Un Profesional en Fisioterapia • Un Profesional en Terapia Ocupacional • Un profesional en Psicología • Un Profesional en Nutrición (Asesoría nutricional) Todos los profesionales presentados en la oferta deben acreditar experiencia mínima de un (1) año. *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.*	SI	Ninguna
26. INSTALACIONES: El Oferente deberá contar con un espacio Mínimo para la prestación del servicio en las siguientes áreas: 1. Dos (2) Áreas terapéuticas para trabajo grupal 2. Cuatro (4) Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual 3. Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas 4. Un (1) baño para hombres y un (1) baño para mujeres. 5. Una (1) zona de comedor El Oferente DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional	SI	Ninguna
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.	SI	Ninguna
28. **DOTACIÓN:** El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar como MÍNIMO con la siguiente dotación: • Mesas de trabajo y sillas (Para trabajo en grupo y para Trabajo individual.) • Materiales lúdicos y terapéuticos (15 juguetes, 5 láminas de categorías, 1 relojes didácticos, 1 calendarios didácticos, 3 tableros acrílicos, 5 rompecabezas, 5 pinturas, 5 plastilina terapéutica, 5 paquetes de arcilla, 5 encajes, 5 ensartados, 3 pelotas, 2 kits aros, 5 instrumentos musicales, 1biblioteca) • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación del desarrollo motor • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación psicológica • Una batería o instrumentos de pruebas de análisis de procesos fonológicos • Instrumentos de seguimiento y control de habilidades de independencia, de autonomía, de inteligencia, matemáticas, escritura y lectura (uno de cada uno)	SI	Ninguna

952318497

• Material para apoyo de desarrollo lógico matemático y manejo del dinero (dos) • Dos Juegos material para apoyo de desarrollo lógico matemático • Material con ayudas visuales para proceso de lecto-escritura (dos) • Ayudas Audiovisuales: Reproductor de CD, Televisor, VHS o DVD u otro de acuerdo a las necesidades • Un Audiómetro • Un Cámara Sonoamortiguada • Un Suvag • Dos Juegos material con ayudas visuales • Dos balones terapéuticos • Dos colchonetas • Dos Espejos, cuerpo entero El Oferente DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional.		
29. El Oferente deberá tener documentados los programas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, de acuerdo a la normatividad vigente	SI	Ninguna
30. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN El oferente deberá suministrar el servicio de alimentación a los usuarios, de acuerdo a la modalidad prestada, 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 Unidad Prestadora de salud Bogotá y Unidad Prestadora de Salud Cundinamarca.	SI	Ninguna
31. El Oferente deberá presentar el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. El oferente deberá diligenciar el formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo publicado en la sección documentos del proceso de la plataforma SECOP II).	SI	Ninguna
32. El oferente 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

Se presento dificultad para la programación de cita de valoración de un usuario por parte del contratista, debido a que los usuarios pertenecientes a este programa se encontraban en periodo de vacaciones escolares y festividades de fin de año, lo cual ocasiono la generación de reserva presupuestal.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (80) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (88) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada

GS-2024-188788-MEBOG

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

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

La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.

Presentar original de la autorización del servicio, acompañada de la orden médica que soporta la solicitud.

Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 Min Salud de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.

Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta **LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES.**
La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior a la prestación de los servicios.

La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.

El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de consentimiento informado en la modalidad no presencial o Telesalud.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 "la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.
- Autorización del servicio en original

952318427

GS-2024-188788-MEBOG

- Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, valida por 6 meses.
- Acreditación de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 114-1 del estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

La facturación deberá presentarse de forma electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, de conformidad con el instructivo No 001 SUDIR – DIRAF 70 LINEAMIENTOS PARA LA RECEPCIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA, dando cumplimientos a lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Circular Externa 016 del 09/03/2021 "por la cual se implementa el Modelo de Recepción de factura de venta, Notas Debito y/o Notas crédito".

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.
La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única - central de cuentas la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, tramitara la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.
En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS
En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.
Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

CAUSALES DE NO PAGO
La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelada por el SSPN. En cuanto a las actividades de Telesalud, el prestador las deberá desarrollar en el marco de la política nacional de seguridad del paciente, implementando las barreras de seguridad para disminuir y de ser posible eliminar la ocurrencia eventos adversos o incidentes relacionados con su uso.

El servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC DISAN (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-188788-MEBOG

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: FUNDACION CENTRO INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS (CINDA).
BANCO: BANCO FALABELLA S.A.
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 156060095177

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$ 102.753.737,00	100%
Valor total de las entregas	$ 59.613.359,15	58%
Valor total facturado	$ 31.118.892,50	30%
Valor facturado pendiente de pago	$ 28.494.466,65	28%
Valor pagado	$ 31.118.892,50	30%
Valor pendiente de entrega	$ 43.140.377,85	42%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No.3 15/03/2024	$28.494.466,65	15/03/2024	$28.494.466,65	45123 a 45184	Pendiente	Pendiente	Pendiente

5. RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	SI _X_	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____

SM 14 CLAUDIA ROLON CAMACHO
Terapeuta Física GUPAS UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20247-23
Correo electrónico: Claudia.rolon@correo.policia.gov.co

95231847

OK emitido contratista C

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

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 15 marzo 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato No.	81-7-20247-23
Constancia de recibido No.	3
Contratista:	FUNDACIÓN CINDA CENTRO DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
NIT del contratista:	800223876-4
Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORES DE SALUD 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 $ 102.753.737,00 Vigencia 2023 $ 9.000.000,00 Vigencia 2024 $ 93.753.737,00 Valor total del contrato $ 102.753.737,00
Plazo de ejecución:	Del 20-12-2023 al 30-04-2024
Fecha de vencimiento	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 35 No 17-24
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO, Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/02/2024 Al: 29/02/2024

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
05 ABR 2024
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

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 REHABILITACION FUNCIONAL	**$ 28.494.466,65**	**$ 28.494.466,65**	**$0,00**	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
45123	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45124	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45125	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45127	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45129	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45130	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45136	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45137	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45138	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45139	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45140	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45141	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45142	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45143	13/03/2024	$ 1.753.177,00		$ 1.753.177,00
45144	13/03/2024	$ 469.294,00		$ 469.294,00
45145	13/03/2024	$ 469.294,00		$ 469.294,00
45146	13/03/2024	$ 469.294,00		$ 469.294,00
45183	13/03/2024	$ 438.294,25		$ 438.294,25
45184	13/03/2024	$ 1.227.223,90		$ 1.227.223,90
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 28.494.466,65**		**$ 28.494.466,65**

952318497

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

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCION DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. SERVICIO PRESTADO DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2024, FACTURACIÓN Y SOPORTES SUJETOS A VERIFICACIÓN POR PARTE DE AUDITORIA DE CUENTAS.

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

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y VALORES DEL CONTRATO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante el mes de febrero 2024	Si_X_ No___	Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente, Autorización del servicio en original, Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL ye parafiscales, expedida por el revisor fiscal .

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

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

dn international
auditores consultores outsourcing

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA FUNDACION CINDA

Nit. 800.223.876-4

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros de contabilidad y sus documentos soporte con corte al 29 de febrero de 2024, la Fundación realizó los pagos correspondientes a los aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, tales como Entidades Promotoras de Salud, Fondos de Pensión, Riesgos Laborales, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Sena, por lo cual se encuentran a paz y salvo por estos conceptos.

La anterior certificación se expide en Bogotá, D.C., por solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de marzo de 2024

Atentamente,

DAMIANO NOCERA BARBATO
T.P. No. 8178-T
Revisor Fiscal
Delegado por DN INTERNATIONAL S.A.S
TR-2578

952318497

952318497

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800223678-4	FUNDACION CINDA		CALLE 35 No. 17-24	3196351308	administracion@fundacioncinda.org	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B - menos de 200 c			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	06/03/2024	75359421	$22.268.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010220220	NUÑEZ IBAÑEZ LAURA ÁNGELICA	1	0		N																230301	2.436.000	389.800	0	0	0	0	EPS037	2.436.000	304.500	14-25	2.436.000	3	59.400	CCF24	2.436.000	97.500	2.436.000	48.800	73.100	0	0
2	CC	1010229136	AVENDAÑO HERNANDEZ JHON EDISON	1	0		N																230301	1.848.000	295.700	0	0	0	0	EPS008	1.848.000	231.000	14-25	1.848.000	3	45.100	CCF24	1.848.000	74.000	1.848.000	37.000	55.500	0	0
3	CC	1012443835	MORALES QUIROGA JENIFER TATIANA	1	0		N																230301	2.436.000	389.800	0	0	0	0	EPS008	2.436.000	304.500	14-25	2.436.000	3	59.400	CCF24	2.436.000	97.500	2.436.000	48.800	73.100	0	0
4	CC	1013620633	GALEANO HIGUERA JENNY LIZETH	1	0		N																230301	2.820.000	451.200	0	0	0	0	EPS005	2.900.000	362.500	14-25	2.820.000	3	68.700	CCF24	2.820.000	112.800	2.820.000	56.400	84.600	0	0
5	CC	1014201654	AVILA ALVAREZ ANDY YULIETH	1	0		N																230301	1.848.000	295.700	0	0	0	0	EPS008	1.848.000	231.000	14-25	1.848.000	3	45.100	CCF24	1.848.000	74.000	1.848.000	37.000	55.500	0	0
6	CC	1014205245	SILVA CONTRERAS YULIANA KATERINA	1	0		N																230201	2.408.000	385.300	0	0	0	0	EPS001	2.408.000	301.000	14-25	2.408.000	3	58.700	CCF24	2.408.000	96.400	2.408.000	48.200	72.300	0	0
7	CC	52370918	CAMACHO MENDOZA PATRICIA	1	0		N																230301	4.013.000	642.100	0	0	0	0	EPS005	4.013.000	501.700	14-25	4.013.000	3	97.800	CCF24	4.013.000	160.600	4.013.000	80.300	120.400	0	0
8	CC	52422523	DIAZ RUIZ ANGELICA DEL PILAR	1	0		N																25-14	2.632.000	421.200	0	0	0	0	EPS005	2.632.000	329.000	14-25	2.632.000	3	64.200	CCF24	2.632.000	105.300	2.632.000	52.700	79.000	0	0
9	CC	53077053	ALARCON RODRIGUEZ NATHALY	1	0		N																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS034	1.300.000	162.500	14-25	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
10	CC	55070250	CASTRO ZAPATA TANIA MILOREQ	1	0		N																25-14	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS037	1.400.000	175.000	14-25	1.400.000	3	34.200	CCF24	1.400.000	56.000	1.400.000	28.000	42.000	0	0
11	CC	80007096	TORRES VELA FABIAN	1	0		N																25-14	1.512.000	242.000	0	0	0	0	EPS010	1.512.000	189.000	14-25	1.512.000	3	36.900	CCF24	1.512.000	60.500	1.512.000	30.200	45.400	0	0
12	CC	51976034	GARCIA ANGELO ROCIO	1	0		N																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-25	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
13	CC	20983711	GALVIS CRUZ ISABEL	1	0		N																230301	2.912.000	466.000	0	0	0	0	EPS002	2.912.000	364.000	14-25	2.912.000	3	71.000	CCF24	2.912.000	116.500	2.912.000	58.200	87.400	0	0
14	CC	39950154	BOHORQUEZ ALFONSO CONCEPCION	1	0		N																25-14	1.845.000	307.200	0	0	0	0	EPS005	1.845.000	230.600	14-25	1.845.000	3	47.400	CCF24	1.845.000	73.800	1.845.000	36.900	55.400	0	0
15	CC	51800855	CAMACHO AVILA ANA DELINA	1	0		N																230201	1.568.000	250.900	0	0	0	0	EPS017	1.568.000	196.000	14-25	1.568.000	3	38.200	CCF24	1.568.000	62.800	1.568.000	31.400	47.100	0	0
16	CC	51849352	VANEGAS GARCIA ADA CECILIA	1	0		N																25-14	4.013.000	642.100	0	0	0	0	EPS001	4.013.000	501.700	14-25	4.013.000	3	97.800	CCF24	4.013.000	160.600	4.013.000	80.300	120.400	0	0
17	CC	51905022	CARVAJALINO ANNE IRMA	1	0		N																230301	4.013.000	642.100	0	0	0	0	EPS001	4.013.000	501.700	14-25	4.013.000	3	97.800	CCF24	4.013.000	160.600	4.013.000	80.300	120.400	0	0
18	CC	52098765	GOMEZ GELVEZ LILIANA ALEXANDRA	1	0		N																230301	1.848.000	295.700	0	0	0	0	EPS008	1.848.000	231.000	14-25	1.848.000	3	45.100	CCF24	1.848.000	74.000	1.848.000	37.000	55.500	0	0
19	CC	1017140865	PALACIOS MENA ANA SURANY	1	0		N																230301	1.364.000	218.300	0	0	0	0	EPS002	1.364.000	170.500	14-25	1.364.000	3	33.300	CCF24	1.364.000	54.600	1.364.000	27.300	41.000	0	0
20	CC	1019136021	GUTIERREZ MORENO MARIA CATALINA	1	0		N																230301	2.436.000	389.800	0	0	0	0	EPS005	2.436.000	304.500	14-25	2.436.000	3	59.400	CCF24	2.436.000	97.500	2.436.000	48.800	73.100	0	0
21	CC	1020939811	BOLAÑOS CONTRERAS YESIKA SULAY	1	0		N																230301	1.848.000	295.700	0	0	0	0	EPS008	1.848.000	231.000	14-25	1.848.000	3	45.100	CCF24	1.848.000	74.000	1.848.000	37.000	55.500	0	0
22	CC	1030554859	LEON PARRA DIANA CAROLINA	1	0		N																230201	2.632.000	421.200	0	0	0	0	EPS005	2.632.000	329.000	14-25	2.632.000	3	64.200	CCF24	2.632.000	105.300	2.632.000	52.700	79.000	0	0
23	CC	1031161184	CHACON TAMAYO ADRIANA MARCELA	1	0		N																25-14	2.632.000	421.200	0	0	0	0	EPS005	2.632.000	329.000	14-25	2.632.000	3	64.200	CCF24	2.632.000	105.300	2.632.000	52.700	79.000	0	0
24	CC	1094921420	GONZALEZ VARGAS KEILA LUCIA	1	0		N																230301	2.632.000	421.200	0	0	0	0	EPS005	2.632.000	329.000	14-25	2.632.000	3	64.200	CCF24	2.632.000	105.300	2.632.000	52.700	79.000	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

GS-2024-188788-MEBOG

952318497

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800223876-4	FUNDACION CINDA	CALLE 35 No. 17-24	3198351308	administracion@fundacioncinda.org	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	06/03/2024	75359421	$22.288.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.116.900	0	0	1.116.900	24
ICBF				
1.674.700	0	0	1.674.700	24
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	6.974.600	6.974.600
Pensión	4	8.928.200	8.928.200
Riesgos Laborales	1	1.380.600	1.380.600
CCF	1	2.232.900	2.232.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	1.674.700	1.674.700
MEN	0	0	0
SENA	1	1.116.900	1.116.900
TOTALES	15	22.288.100	22.288.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

GS-2024-188788-MEBOG

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800223875-4	FUNDACION CINDA		CALLE 35 No. 17-24	3196351308	administracion@fundacioncinda.org	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B -- menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	I+S
					24	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	06/03/2024	75359421	$22.288.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	501.700	0		0		0	0	0	0	501.700	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	170.500	0		0		0	0	0	0	170.500	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.401.900	0		0		0	0	0	0	1.401.900	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	4.036.200	0		0		0	0	0	0	4.036.200	14
EPS010	EPS Sura	800088702-2	189.000	0		0		0	0	0	0	189.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	196.000	0		0		0	0	0	0	196.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	479.500	0		0		0	0	0	0	479.500	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.473.400	0	0	0	0	0	0		1.473.400	5
230301	Porvenir	800224808-6	4.897.400	0	0	0	0	0	0		4.897.400	12
231001	Colfondos	800227940-6	295.700	0	0	0	0	0	0		295.700	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.261.700	0	0	0	0	0	0		2.261.700	6

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	1.360.600				1.360.600	0	0	1.360.600			13.606	1.360.600	24

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.232.900	0	0	2.232.900	24

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

GS-2024-188788-MEBOG

GS-2024-188788-MEBOG

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	468676	Fecha Pre-Radicado	3/15/2024 11:40:12 AM
Nombre de la Entidad	"FUNDACION CENTRO DE INVESTIGACION E INFO	Vlr Ini de Cargue	$28,494,467
Cantidad de Facturas Registradas	20	Vlr Fin de Cargue	$28,494,467.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGII		

Acepto que los valores y datos registrados en los RIPS, son los mismos que se encuentran en las facturas, conforme a la normatividad vigente

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. **45123**

FECHA DE EMISION: **2024/03/13**

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
ARENAS TOVAR VICTORIA CELESTE RC 1011254921	7103182	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GARZS C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT 800.223.876-4

Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
3eb2f11ab13591f241ea82e883f46b413343e0c2c28c1223202724b97130d8ed5f73d40e1ff82fdfe6b1f9e5cb56fcfb

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. **45124**

FECHA DE EMISION: **2024/03/13**

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
ARENAS TOVAR MELISSA VALENTINA TI 1140820331	6917047	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GANTS C.
Administracion
Anexos:

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT.800.223.876-4

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
7ba7c115e30ade8c986b85432b597cd62ca3a4ea5b24f47cb738cd899423a101d86efb7f5481c3bc8ff369f28a0c6971

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45125

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
GOMEZ CASTILLO CESAR AUGUSTO TI 1117932672	6917099	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.
Administracion
Anexos:

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT.800.223.876-4

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
fefe65ffc00d8341d83558039d8b2630fd4ba47102f07f59a5e57e17c1267859a901ee137875c3f04e8f628fc48bb231

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. **45127**

FECHA DE EMISION: **2024/03/13**

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
MARTINEZ VILLAMIZAR SEBASTIAN FELIPE TI 1141122553	6917111	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT 800.223.876-4

Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

85305a75aaf20dc9e3918cd2fac73ce7ea35438924156c93adad1ea10415d8fd106c330593b09b4fdcdd47c50101f1d9

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 60000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. **45129**

FECHA DE EMISION: **2024/03/13**

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
OLARTE CABRERA ANGEL GABRIEL TI 1010762687	6917122	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.
Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
8ad1d3cee3d4d3c5a4911502b965db64d267b77040a8541f680fdf9d6f85bd74df8b8af5af77a1650671fa3d3d18ccc6

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45130

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
ORTIZ SALAS NICOLAS TI 1023411632	6917140	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

0f22caa0a7fa57315c1b85b9200e6086b513cc728fa5efe01e42cbc977e04c39df66571c55c1bf42ef5b400ded706f0b

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45136

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
RESTREPO LOPEZ ANY PAULINE TI 1016603723	6917166	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

e13e732289a0fc64d5687fd547d217534b04d783e7612d2c9f16b89169b782768d4e8eb9faf0fd92e42dfbd9e42f119d

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. **45137**

FECHA DE EMISION: **2024/03/13**

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
RIOS ROA EMANUEL TI 1013142409	6917182	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

CUFE:

0d567894b6229444da70a34ad53b99db1046931d52849d481b73a31ef7d7c7c7af43d7985a3bb45cead5fa1fe68c47b3

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45138

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
SEGURA VARGAS DYLAN ESTIC TI 1031834979	6917204	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

7626e5650385f1d76209a6f134f5ee9001b9eaa2e8a210cd2240b674d9bb66e69b7c1480aac2ea6bae541f4e921f64f5

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45139

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
TORO DIAZ SILVIA GABRIELA TI 1011214099	6917212	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.
Administracion
Anexos:

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT.800.223.876-4

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
3423ff2eb0bde8fa477b0dfaba337ed535de39cfeca8d3857a4a82de5fc2faaeb54d296b591ed2a7785ca209281df038

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45140

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
VACCA HENAO NICKOL PAOLA TI 1030601505	6917251	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GANTS C.
Administracion
Anexos:

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT 800.223.876-4

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
aece7cbe40c51f8f3527324e03f0cc9833c606dc81a9de6dd3c00abe0f2f653629fe60a8ed8782620dcf022a95216914

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45141

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
YAÑEZ VALBUENA ANTONELLA TI 1069650216	6917282	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.
Administracion
Anexos:

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT.800.223.876-4

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
a3180c493bca859905b2c3b0a385d099a6812df0214cef77093804a05d7acc38333da1786de5dfc2cad63c1df5384309

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45142

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
ZAPATA BRESLLY DAYANNA TI 1117495676	6917428	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GAVIS C.
Administracion
Anexos:

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
6388e6b0c724e581f4da8182c0d6f9de66ed8a60b3f0db31fb4efc67e1315c2dcc23a231abb17db4e32c68259d5198c4

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45143

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
RODRIGUEZ BASTOS ISABELLA SOFIA RC 1022423996	6917638	20	87.658,85	0	1.753.177

Un millón setecientos cincuenta y tres mil ciento setenta y siete Pesos M/Cte.

TOTAL 1.753.177,00

ISABEL GARCIA C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

Administracion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

9843a83592b81b1d200ed9785fae0f0167f3a37729384b6f2d9a8e5d51e246557c1aff14e03fdaa98934f1b5b511ac18

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45144

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
GONZALEZ GARZON SAMUEL FELIPE TI 1021690545	6917664	1	469.294,00	0	469.294

Cuatrocientos sesenta y nueve mil doscientos noventa y cuatro Pesos M/Cte.

TOTAL 469.294,00

ISABEL GANTS C.
Administracion
Anexos:

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT. 800.223.876-4

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
43d4034b245cec65085f6b677c9a0efdee86f7931eaed168f7eb044efeb9bd8827afdd277a7b67404da809b687ec4a6f

952318497

952318497

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45145

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
ROMERO GIRALDO ARIANNA RC 1011259629	6917735	1	469.294,00	0	469.294

Cuatrocientos sesenta y nueve mil doscientos noventa y cuatro Pesos M/Cte.

TOTAL 469.294,00

ISABEL GARCIA C.
Administracion

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
18b809b33becf9d3d00be134b7badaf72b4684c489a9cc5a7b9b3e45e0ab4fe62c31d2c129218f5ce71fa67f768b68d9

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45146

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
RINCON BONILLA SARA VALNETINA RC 1233918335	6921689	1	469.294,00	0	469.294

Cuatrocientos sesenta y nueve mil doscientos noventa y cuatro Pesos M/Cte.

TOTAL 469.294,00

ISABEL GAVIS C.
Administracion
Anexos:

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
0db588ce730ffd1c76de871bcd0b542810e1cfbf2bb98fbdbc735ba41f25f775a05c8402753c5c45448dfca7849e41d1

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053936584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45147

FECHA DE EMISION: 2024/03/13

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
RINCON BONILLA SARA VALENTINA RC 1233918335	7049007	5	87.658,85	0	438.294

Cuatrocientos treinta y ocho mil doscientos noventa y cuatro Pesos M/Cte. Con VeintiCinco Centavos.

TOTAL 438.294,25

ISABEL GARCIA C.
Administracion

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT 800.223.876-4

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

7544d274329b37c520575017603601f8cf157bf69ca29522b0acce15b17cb639c85c3b146c354c1c5a27d53250e6a072

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45183

FECHA DE EMISION: 2024/03/14

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
GONZALEZ GARZON SAMUEL FELIPE TI 1021690545	7048375	14	87.658,85	0	1.227.224

Un millón doscientos veintisiete mil doscientos veintitres Pesos M/Cte. Con Noventa Centavos.

TOTAL 1.227.223,90

ISABEL GANTS C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas NIT.800.223.876-4

Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

CUFE:
a86e2bb15115415b3e1450d513942b2f919d87c527dc9e44ca1bf481028a0d47654896 0f844446ceeb420dee005cc311

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497

GS-2024-188788-MEBOG

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764053938584 DEL 2023/08/16 RANGO DE FACTURAS No. 40001 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2024/08/16

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 45184

FECHA DE EMISION: 2024/03/14

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de febrero 2024 con cargo al contrato PN RASES No.81-7-20247-23.

Apellidos y Nombres	No. Autorizacion	CANTIDAD	Valor Unit. Sesion	Menos CoPago	Valor
ROMERO GIRALDO ARIANNA RC 1011259629	7048917	10	87.658,85	0	876.589

Ochocientos setenta y seis mil quinientos ochenta y ocho Pesos M/Cte. Con Cincuenta Centavos.

TOTAL 876.588,50

ISABEL GALVIS C.

FUNDACIÓN CINDA Centro de Investigación e Información en Deficiencias Auditivas

Administracion
Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 2881801-5104341- 5103829- 3166243334
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

757762cee555c88ab645c75e3e31b5473e6cd26b9dd59c347f270b7dbe56e039facd6e0ecc43f97954f48d0a32eada8e

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

952318497

952318497