Página 1 de 13	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		

No. 09 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

GS-2024 - 006463 REGI 1

Bogotá D, 22 de abril de 2024

Teniente Coronel
CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N. 1
CARRERA 68 B Bis No 44-58
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-7-20154-23**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/03/2024**	**Hasta**	**31/03/2024**

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

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación oficial No. GS-2023-368021-REGI1-RASES1-GRUCO 29.25 de fecha 25/07/2023 el señor capitán YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ obrando en calidad de jefe (E) grupo contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 notifica como supervisor del contrato del asunto al jefe ESPRI MASUR, a la señora Intendente ANA VIVIANA BARBOSA GARZON mediante orden interna No. 089 del 23/06/2022

Mediante modificación No. 002 del 14/11/2023 del presente contrato 81-7-20154-23 se realiza cambio de supervisor al jefe del Área de Aseguramiento en Salud No. 1, y mediante comunicación oficial No. GS-2023-594327-MEBOG7RASES1-GRUCO-29.25 de fecha 01/12/2023 el señor capitán YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ obrando en calidad de jefe (E) grupo contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 notifica como supervisor del contrato del asunto al jefe (E) del Área de Aseguramiento en Salud No. 1 al señor Capitán ISAAC AMADO CODINA GALLARDO mediante orden interna No. 188 del 1ro de diciembre 2023.

Mediante acta No. 146 – RASES – JEFAT – 2.21 de fecha 18/12/2023 el señor Capitán ISAAC AMADO CODINA GALLARDO como supervisor del contrato del asunto al jefe (E) del Área de Aseguramiento en Salud No. mediante orden interna No. 188 del 1ro de diciembre 2023, hace entrega a la señora Mayor AUDREY STELLA CASALLAS HERNÁNDEZ.

Mediante acta de entrega No. 019 mediante radicado AE-2024-000226-REGI1, la señora Mayor AUDREY STELLA CASALLAS HERNÁNDEZ como supervisor del contrato principal Nro. 81-7-20270-23 jefe del Área de Aseguramiento en Salud hace entrega a la señora Capitán MARTHA YANETH ACEVEDO GÓMEZ jefe del Área de Aseguramiento en Salud.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 8**

1. Informe de supervisión del mes JULIO 2023 periodo comprendido entre el 25/07/2023 AL 30/07/2023, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial GS-2023-448827- MEBOG
2. Informe de supervisión del mes AGOSTO 2023 periodo comprendido entre el 01/08/2023 AL 31/08/2023, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial GS-2023-455904- MEBOG.
3. Informe de supervisión del mes SEPTIEMBRE 2023 periodo comprendido entre el 01/09/2023 AL 30/09/2023, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial GS-2023-499450- MEBOG.
4. Informe de supervisión del mes OCTUBRE 2023 **periodo comprendido** entre el 01/10/2023 AL 31/10/2023, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial GS-2023-556135- MEBOG.
5. Informe de supervisión del mes NOVIEMBRE 2023 **periodo comprendido** entre el 01/11/2023 AL 30/11/2023, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial GS-2023-625108- MEBOG.
6. Informe de supervisión del mes DICIEMBRE 2023 **periodo comprendido** entre el 01/12/2023 AL 31/12/2023, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial GS-2024-000995- REGI 1.
7. Informe de supervisión del mes ENERO 2024 **periodo comprendido** entre el 01/01/2024 AL 31/01/2024, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial GS-2024-001782-REGI1.
8. Informe de supervisión del mes FEBRERO 2024 **periodo comprendido** entre el 01/02/2024 AL 29/02/2024, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial GS-2024-006369-REGI1

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contrato No.	81-7-20154-23
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRASTORNOS NEUROLÓGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1
Contratista	INSTITUTO ROOSEVELT
Representante legal	CARLOS ENRIQUE MENDOZA BUITRAGO
Valor inicial del contrato	$920.000.000.00
Valor adiciones del contrato	$0
Valor total del contrato	$920.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	OCHO (8) MESES Y SEIS (6) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	25 DE JULIO DE 2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31 DE MARZO DE 2024

Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	01 DE ABRIL DE 2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	31 DE JULIO DE 2024
Adiciones	NO APLICA
Modificatorios	**MODIFICACIÓN 001** **CLAUSULA PRIMERA:** Modificar el **ANEXO No.2 "VALOR DEL CONTRATO Y CONDICIONES TÉCNICAS"** en el sentido de incluir procedimientos quirúrgicos, el cual quedara de la siguiente manera:

ITEM	DESCRIPCION ATENCION	TARIFAY/O PORCENTAJE DE INTERMEDIACION
81	TARIFA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR EVENTO	SOAT VIGTE (SMLV) DECRETO 2423 DEL DICIEMBRE DE 1996

PARAGRAFO: Lo referente a los precios dispuestos en el item 81, no procederá para los servicios que conforme en anexo No. 2 "VALOR DEL CONTRATO Y CONDICIONES TECNICAS" que dispone los servicios mínimos textualmente incluyen evento quirúrgico.

MODIFICACIÓN No. 002 del 14 de noviembre 2023

CLAUSULA PRIMERA: Sustituir la suma de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000.00)** de la vigencia 2023 a vigencia 2024 del contrato No. 81-7-20154-23, y en consecuencia modificar la CLAUSULA TERCERA VALOR, el cual quedara de la siguiente manera:

VALOR	El contrato asciende a la suma de **NOVECIENTOS VEINTE MILLONES DE PESOS ($920.000.000.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** discriminados de la siguiente manera: para la vigencia 2023 quinientos veinte millones de pesos ($520.000.000.00) y para la vigencia 2024 **CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS ($400.000.000.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**

CLAUSULA SEGUNDA: APROPIACIÓN PRESUPUESTAL: La presente sustitución se encuentra amparada por la Certificación de Plan de Compras No. 106de fecha 25/10/2023 para la vigencia 2024, Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) QUIPU No. 447 del 25/10/2023, por un valor de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000.00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2024, expedido por la responsable de presupuesto de la regional de Aseguramiento en Salud No.1.

CLAUSULA TERCERA: Prorrogar el contrato hasta el 31 de julio de 2024, y en consecuencia modificar la **CLÁUSULA SÉPTIMA - PLAZO DE EJECUCIÓN** del contrato No. 81-7-20154-23, el cual quedara de la siguiente manera:

CLÁUSULA SÉPTIMA - PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución será hasta el **31 DE JULIO DE 2024 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO LO PRIMERO QUE OCURRA,** tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las pretensiones a que se obliga, dicho plazo iniciará a partir de la aprobación de la Garantía única y entrega de la carta de iniciación de ejecución de ejecución.

CLÁUSULA CUARTA: Modificar el **ACAPITE – SUPERVISOR DEL CONTRATO,** el cual quedara de la siguiente manera:

SUPERVISOR DE CONTRATO	La supervisión del contrato estará a cargo de la jefe del Área de Aseguramiento en Salud No.1 – Mayor AUDREY

		STELLA CASALLAS HERNANDEZ, quien haga sus veces o quien con posterioridad designe el ordenar del gasto, deberá ejercer las funciones de supervisor del contrato, cumpliendo para ello lo ordenado por el numeral 1° del artículo 26 de la Ley 80 de 1993, artículo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011, Resolución 00090 del 15 de enero de 2016, por la cual se actualiza , modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía nacional, adoptado mediante Resolución 03049 de 2014 y el instructivo No. 0024 DISAN ASJUR del 27 de marzo de 2009.
Prorrogas	NO APLICA	
Otros	NO APLICA	

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO.

1.1 Acciones adelantadas:

Seguimiento telefónico de la ejecución contractual con la entidad (Dra. Diana Peña) en acompañamiento por parte de los autorizadores de los servicios pactados DR. DANIEL FRANCISCO NARVAEZ PUENTES quienes tienen claridad de los usuarios que se remiten para la atención en salud en los servicios pactados en el contrato.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

No.	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1	Cumplir con el objeto contractual.	SI	NINGUNA
2	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
3	Responder en los plazos que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 DE LA POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá 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	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	NINGUNA
5	Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 DE LA POLICÍA NACIONAL o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	NINGUNA
6	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
7	No 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 Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
8	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con	SI	NINGUNA

	el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.		
9	El contratista deberá cumplir con la normatividad ambiental y de saneamiento básico vigente, en la cual se incluye el Decreto Ley 2811 de 1974, Ley 9 de 1979, Decreto 1594 de 1984, Decreto 351 de 2014, Resolución 1164 de 2002, las normas universales de bioseguridad, relacionadas con las obligaciones de cada persona para la conservación del ambiente, de los recursos naturales, participación activa en la prevención de la contaminación, uso racional del agua, la energía, segregación adecuada de residuos hospitalarios, y demás actividades que incluyan o relacione su actividad; además de las normas que las modifiquen, reglamenten y/o sustituyan.	SI	NINGUNA
10	Deberá aplicar las obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y los lineamientos del gobierno nacional en el tema del COVID.	SI	NINGUNA
11	Responsabilidad en cuanto a la facturación electrónica. El contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/20232 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado" obligación de facturar electronicamente para el pago de bienes y servicios contratados. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución número 000042 del 05/05/2022 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores, tecnologicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo tecnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiones en materia de Sistema de facturación.	SI	NINGUNA
12	**El CONTRATISTA** debe garantizar la sostenibilidad de los precios para evitar el incremento de los mismos durante el tiempo que dure la ejecución del contrato. Estarán a cargo del **CONTRATISTA** los costos de transporte, movilización, seguros, fletes y otros costos indirectos, que se causen con motivo de la prestación del servicio relacionado con el contrato, estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato incluyendo los impuestos.	SI	NINGUNA
13	Cumplir con las Obligaciones señaladas en la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019, Decreto 723 de 2013, Circular Unificada de 2004 de la Dirección General de Riesgos Profesionales y demás normatividad que las modifiquen o deroguen.	SI	NINGUNA
14	En el planeamiento de las actividades el **CONTRATISTA** debe observar todas las disposiciones legales sobre seguridad y ejercer un control permanente de los factores que puedan afectar la salud o la vida de los trabajadores propios del	SI	NINGUNA
15	El CONTRATISTA debe informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en el cincuenta (50%) y setenta (70%) por ciento, a fin de evitar sobre ejecución del objeto contractual. En consecuencia, el CONTRATISTA se compromete a no continuar prestando el servicio objeto del presente contrato cuando se haya ejecutado la totalidad de los recursos asignados o una vez vencido el plazo de ejecución. La ejecución del contrato por fuera del extremo contractual o sin la existencia de recursos disponibles, no será pagada por la entidad.	SI	NINGUNA
16	Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte la actividad del mismo, el CONTRATISTA debe informar por escrito al supervisor de contrato, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo, si es viable.	SI	NINGUNA
17	El Contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso, dicho reporte se debe consignar en el Anexo - formato 3SS-FR-0006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.	SI	NINGUNA

18	El contratista acatara los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI	NINGUNA
19	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
20	El OFERENTE 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	Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, le contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institución a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicidad, sustración, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserve 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 locative o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso de la labor información contenida en los Sistema de información, documentación física, archivos digitales, información de los funicionarios y contratista e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	NINGUNA
22	Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. El parte receptor correspondiente solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y esten autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera También información confidencial: a) aquellas 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 la circunstancia del caso, a fin de mantener su carácter confidencial	SI	NINGUNA
23	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 estatuitaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del Capítulo 25 título 2 de Libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 de 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. 8310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la información para la Policía Nacional.	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ITEM	CARACTERISTICAS Y CONDICIONES TECNICAS ESPECIFICAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter técnico:			
1	El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente el registro especial de prestadores de servicios de salud – REPS, en	SI	NINGUNA

	cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.2.21 del decreto 1082 del 36 de mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019.		
2	El contratista deberá contar durante la ejecución del contrato con la infraestructura, equipos y recursos necesarios en la ciudad de Bogotá	SI	NINGUNA
3	El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente la habilitación expedida por la secretaria de salud o entes departamentales para los servicios prestados.	SI	NINGUNA
4	El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener vigente la certificación de soporte de suficiencia y la capacidad instalad para prestar los servicios	SI	NINGUNA
5	El contratista durante la ejecución del contrato deberá mantener una línea de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico) que opere las 24 horas.	SI	NINGUNA
6	El contratista deberá contar con la disponibilidad de los equipos médicos que destinaran para prestación de los servicios durante la ejecución del contrato	SI	NINGUNA
7	La autorización de servicios de hospitalización y de consulta externa se harán las 24 horas del día a la Central de referencia y Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 a los números telefónicos 3505560928 y correo electrónico - disan.rases11-rc@polciia.gov.co	SI	NINGUNA
8	En caso que se requieren remisiones de pacientes, según criterio médico, el contratista notificará a Central de referencia CONTRAREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EL REQUERIMEITNO EN LOS ESTIPULADOS dando inicio a la apertura de bitácora para traslado de paciente. La remisión será notificada al correo electrónico disan.rases1-as@poicia.gov.co y verificada por medio telefónico por parte de la IPS a la Regional en Aseguramiento en salud No.1 al teléfono 3505560928	SI	NINGUNA
9	El contratista durante a ejecución del contrato deberá mantener vigente la póliza de responsabilidad civil medica profesional que ampare los riesgos en el ejercicio de la actividad profesional.	SI	NINGUNA
10	Oportunidad para la aceptación de pacientes hospitalizados: Para pacientes hospitalizados en otra entidad hospitalaria que requiera remisión, el contratista se compromete a ofrecer oportunidad en la aceptación del paciente en un plazo máximo de 12 horas	SI	NINGUNA
11	El contratista deberá presentar protocolos y guías de manejo interdisciplinarios sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.	SI	NINGUNA
12	El contratista se compromete a garantizar la oportunidad de la consulta especializada, subespecialidad, procedimientos diagnósticos y procedimientos de los diferentes servicios ofertados en un tiempo n superior a 15 días calendario	SI	NINGUNA
13	El contratista en todos los casos se compromete a garantiza el tratamiento integral, a os pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en un tiempo no superior a 45 días calendario.	SI	NINGUNA
14	El contratista se compromete a realizar el inicio del tratamiento una vez asignada la cita de la siguiente manera: • Para consulta externa máximo 15 días. • Para tratamiento convencional máximo 8 días	SI	NINGUNA
15	El contratista se compromete a los auditores médicos, el acceso la información relacionada en el caso de salud del paciente y la prestación de los servicios en salud, así mismo permitir el acceso a todos los demás documentos que requiera de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual , mediante valoraciones a la institución, previo envió de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrolladas	SI	NINGUNA
16	TARIFA MEDICAMENTOS: La Regional de Aseguramiento en salud No.1, pagará al contratista por concepto de medicamentos suministrados a los usuarios de la siguiente manera: Si el contratista ofrece los servicios con tarifas institucionales no se pactará intermediación para el	SI	NINGUNA

	pago de los mismos; si se hace por factura de compra o manual tarifario de institución reconocida el porcentaje de intermediación no podrá ser superior al 10%		
17	El contratista deberá asignar un coordinador parala recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No., en horario de atención de 7:00 am. A 7:00 pm. De lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.	SI	NINGUNA
18	El contratista se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información descargable e individualizada por paciente del 100% de los servicios recibido, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 y Resolución 611 del 2022 Ministerio de Protección Social que define los RIPS	SI	NINGUNA
19	En caso de requerir un procedimiento y/o insumo que no se encuentre relacionado en la presente adjudicación aclarando que son casos excepcionales, deben ser plenamente justificados y aprobados por el responsable del servicio de la especialidad pertinente y el supervisor del contrato, los cuales realizaran el estudio de mercado con mínimo dos cotizaciones o carta de exclusividad donde se tomara el menor valor cotizado y esta factura estará a verificación por parte del grupo de auditoria de cuentas. Para pacientes hospitalizados podrá autorizar el procedimiento con una cotización teniendo en cuenta que el procedimientos e requiera realizar de forma prioritaria para evitar poner en riesgo la vida del paciente.	SI	NINGUNA
20	El contratista deberá garantizar la prestación del servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en salud No.1 mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así los amerite.	SI	NINGUNA
21	Prestar los servicios contratados garantizado que estos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, Decreto 780 del 2016, Resolución 1043 del 2006 y demás normas que los modifiquen, complementes o adicionen, dentro del marco del mejoramiento continuo.	SI	NINGUNA
22	Cumplir con las exigencias legales y éticas con el manejo de la historia clínica de los pacientes contenida en la Ley 23 del 18 de febrero de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica en su artículo 34, 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 el tercero previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.	SI	NINGUNA
23	El contratista prestara el servicio después de verificar la autorización expedida por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en salud No.1, la orden médica, el documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de salud de la Policía nacional presentados por el usuario.	SI	NINGUNA
24	Abstenerse de emitir incapacidades formuladas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.	SI	NINGUNA
25	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.	SI	NINGUNA
26	Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la profesión medica	SI	NINGUNA
27	Informar a LA Regional De Aseguramiento en salud No.1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.	SI	NINGUNA
28	Cumplir con el Subsistema único de Habilitaciones sistema obligatorio de Garantía de Calidad, y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto del orden Nacional como Territorial	SI	NINGUNA
29	El contratista se compromete a implementar sus propios programas para	SI	NINGUNA

	el cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud y de sus componentes a saber a) sistema de habilitación, b) la auditoria para le mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud. C) el sistema de información para la calidad según lo dispone el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo sustituyan, modifiquen o adiciones. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgo y de calidad, según los lineamiento dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquello pacientes que hayan sido o esten siendo atendido, en cumplimiento de los dispuesto en el Decreto 780 de 2016y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen, d) El contratista se compromete a entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, de acuerdo a los estipulado en la ley, para dar cumplimiento a la circular 030 de 2006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicione, aclaren o complementen.		
30	El contratista se compromete a designar un coordinador del contrato como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del mismo. Para este ejercicio de su función deberá disponer de los medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información, que permito atender los requerimientos, tales como informes, reuniones, concetos entre otros.	SI	NINGUNA
31	El contratista se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
32	El contratista se compromete a informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado el 50% y el 70% del presupuesto del contrato	SI	NINGUNA
33	Una vez agostado el presupuesto del 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	SI	NINGUNA
34	De requerirse el contratista debe estregar las imágenes en CD, de manera impresa o en portal de resultados web, indicado los datos personales del paciente, nombre y fecha del estudio realizado, sin costo adicional para la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 DE LA POLICÍA NACIONAL	SI	NINGUNA
35	El contratista deberá contar con las guías de práctica clínica y/o protocolos en la evidencia cientifica parala atención de las patologías o condiciones que atienden con mayor frecuencia, así como los estudios que se realizan, de acuerdo con lo establecido en la revolución 3100 del 25/11/2019, las cuales serán objeto de verificación por la parte de la supervisión y disponibles para los especialistas de la Dirección e sanidad de la Policía Nacional	SI	NINGUNA
36	El contratista dará estricto cumplimiento con lo establecido dentro de la Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud "Por la cual se establecen normas para le manejo de la historia clínica.	SI	NINGUNA
37	El contratista se compromete durante la ejercicio del contrato que se llegare a suscribir a la entrega de todos los elementos de protección personal y de bioseguridad de todo el personal a su cargo, debiendo entregar entre otros, de conformidad por los lineamientos señalados por le Ministerio de Protección Social y Secretaria Distrital de Salud, durante el tiempo de estas lo establezcan y con posterioridad a la pandemia, en atención a la situación de la salud actual decretada por la organización mundial de la salud. Nota Para el efecto, el contratista deberá llevar control de la entrega realizada a través de planilla (donde conste la entrega de los elementos de promoción personal, indicando fechas, hora, nombres, ámbito de actividades y firmas de los profesionales) la cuales era objeto de verificación por le supervisión, durante la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA

38	El contratista, garantiza que no encuentre incluido en el registro único de infractores ambientales – RUIA, de acuerdo con lo previsto en la Resolución 415 de 2010 expedida por el Ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial, donde no deberá estar incluido.	SI	NINGUNA
39	El contratista deberá atender a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de salud de a Policía Nacional adscritos a la Regional de Aseguramiento en Salud NO.1 conforme a lo establecido por la Dirección de Sanidad en el modelo de atención en prestación de servicios en salud	SI	NINGUNA
40	El contratista deberá Contac con las rutas integrante de atención en salud obligatorias y aquellas priorizadas por la entidad responsable de pago y sus lineamientos técnicos y operativos, según el objeto contractual.	SI	NINGUNA
41	El contratista deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado n Excel de los CUPS contratados con respectivo valor en pesos	SI	NINGUNA
42	El contratista deberá enviar mensual al supervisor del contrato 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

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (245) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (120) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN; FORMA DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 pagará el valor del contrato que resulte del presente del presente proceso a favor del contratista a en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la presentación delos servicios y todos estadísticos mencionados en el presente estudio previo dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la presentación de la factura comercial 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 electrónica (representación gráfica) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el numero de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmadas 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 copiade 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 activad y recibido 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 expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliado en forma consecutiva en la parte superior de cada hoja, lapicero negro para evitar perdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso inconsistencias.

Presentar original de la autorización del servicio, acompañado de la orden medica que soporta la solicitud.

Información prestaciones de servicios de salud – RIPS EL RIPS debe cumplir con los 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 (5) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizaría hasta los 69 días hábiles siguientes.

La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (39) días calendario posterior a la presentación del servicio.

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

El contratista dará tramite a la factura que no presenten objeciones.

RESPONSABILIDAD EN CUANTO A LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

El contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2022" Lineamientos para pago a los proveedores del estado" obligación de facturas electronicamente para el pago de bienes y servicios contratados.

Del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Numero 000042 de 05/05/2022 "Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnologicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide tecnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia del sistema de facturación", documentos requeridos.

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente o paciente.
- Autorización del servicio en original
- Orden medica
- Acreditación de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

PARÁGRAFO 1 AUDITORIA DE CUENTAS.

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

PARÁGRAFO 2 OBJECIONES Y GLOSAS

En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hables para indicar acepción o justificación de la aceptación.

Dentro de los diez (10) día siguiente a la recepción de la respuesta de la glosa la auditoria cuenta decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja definitiva, en caso tal de reiterarse la glosa se proceda citar

para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días habilites da la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoria Medica 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" correo por cuenta del prestador, no será cancelada por el SSPN.

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

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

NOMBRE BENEFICIARIO: INSTITUTO ROOSEVELT
BANCO: BANCO POPULAR
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 110-040-040-107

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$920.000.000.00	100%
Valor total de las entregas	$40.397.429.00	4%
Valor total facturado	$579.292.310.00	63%
Valor facturado pendiente de pago	$340.707.690.00	37%
Valor pagado	$579.292.310.00	63%
Valor pendiente de entrega	$300.310.261.00	33%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No. 12 del 11/03/2024	$40.397.429	01/02/2024 AL 29/02/2024	$40.397.429	2730856-2730861-2730934-2733050-2733111-2733317-2733362-2735829-2735885-2736030-2736046-2736312-2739125-2739129-2742428-2742467-2742867-2732923-2735501-2735520-2735525-2738032-2740409-2740422-	Pendiente	Pendiente	Pendiente

5. RECOMENDACIONES

Hacer seguimiento constante y permanente a la atención de los usuarios y a la ejecución presupuestal del mismo.

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_____

Capitán MARTHA YANETH ACEVEDO GOMEZ
Jefe del Área en Aseguramiento en Salud No.1
Supervisor Contrato No. 81-7-20154-23
Correo electrónico: martha.acevedo6958@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3023587247

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 11 de marzo 2024
Unidad:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.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.	PN RASES No. 81-7-20154-23
Constancia de recibido No.	12
Contratista:	INSTITUTO ROOSEVELT
NIT del contratista:	NIT: 860013874-7
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRASTORNOS NEUROLÓGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1
Valor del contrato	**Valor Total:** $920.000.000.00 **Sustitución:** $200.000.000.00 **Vigencia 2023**: $520.000.000.00 **Vigencia 2024:** $400.000.000.00
Plazo de ejecución:	**Fecha Inicio:** 25/07/2023 AL 31/03/2024 **Modificación No: 002** 31/07/2024
Lugar de ejecución y/o entrega	CRA 4 ESTE AV CIRCUNVALAR No.17 -50
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO__X	N/A
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Capitán **MARTHA YANETH ACEVEDO GOMEZ** Jefe (E) del Área en Aseguramiento en Salud No.1
Fecha de entrega certificada:	**DEL 1/02/2024 al 29/02/2024**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
11 MAR 2024
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	RASES No.1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRASTORNOS NEUROLÓGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1	**$ 40.397.429**	**$40.397.429**	-	$
Acta de recepción de bienes	**NO APLICA**						

No. factura	Fecha factura	Fecha de Atención	Nombre del Usuario	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
2730856	1/02/2024	1/02/2024	CLOTILDE DAVILA DE GOMEZ	$ 85.500	0	$ 85.500
2730861	1/02/2024	1/02/2024	MARIA DEL CARMEN MUÑOZ DE BELTRAN	$ 85.500	0	$ 85.500
2730877	1/02/2024	1/02/2024	GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO	$ 85.500	0	$ 85.500
2730934	1/02/2024	1/02/2024	FRANCINELLY TORO BEDOYA	$ 85.500	0	$ 85.500
2733050	8/02/2024	8/02/2024	ALVARO ESPINOSA	$ 85.500	0	$ 85.500
2733111	8/02/2024	8/02/2024	ROBINSON HERNAN CANO MALAVER	$ 85.500	0	$ 85.500
2733317	8/02/2024	8/02/2024	JUAN CARLOS CALDERON MENDOZA	$ 85.500	0	$ 85.500
2733362	8/02/2024	8/02/2024	CLAUDIA OLIVEROS RIAÑO	$ 85.500	0	$ 85.500
2735829	14/02/2024	13/02/2024	VALERY TATIANA MURCIA VASQUEZ	$ 85.500	0	$ 85.500
2735885	15/02/2024	15/02/2024	RAFAEL ISIDRO BEJARANO MARTIN	$ 85.500	0	$ 85.500
2736030	15/02/2024	15/02/2024	LUIS ALBERTO BLANCO RODRIGUEZ	$ 85.500	0	$ 85.500
2736046	15/02/2024	15/02/2024	JOSE GREGORIO PEREZ PADILLA	$ 85.500	0	$ 85.500
2736312	15/02/2024	15/02/2024	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	$ 118.000	0	$ 118.000
2736145	15/02/2024	15/02/2024	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	$ 85.500	0	$ 85.500
2732757	7/02/2024	3/02/2024	RAFAEL ENRIQUE ROBAYO PEÑA	$ 921.600	0	$ 921.600
2733330	8/02/2024	8/02/2024	MIREYA VILLABON	$ 85.500	0	$ 85.500

2732757	7/02/2024	3/02/2024	RAFAEL ENRIQUE ROBAYO PEÑA	$ 921.600	0	$ 921.600
2733330	8/02/2024	8/02/2024	MIREYA VILLABON	$ 85.500	0	$ 85.500
2737258	19/02/2024	19/02/2024	SANTIAGO ANDRE TAPIERO NEIRA	$ 1.163.222	0	$ 1.163.222
2737604	19/02/2024	19/02/2024	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	$ 85.500	0	$ 85.500
2738977	22/02/2024	22/02/2024	NUBIA GUTIEREZ CARRILLO	$ 85.500	0	$ 85.500
2739022	22/02/2024	22/02/2024	ROSA MARIA FUENTES DE APONTE	$ 85.500	0	$ 85.500
2739133	22/02/2024	22/02/2024	CARLOS ABEL GONZALEZ	$ 85.500	0	$ 85.500
2730891	1/02/2024	1/02/2024	DULCE ANTONELLA CABALLERO SOLANO	$ 2.457.600	0	$ 2.457.600
2739012	22/02/2024	22/02/2024	LUIS ALBERTO ROA SALCEDO	$ 85.500	0	$ 85.500
2739125	22/02/2024	22/02/2024	VICTOR JULIO PEREZ ARAQUE	$ 85.500	0	$ 85.500
2739129	22/02/2024	22/02/2024	BLANCA EVA ARIAS DE ARIAS	$ 85.500	0	$ 85.500
2742428	29/02/2024	29/02/2024	BLANCA LEONOR CIFUENTES CHITIVA	$ 85.500	0	$ 85.500
2742467	29/02/2024	29/02/2024	GABRIELA GARZON VASQUEZ	$ 171.000	0	$ 171.000
2742867	29/02/2024	29/02/2024	CARMEN TORRES DE VALERO	$ 85.500	0	$ 85.500
2732923	7/02/2024	5/02/2024	JOSE MIGUEL LLANES PINZON	$ 457.600	0	$ 457.600
2735501	14/02/2024	5/02/2024	LILIA BECERRA DIAZ	$ 760.500	0	$ 760.500
2735520	14/02/2024	12/02/2024	MARIO ALIRIO MEDINA	$ 302.900	0	$ 302.900
2735525	14/02/2024	7/02/2024	JOSE ALFONSO TORRES GARCIA	$ 457.600	0	$ 457.600
2738032	20/02/2024	12/02/2024	DORALBA SANTOS CELY	$ 1.425.500	0	$ 1.425.500
2740409	26/02/2024	19/02/2024	ROSA ADELA BOHORQUEZ DE PATIÑO	$ 550.501	0	$ 550.501
2740422	26/02/2024	19/02/2024	NORMA CONSTANZA BELTRAN CELIS	$ 4.511.049	0	$ 4.511.049
2743003	1/03/2024	16/02/2024	MATIAS ORTIZ MURCIA	$ 3.213.114	0	$ 3.213.114
2743490	4/03/2024	21/02/2024	SOLEDAD GOMEZ DE CASTRO	$ 459.451	0	$ 459.451
2741232	27/02/2024	21/02/2024	MARIA LEONOR SALGADO TRUJILLO	$ 1.728.400	0	$ 1.728.400
2741373	27/02/2024	26/02/2024	EUMELINA GOMEZ DE VEGA	$ 3.403.890	0	$ 3.403.890
2742885	29/02/2024	26/02/2024	MARIA LUISA GUTIERREZ CASALLAS	$ 605.800	0	$ 605.800
2742843	29/02/2024	28/02/2024	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	$ 15.723.202	0	$ 15.723.202
Total						$ 40.397.429

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El contratista cumplió con la prestación del servicio a nuestros usuarios satisfactoriamente.

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.	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	CUMPLIO SI NO	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	Cumplir con el objeto contractual.	SI	NINGUNA
2	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
3	Responder en los plazos que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1 DE LA POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. cambio en la información suminsitrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá cualquier cambio en el numero de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos allegando en original la certificacion bancaria correspondiente.	SI	NINGUNA
4	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	Planilla No. 9458763998 cancelo seguridad social
5	Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1 DE LA POLICÍA NACIONAL o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	NINGUNA
6	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 si o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	NINGUNA
7	No 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 Regional de Aseguramiento en Salud Nº 1 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
8	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
9	El contratista deberá cumplir con la normatividad ambiental y de saneamiento básico vigente, en la cual se incluye el Decreto Ley 2811 de 1974, Ley 9 de 1979, Decreto 1594 de 1984, Decreto 351 de 2014, Resolución 1164 de 2002, las normas universales de bioseguridad, relacionadas con las obligaciones de cada persona para la conservación del ambiente, de los recursos naturales, participación activa en la prevención de la contaminación, uso racional del agua, la energía, segregación adecuada de residuos hospitalarios, y demás actividades que incluyan o relacione su actividad; además de las normas que las modifiquen, reglamenten y/o sustituyan.	SI	NINGUNA
10	Deberá aplicar las obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y los lineamientos del gobierno nacional en el tema del COVID.	SI	NINGUNA
11	Responsabilidad en cuanto a la facturación electronica. El contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2022 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado" obligación de facturar electronicamente para el pago de bienes y servicios contratados. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución	SI	NINGUNA

	numero 000042 del 05/05/2022 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores, tecnologicos, el registro de la factura electronica de venta como título valor, se expide el anexo tecnico de factura electronica de venta y se dictan otras disposiones en materia de Sistema de facturación.		
12	**El CONTRATISTA** debe garantizar la sostenibilidad de los precios para evitar el incremento de los mismos durante el tiempo que dure la ejecución del contrato. Estarán a cargo del **CONTRATISTA** los costos de transporte, movilización, seguros, fletes y otros costos indirectos, que se causen con motivo de la prestación del servicio relacionado con el contrato, estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato incluyendo los impuestos.	SI	NINGUNA
13	Cumplir con las Obligaciones señaladas en la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019, Decreto 723 de 2013, Circular Unificada de 2004 de la Dirección General de Riesgos Profesionales y demás normatividad que las modifiquen o deroguen.	SI	NINGUNA
14	En el planeamiento de las actividades el **CONTRATISTA** debe observar todas las disposiciones legales sobre seguridad y ejercer un control permanente de los factores que puedan afectar la salud o la vida de los trabajadores propios del contratista, según Resolución 2400 de 1979 título IV De la ropa de trabajo-equipos y elementos de protección personal.	SI	NINGUNA
15	El CONTRATISTA debe informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en el cincuenta (50%) y setenta (70%) por ciento, a fin de evitar sobre ejecución del objeto contractual. En consecuencia, el CONTRATISTA se compromete a no continuar prestando el servicio objeto del presente contrato cuando se haya ejecutado la totalidad de los recursos asignados o una vez vencido el plazo de ejecución. La ejecución del contrato por fuera del extremo contractual o sin la existencia de recursos disponibles, no será pagada por la entidad.	SI	NINGUNA
16	Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte la actividad del mismo, el CONTRATISTA debe informar por escrito al supervisor de contrato, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo, si es viable.	SI	NINGUNA
17	El Contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso, dicho reporte se debe consignar en el Anexo - formato 3SS-FR-0006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.	SI	NINGUNA
18	El contratista acatara los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI	NINGUNA
19	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
20	El OFERENTE 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	Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, le contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institución a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicidad, sustración, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserve 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 locative o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso de la labor información contenida en los Sistema de información, documentación física, archivos digitales, información de los funiconarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	NINGUNA
22	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 receptor correspondiente solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y esten autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera Tambien información confidencial: a) aquellas 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) aquellas información que no este sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancia del caso, a fin de mantener su carácter confidencial	SI	NINGUNA
23	El contratista acatará los Lineamientos del Regimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea applicable, en el Marco de la ley estatuitaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del Capitulo 25 título 2 de Libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 de 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. 8310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la información para la Polcia Nacional.	SI	NINGUNA

FIRMA DEL SUPERVISOR

Capitán MARTHA YANETH ACEVEDO GOMEZ
Jefe (E) del Área en Aseguramiento en Salud No.1

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Informativa Nro. 57430

Consecutivo de Envío Nro. 289

BOGOTÁ, 22 de Febrero de 2024

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524

CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO

BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
011	21 - 2730856	2024/02/01	760631	CLOTILDE DAVILA DE GOMEZ	85,500.00	
011	21 - 2730861	2024/02/01	757285	MARIA DEL CARMEN MUÑOZ DE BELTRAN	85,500.00	
011	21 - 2730877	2024/02/01	757341	GLORIA YANETH ZULUAGA AGUDELO	85,500.00	
011	21 - 2730934	2024/02/01	760763	FRANCINELLY TORO BEDOYA	85,500.00	
011	21 - 2733050	2024/02/08	757293	ALVARO ESPINOSA	85,500.00	
011	21 - 2733111	2024/02/08	756167	ROBINSON HERNAN CANO MALAVER	85,500.00	1
011	21 - 2733317	2024/02/08	753879	JUAN CARLOS CALDERON MENDOZA	85,500.00	
011	21 - 2733362	2024/02/08	756038	CLAUDIA OLIVEROS RIAÑO	85,500.00	
010	21 - 2735829	2024/02/14	464940	VALERY TATIANA MURCIA VASQUEZ	85,500.00	
011	21 - 2735885	2024/02/15	749067	RAFAEL ISIDRO BEJARANO MARTIN	85,500.00	
011	21 - 2736030	2024/02/15	756076	LUIS ALBERTO BLANCO RODRIGUEZ	85,500.00	1
010	21 - 2736046	2024/02/15	748420	JOSE GREGORIO PEREZ PADILLA	85,500.00	1
010	21 - 2736312	2024/02/15	427902	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	118,000.00	1
010	21 - 2736145	2024/02/15	427902	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	85,500.00	

Número de Documentos 14 Valor Total: $ 1,229,500.00

Valor en Letras: UN MILLON DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

≡ DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SALIR DE RECUM (../Vista/frLogin.aspx)

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	459173	Fecha Pre-Radicado	2/2
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1,.
Cantidad de Facturas Registradas	14	Vlr Fin de Cargue	$1,.
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
1	5769658	2730856	2/1/2024 12:00:00 AM	20867184	DAVILA DE GOMEZ CLOTILDE	$85,500.00	Aceptar	Eliminar
7	5769664	2730861	2/1/2024 12:00:00 AM	20313255	MUÑOZ DE BELTRAN MARIA DEL CARMEN	$85,500.00	Aceptar	Eliminar
8	5769665	2730877	2/1/2024 12:00:00 AM	63442921	ZULUAGA AGUDELO GLORIA YANETH	$85,500.00	Aceptar	Eliminar
9	5769666	2730934	2/1/2024 12:00:00 AM	24823881	TORO BEDOYA FRANCINELLY	$85,500.00	Aceptar	Eliminar

Generar Soporte de PreRadicado

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	459173	Fecha Pre-Radicado	2/22/2024 3:15:29 PM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1,229,500
Cantidad de Facturas Registradas	14	Vlr Fin de Cargue	$1,229,500.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

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

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	456212840	9462814732	E	2024/02/16	2024/02/15	BANCO POPULAR	0	$667,191,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				512	$274,130,700	$0	$0	$274,130,700
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	51	$27,667,600	$0	$0	$27,667,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	157	$111,159,700	$0	$0	$111,159,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	209	$91,672,100	$0	$0	$91,672,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	89	$35,254,500	$0	$0	$35,254,500
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$8,376,800	$0	$0	$8,376,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				541	$211,675,600	$0	$0	$211,675,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,482,700	$0	$0	$14,482,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$478,300	$0	$0	$478,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	154	$59,360,500	$0	$0	$59,360,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	55	$28,456,200	$0	$0	$28,456,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	81	$25,104,900	$0	$0	$25,104,900
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$668,700	$0	$0	$668,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$7,245,400	$0	$0	$7,245,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$623,000	$0	$0	$623,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$12,515,400	$0	$0	$12,515,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	145	$61,099,200	$0	$0	$61,099,200
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
TOTAL				541	$667,191,300	$0	$0	$667,191,300

PLANILLA GENERADA EN LA PLATAFORMA APORTES EN LINEA

2024/02/15 09:49 AM

Gallo & Gallo
CONTADORES SAS

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL
DELINSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de enero de 2024 y planilla del mes de enero de 2024 pagada el día 15 de febrero de 2024, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respectoal pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de enero del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, a los dieciséis (16) días del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

CLAUDIA ESMERALDA AMAYA PINZÓN
Revisor Fiscal T.P. 95104-T
Designada por Gallo & Gallo Contadores S.A.S
2024-0054

Carrera 11A No. 97A – 19 Of 307
(57) (601) 2134170
310 764 67 15
info@galloygallo.com
www.galloygallo.com
Bogotá - Colombia

COMPROMETIDOS
CON EL VALOR DE
NUESTROS CLIENTES

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2730856
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	01	06:21
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	17	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : b0702f2afb47d3a04c01180c5344d8b95e12ead0afd7b128c22879c2233ffcac13a3c5abcc47f0afc756bc86a991b99c

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 760631-1
DOCUMENTO: 03-1002290-011

PACIENTE: DAVILA DE GOMEZ CLOTILDE
ID: CC 20867184
TELEFONO: 3103403127
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6693790

FECHA INGRESO: 2024-02-01
FECHA EGRESO: 2024-02-01
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2730856-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2024-02-01 06:21:37

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-01 06:22:42-05:00

Firma Digital:

HogwSzgfzq+1offRqNMA+fibB73iTA97Jz/V7lOCStP43f/EvSXURABxE29pZQVSEmg1RzqYvH6VXmHIScTG2oLgOy36jL4Sj9rJOOZvRr3IeFWvoJnC5/sDkd03l05P3s5VexOGpwtS+9d2IFwY5wAl0llS0StZes+KZ06Gl2czIYn3aNdm84Q2
exuosSyYk/R4vF1SjWLcl0oVj6FOVq2uc/KP6bro1rMDnmy02cZ2u62iK51lHDrRzt7HmqycY4QzBqEbGEbI4FJV+ZoqZ9VBuEznyPAUsO7mSDgTUnW7MeUQjlawZAPvMuYCEv2OQ6dleoa0lHvFR4RgxgmwMg==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2730861
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	01	06:40
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	17	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 35a910000c3671a13b95b745fb0a31e373f8c2decfb29180d9261df207a6f99f0a4ec067489603abcb9e66b3668eea03

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 757285-1
DOCUMENTO: 03-1002313-011

PACIENTE: MUÑOZ DE BELTRAN MARIA DEL CARMEN
ID: CC 20313255
TELEFONO: 3102460828
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6497641

FECHA INGRESO: 2024-02-01
FECHA EGRESO: 2024-02-01
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2730861-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2024-02-01 06:40:06

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-01 06:40:32-05:00

Firma Digital:

rW2bG9xaaPc5PnYul3pzDz99lrnHhKLHalZ0CBA/Uw9z35aMixz5FW0jq5+mFLdI7zOYkTSaN3DE1EmEERa6cDUA1agDMkUtqXdmrkkuuIg+8RJgxBDHJKCppNI1XTjIEc9/8cU5xGJvTXbTE+b7to/7T7yPEw3faq9bv9jBJOy1BAXY4N/pjFGWF/m22QTM1dYafZ2OX/gpJ9RJIsZRElSeLLOl2beg3YmhyW3z6tLcvDehu+NP0KKOWiLjc2HLbFW1HrbDIkcOrqbSNT+CJloYKRIwh7nTEouIpVKm76J7ktmFCVOkFcDMPCzRavRG8aOCe25cbZNwTK5ANWxvag==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2730877
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	01	07:32
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	17	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 7234e0fa85f77aeb36f95c87403326c7fd4bf634228cb454f391de840e5b082129777cb0fb5fd14f4f3c05cbf6e2525f

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 757341-1
DOCUMENTO: 03-1002393-011

PACIENTE: ZULUAGA AGUDELO GLORIA YANETH
ID: CC 63442921
TELEFONO: 8024654
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6594712

FECHA INGRESO: 2024-02-01
FECHA EGRESO: 2024-02-01
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

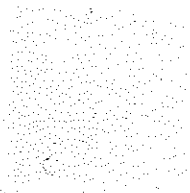
ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2730877-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2024-02-01 07:32:07

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-01 07:32:45-05:00

Firma Digital:

deUDJuwpQ8fzksb0caZC0qJfrknYo2l8II2YFRoSKY5TbCxPvnQMTEFsGOxR+9z81I2thCHoS86JOcBgpAZQZEuRedlzS0w9UjbL4821/V+FjRmlvgY+zWE7Vk958IGs5TH9ehvmp4G0MVmuu8Tsso2dp++b1BSiHPGhA6eAfLDsc7G1cWBHQ9dhTT2kUxCGmsLkgzHsL5MZwcP/f6004ZJRMud2PdqDW+gYng6nraDiIa+78FW6pWpf9EIIYHqs1WZI4myd8vehcPz3+7AzWAlzKe65lSaCtoZJ2KwLiLdX8A9MBx1KDC3zlRKdx/hQaGIF/oq1jVSHfM9JtadVRA==



INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutorooseveit.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2730934
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	01	10:54
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	17	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 370bc72817ed60108e5f684420e9f14bad37ff2fe333ff24f4cdaf6fb8956181cfeba098ca9f6e5b22b1688e400f1f10

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 760763-1
DOCUMENTO: 03-1002588-011

PACIENTE: TORO BEDOYA FRANCINELLY
ID: CC 24823881
TELEFONO: 3108054620
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6300782

FECHA INGRESO: 2024-02-01
FECHA EGRESO: 2024-02-01
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

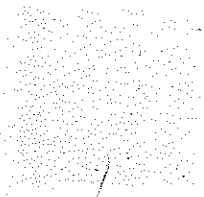
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2730934-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2024-02-01 10:54:51

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-01 10:55:18-05:00

Firma Digital:
MnLLsZZKG8uYxZHZetGKkII4rI7HCTgfPJvxKrITmxUOFkAHr2MHN7fgoB1Rkkk0hFPxbrlv9OZxx1vqN+WAqJ+TBBIwWInTOd81dqD2DiWm6jydhxNsEq/92qmTImMYfhCfwwhplsFOW11YNN+2NrTGJxvdsQ9xexfHxbK3/PLostlYlep6K
ISqFcC5eT+GHr7DaMLuzYcWrkyImGNYN88fCUOg/1eFDgSBik5KX9W169ZZXqqDRgNq7V5AZmb9nJlx/Q9uivdnW/LQdAkeHzKE6TUUKCHPyf735bIkxv2YFD3g1NMYUo/Vdj8WoSVMkqPTxEFGxJqVloU/Z9OlKw==



INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2733050

PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	08	06:28
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	24	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : adc7a94de523d27866b3e2b17720b65ec3556b8cc91e43373476ed4b531240619541eeb7f1a398fb863174eb24a55bb0

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 757293-1
DOCUMENTO: 03-1005279-011

PACIENTE: ESPINOSA ALVARO
ID: CC 2866030
TELEFONO: 3102392462
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6594291

FECHA INGRESO: 2024-02-08
FECHA EGRESO: 2024-02-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2733050-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2024-02-08 06:28:57

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-08 06:29:18-05:00

Firma Digital:

J23kc6tYgUWXK6oXbzZJwUuRU6v39riDJTO3Qv5UqrPe2YSjHHPPlykIaYCjUEsXjJ+Vww3ZNda/FhApcYnp/8xyUjJHtBJ+ZI55b7v8IfOPugm1QqfymEWKJGxokQGIf+nJUNFOEI2UHJHmz8gkIlrKSyX7ci77DGgDwPaix5ILREop6VMYlbla/7VtsWp5RpPdMpq+OhUQY7JSOROiJhk+D8lvL+m/T0HdAkXDc/H8voaGbMyiLmTouNMKwxP0jzppTs5/d2nfvgc4m3XgT64Uyvc5CInMmwCbyBPdOChwS7oq/3AKXqm+bgOuByE1v9K2e6XONLBMJgpXn98dGQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2733111

PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	08	07:39
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	24	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : dead88e3690935b8b3ec216b407813e6ba3bbdbd0002cc471126e297bd1a309c55ca9e20f6eb75150d53019b00d45cdb

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756167-1
DOCUMENTO: 03-1005377-011

PACIENTE: CANO MALAVER ROBINSON HERNAN
ID: CC 1055332555
TELEFONO: 3204612228
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1

FECHA INGRESO: 2024-02-08
FECHA EGRESO: 2024-02-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23
NUMERO_POLIZA	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2733111-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2024-02-08 07:39

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-08 07:39:30-05:00

Firma Digital:

pA7vjt4k13Y2FsCJTuY1YL/Lzs4TceiJRaaYNokmW5ktq6aEjxj/P9pFVBmpF4o0svlm9QFLsLwCXjEI5t844Bt0IhMwg+PuW9SsDJ+xcMF+pvFVyrz0lN5H+lLq0nRvjHb8/srp7ICT/PJ8xpxBWQXPfgvFsSkKnvw+E0fi3n45XN4Y1um2vgvu2x
WBlq8R+FvcNd8FO3KBAT/JI+YgRtL/7bQrmGeGpSH/tkDwJ5LW1dJCx+vlRzFDlW3hEIekbrfS7/dRjhLHGKXoxDSodUm0zrnq8hX8zXb8ZZ0HQE4/9MIbh78PEnqyNpRMoR0Li52uhOqElOb/smU7pz6Og==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2733317
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	08	10:40
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	24	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : bff22dc46e3bf6747871ab2815d36e85886726479d22ffe7882a163cc513d39a83fbb6de8f37d6c526960e624961af74

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 753879-1
DOCUMENTO: 03-1005619-011

PACIENTE: CALDERON MENDOZA JUAN CARLOS
ID: CC 79417393
TELEFONO: 3202132416
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6356305

FECHA INGRESO: 2024-02-08
FECHA EGRESO: 2024-02-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2733317-011 Prog: cayfec Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2024-02-08 10:4(

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-08 10:40:30-05:00

Firma Digital:

ssmxoEiAO+qkR9ul+jIdgWDQYCyPsZtXmovkd2iS/7rVM8gkZ1JC7qRcT+6YLJEHVTpcnDiXFDrb74H7dN8OInVS5cM2/SDT+P96nILhosEl50fmJ0hEq2jee9eESarZp4zZV0YkgxQp1JLK03PRpwjmjf7cp8LsUqroEx5vddhC8ectfUQxmHRsmUoM2UwJAHP4CY0WUR2Xfcw7+n2zgeRl+in9rDYESzFi8WhRanV/pCQtv/zspSUCBHAAQXaNes1OGJyXXoq9oeaa8eeXVQGRzI+8NyS50gOBlaesns9hvSlox7XJsFXucHjGbCNKOIerh+Wcl/bjNrb3kCLpKg==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2733362

PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	08	11:09
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	24	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 79b87eedeedcca6a4f9fe37b8418a386e819ffa77c11051f794c8798ce46e8c663bb8f40110e6a21be8d7df357b98d85

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418

PACIENTE: OLIVEROS RIAÑO CLAUDIA
ID: CC 41570149
TELEFONO: 3178143860
AUTORIZACIÓN: 6454323

FECHA INGRESO: 2024-02-08
FECHA EGRESO: 2024-02-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 756038-1

DOCUMENTO: 03-1005647-011

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2733362-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2024-02-08 11:09:00

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-08 11:09:23-05:00

Firma Digital:

22bUOTA9JP6Lvzb6uoGnvlOfKIT3V+Np7uNZff86cQCPcMWWVQo0afAHpvGZvWcJnZDOUKbAjZnxwwGCdpKS4YDpl1KdDMOnZxYsAxOE6Jy8LfosYZ3O08gr9aK9ik21qjQ9IGBHpCwrstCQY+XlkN8bjlMkgqqXtnKRuIrqDKFWIuGopmfCl
NV1hAxSXxInwRE0AJ/GluJqysC8GOdoVy7bznYjdzrQhbPWk7M8QiCIPZzww4XgR6ZX/Opp0VHC+bX2/zDAsyJ/UvXPZbrm0k4mdtCZhTqtCjZ+H2hSo1bZ7eE0V54aINQr4YKLdWLa0ytxW80uh4/yvBklyjDdFA==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2735829
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	14	15:42
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	30	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 el 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 9c204a5e5728fd218aff2dcbd828801091cbe72979e5bf5e28d8bdfb3495e8bd582185e57bf11acf9d8cf9eff03c3ee9

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 464940-2
DOCUMENTO: 03-1007397-010

PACIENTE: MURCIA VASQUEZ VALERY TATIANA
ID: TI 1071435768
TELEFONO: 3103373342
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6667962

FECHA INGRESO: 2024-02-13
FECHA EGRESO: 2024-02-13
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108325801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23

OBSERVACIONES:

Plazo: 30/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2735829-010 Prog: cayfac Usuario: foreroy YUDI FORERO 2024-02-14 15:42:36

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-14 15:42:54-05:00

Firma Digital:
smZyyP6eGC0xoIrH1Il8fU1gW7L5gv2ZQ5efmFBlJzx4l9KgTMwIZMedcS9W+Ue2EfMEjFpKBtd2WXsZyTuHf2wIC7l0QSB5KM1nxFLegiM9l1OG5p3wUdqhKthFwS0G3dySFQ/EBOstwl/pnJEag7f6qom4wZAKKH4SomEu0Ba0rkUTysNBZwEy+uSmt++9ddNoEMpRUgysa23dm6aOC5mMmvfhBqAj3KJHmnkfQ45891nVfhF5DDcHaunDpFxdYL/CDhzizgZtUFb5wdugtDXOBgODc2/roq0hb3sbcDRmbNct5rcBvOVaUoPUAU+TlFcg1G8EE1nXj8Xqas9dWQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2735885
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	15	06:22
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	31	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : d13be24d306cfe230fb533S9bc7f85f72db57c84258b6525cf62a5369eb2738fad2c97554c3bcf952e8341072f081cf1

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 749067-1
DOCUMENTO: 03-1008266-011

PACIENTE: BEJARANO MARTIN RAFAEL ISIDRO
ID: CC 17134736
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6720959

FECHA INGRESO: 2024-02-15
FECHA EGRESO: 2024-02-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 31/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2735885-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2024-02-15 06:22:26

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-15 06:22:47-05:00

Firma Digital:

c4OHhmjmL/tVSuvzPv9eNF7nAGpbR/dr5pWlpdcqeBXS9x6aD/c/LxhD1fUsA9+UyVCuTX17vxxpUhUKPyCx/E2Wl3M/9PV/Rgt84CKdqSbcvr//tjufxcpD9QNhakQQU9IlPoT8yKUhKX6/NiA45bfHSppPeyTgSv29E535zQJb/yabvtsQXWkC
hBatyjjoocllKdn6SDX1fERiCbdQrpJ6T6os9aa+rz1HXTEWWA9ojk58O9JGHlUagrlWxlLx1EecxCOa4Dh+Jg4Yl7ee26+WXnSxS9pbnOWDCBIZgEFnwDbjaJRS11f5wat8wtpd4wOzmaJ2uDHQYr8SmEJr3Q==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2736030
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	15	09:31
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	31	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 5c443503cff01c5c7560625d63951886fc58dd9d060d5ebc1231e22a7a11d906d9d5e8201e502e0c15157f71a5c2ab13

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756076-1
DOCUMENTO: 03-1008518-011

PACIENTE: BLANCO RODRIGUEZ LUIS ALBERTO
ID: CC 17111983
TELEFONO: 3177956475
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 6525244

FECHA INGRESO: 2024-02-15
FECHA EGRESO: 2024-02-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	1

OBSERVACIONES:

Plazo: 31/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 773

ELABORÓ	FIRMA Y SELLO EMISOR	FIRMA Y SELLO CLIENTE CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2736030-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2024-02-15 09:31

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-15 09:31:32-05:00

Firma Digital:

ws6ftwRKLkKvK/cqLOcVu9YFA1SfX3G6qVUv9XEbuQBKkPqdCQRTW6b+NUQGaX+pIj1ZTKBSAqDUMP3LlklKhTIautEBaRBFmPNI9K46iv4neXIVe2/JY7aqbz/jCG/r1gHTfkJVRFftCPGIep80HoSV0jqc7gVW5shUyqGIJ8008ae+IVMFH9
wjzV7EHSKowkFIwrcm9+AqaF+3/93yPkicdqj7U/Y8iduEVQptEV5IVlOrTISTP8KpSo2IxwYnGFkbJ32W9nNSO0r9fpUgdfjKret0yi5xX0nznuxZEpOu9+IhbIZKk6up/oWyZ5eVRIJ5KxJs43ex2hSF/GQZQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2736046
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	15	09:46
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	31	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 0b217e7aa8d9f571be34f77b9c5361a3ac007e76e7611cfdf3220e40a13bdacab93cc247548e1088efa772428f480583

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 748420-1
DOCUMENTO: 03-1008538-010

PACIENTE: PEREZ PADILLA JOSE GREGORIO
ID: CC 1102876236
TELEFONO: 3046255028
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 6751564

FECHA INGRESO: 2024-02-15
FECHA EGRESO: 2024-02-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23
NUMERO_POLIZA	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 31/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

Paola Andrea Alba Tutiva
Auxiliar de Facturación

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2736046-010 Prog: cayfac Usuario: albap PAOLA ANDREA ALBA TUTIVA 2024-02-15 09:46:11

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-15 09:46:45-05:00

Firma Digital:
KdxwlWlBkuMiRRSHmIXgbrbZP7FeQFWlKZeqv8CSbcgylxgbkXF3DaubXNK/F4wXa5/p0g/1HF86g7HVWsCHZfIXQKIlj+IX+qLVPp4DWE4NdS86UE+RleAxgc/fmB/gur5nCHQfBn0HbS+IHrO3MG8wvt7zUdC6TZZz4JjFcVlukwUFI505D
W+3mIB27O1NIdao4SR1oJ8Lo1/E7DC36EbPdQsDGWQKYakbj76ucjPkt+4Mctmz7JkM0hOFc/ALyT2WM6leuD0ZU+meMxErw5EfI47e9rROVyNGDjeXPr343Lp+gR6epc/Oj6sUIUrcHCTOt6zRXt5yJHgRbZ5Zw==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2736312
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	15	14:24
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	31	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 10bd4cddcec44e0a97c56e32f23a2126bffa41fd2a5825885abd8a139e6b2c644f166108ab035172118559d62fadeed6

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID	FECHA INGRESO: 2024-02-15
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1054865938	FECHA EGRESO: 2024-02-15
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	POLIZA: 1	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-2		AUTORIZACIÓN: 6790613	
DOCUMENTO: 03-1008749-010			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14 X 36 (ADULTOS)-UND:NAR	1,00	118.000,00		118.000,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	1

OBSERVACIONES:

Plazo: 31/03/2024

Caren Biviani Corredor Rondon
Auxiliar de Facturación

SÚBTOTAL	118.000,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	118.000,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	118.000,00

SON: CIENTO DIECIOCHO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ	FIRMA Y SELLO EMISOR	FIRMA Y SELLO CLIENTE
		CC No.

nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2736312-010 Prog: cayfac Usuario: ccorredor CAREN BIVIANI CORREDOR RONDON 2024-02-15 14:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-15 14:25:20-05:00

Firma Digital:
EqhFBtOu1RlgZQDwa52pAZ825uLjl2JQyMwbLd4BQrttLEZFC9pw1srz42sFmr61qtxaM7TF9S6YaA0SwDJ+lks2izshlR/na7D/3Z+BCQ4/TRfQ8OhU/TbQNnaPDTGygq/8n/TlWAOBjgWfsJBwG4/VlhuzdH43jFChsaXWFeA81y+aMDc3qsvim00/Lj5ESuaC1MfhteZd4uTlj7SlZjvUR/8aJ5+nVGN4hC9XvJlPgE0akxJnXOo+4uDkF5EEwBU1jVTZ6luBg3eUIATSDcc/OvrDbK990JaT6d1iCPR0FhWRImqhA5MgYy95lef3obXllM5jbHevdMKy/XNIHw==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2736145
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	15	11:29
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	31	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 6af6eee3977c0b274c2db7e4d078e600e8ec848cb006974121547df389282b4c05b382891494ff7277ad242b65253707

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-2
DOCUMENTO: 03-1008627-010

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6489930

FECHA INGRESO: 2024-02-15
FECHA EGRESO: 2024-02-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA-NEUROCIRUGIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 31/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2736145-010 Prog: cayfac Usuario: vvanegas VICTOR JULIO VANEGAS 2024-02-15 11:29:36

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-15 11:29:52-05:00

Firma Digital:

Nd2QQvV/wYAM+MxJaX+RGzbJPndTqhHZ5QRhTcXEegK4dtVDhNofIR2OSXyCuF/TqVEHuvDvaIP4pxccNgLve3vunHJNkrKwTjWpanX25dfNQCYXRk8HyJhyKkMiEGZ1UVRJV3KEP5sRdYC7QwTOXDSIoOKNym/jGEzc2XEj0ZCCe/wKxf
FKrK8o53z2y0utrS/I8CGaRDk0npxHZYa0TJYfYyEnVChHRKx3g6KQogoeCWME1OfFOPJImROTDsiNGxi6OIqRaP82xPvz9v8IJTmflym10SJHRXl+1Bq3tshK2lzyboqkBaPbUTr7rwf+bglOjp/VLYHwkP7lUsvfQ==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Informativa Nro. 57538

Consecutivo de Envío Nro. 290

BOGOTÁ, 29 de Febrero de 2024

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524

CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO

BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	21 - 2732757	2024/02/07	760931	RAFAEL ENRIQUE ROBAYO PEÑA	921,600.00	11
011	21 - 2733330	2024/02/08	756023	MIREYA VILLABON	85,500.00	
010	21 - 2737258	2024/02/19	621115	SANTIAGO ANDRE TAPIERO NEIRA	1,163,222.00	
010	21 - 2737604	2024/02/19	427902	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	85,500.00	2
011	21 - 2738977	2024/02/22	764095	NUBIA GUTIEREZ CARRILLO	85,500.00	
011	21 - 2739022	2024/02/22	756121	ROSA MARIA FUENTES DE APONTE	85,500.00	
011	21 - 2739133	2024/02/22	764043	CARLOS ABEL GONZALEZ	85,500.00	1

Número de Documentos 7 Valor Total: $ 2,512,322.00

Valor en Letras: DOS MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS VEINTIDOS PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	460500	Fecha Pre-Radicado	2/2
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$2,
Cantidad de Facturas Registradas	7	Vlr Fin de Cargue	$2,
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
7	5791003	2732757	2/7/2024 12:00:00 AM	1015001689	ROBAYO PEÑA RAFAEL ENRIQUE	$921,600.00	Aceptar	Eliminar
4	5791000	2733330	2/8/2024 12:00:00 AM	21117190	VILLABON MIREYA	$85,500.00	Aceptar	Eliminar
2	5790998	2737258	2/19/2024 12:00:00 AM	1033101767	TAPIERO NEIRA SANTIAGO ANDRE	$1,163,222.00	Aceptar	Eliminar
5	5791001	2737604	2/19/2024 12:00:00 AM	1054865938	GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID	$85,500.00	Aceptar	Eliminar

Generar Soporte de PreRadicado

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	460500	Fecha Pre-Radicado	2/29/2024 8:03:51 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$2,512,322
Cantidad de Facturas Registradas	7	Vlr Fin de Cargue	$2,512,322.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

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

Gallo & Gallo
CONTADORES SAS

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL
DELINSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de enero de 2024 y planilla del mes de enero de 2024 pagada el día 15 de febrero de 2024, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respectoal pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de enero del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, a los dieciséis (16) días del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

CLAUDIA ESMERALDA AMAYA PINZÓN
Revisor Fiscal T.P. 95104-T
Designada por Gallo & Gallo Contadores S.A.S
2024-0054

Carrera 11A No. 97A – 19 Of 307
(57) (601) 2134170
310 764 67 15
info@galloygallo.com
www.galloygallo.com
Bogotá - Colombia

COMPROMETIDOS
CON EL CRECIMIENTO DE
NUESTROS CLIENTES

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	456212840	9462814732	E	2024/02/16	2024/02/15	BANCO POPULAR	0	$667,191,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				512	$274,130,700	$0	$0	$274,130,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	51	$27,667,600	$0	$0	$27,667,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	157	$111,159,700	$0	$0	$111,159,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	209	$91,672,100	$0	$0	$91,672,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	89	$35,254,500	$0	$0	$35,254,500
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$8,376,800	$0	$0	$8,376,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				541	$211,675,600	$0	$0	$211,675,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,482,700	$0	$0	$14,482,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$478,300	$0	$0	$478,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	154	$59,360,500	$0	$0	$59,360,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	55	$28,456,200	$0	$0	$28,456,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	81	$25,104,900	$0	$0	$25,104,900
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$668,700	$0	$0	$668,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$7,245,400	$0	$0	$7,245,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$623,000	$0	$0	$623,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$12,515,400	$0	$0	$12,515,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	145	$61,099,200	$0	$0	$61,099,200
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
TOTAL				541	$667,191,300	$0	$0	$667,191,300

PLANILLA PAGADA

2024/02/15 09:49 AM

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2732757
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	07	12:32
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	23	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 613df881cfcb7ed56e7a27b8f890ca2c8242b40b587f16c51378e4eb29e5bbda45e7aa566d87c95d4e0e8808ff2f88d7

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 760931-1
DOCUMENTO: 03-1003262-010

PACIENTE: ROBAYO PEÑA RAFAEL ENRIQUE
ID: RC 1015001689
TELEFONO: 3132610629
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 11
AUTORIZACIÓN: 6575399

FECHA INGRESO: 2024-02-03
FECHA EGRESO: 2024-02-03
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	3,00	307.200,00		921.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23
NUMERO_POLIZA	11		

OBSERVACIONES:

Plazo: 23/03/2024

SUBTOTAL	921.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	921.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	921.600,00

SON: NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

Alejandro Ruiz Martín
Auxiliar de Facturación

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Cod Interno: 21-2732757-010 Prog: cayfac Usuario: aruizm ALEJANDRO RUIZ MARTIN 2024-02-07 12:32:13

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - NIT: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-07 12:36:02-05:00

Firma Digital:
BwOfX8hWe712JhBy1MwfgolFmk60yP7l1gBeiwLtmNepj4tu+8JCOR3/6yoaPMGTtL1ng+g52GySUy07lw+aJWGhEyMJZ3IY1PHBmQE5znE27+Je6T01YesxlJquRfAXbkOve6U/1C66KHH+xD0BlFgW/AB2G69HTmXrACNxWIlv6ezQN
G8j/FjrlE5zuzY9G61sFpQTLUJTekvyewngx2Bx1Wa9yw4oMHZ6IloBz8WX/eZKi83XjneIVqcaaGN3MVqE7T2xssRSrfpgQsf20gQUaLcixlYDhun0U7lkYVRksaH09se2rNFW4ZYZg2ln9kZz6KrvST+Aoy+FsCuNA==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2733330
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	08	10:46
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	24	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : aae4bc0bd7d31192cbce690f87967c5f88df7a08f935a2626021e6d99ffa3a68e34e63a1466328e36107dd581d25c097

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756023-1
DOCUMENTO: 03-1005625-011

PACIENTE: VILLABON MIREYA
ID: CC 21117190
TELEFONO: 318 3059510
AUTORIZACIÓN: 6094491

FECHA INGRESO: 2024-02-08
FECHA EGRESO: 2024-02-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/03/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2733330-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2024-02-08 10:46

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-08 10:46:39-05:00

Firma Digital:
QGm0pjVV5NaZXbcnCvIdtFa7XrHGbJhEW+AFfArdoUujOXyX/z5lE1hB2tddg7mmiBLpBHT2UKibALdreHuPVBBQb3lEun8Ca3xl+XxWNqgDEl6ZQaAPz7CUx7coDSF9xgPL9urTfZB/u6dkAMajoAh1ROQtz1h5KGXZp5m5sDLN/BUq9qAIv
rKn6G8b2CUa14QUsoQhBL/G0Z5rfxI3ZgCoKrsGC7NvILbUePBzRdWEamT1khfi5335gAsECwz48itK9/WYY3w3rAEDCoQU1R7tKYtGmy97VgfxX+50BYXcsnI3soo67Lm52UYcbTAmPQPsVdNjRwNjGiksqBr6yg==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2737258
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	19	08:19
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	04	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 8e28bfad4efc9ece5c230fbe90320da0d71f1486c81afa66c596898ee3334a68d6add6f77d6e7153cdbe55b89a32a930

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 621115-1
DOCUMENTO: 03-1009642-010

PACIENTE: TAPIERO NEIRA SANTIAGO ANDRE
ID: TI 1033101767
TELEFONO: 3102579296
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6786925

FECHA INGRESO: 2024-02-19
FECHA EGRESO: 2024-02-19
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)-JUNTA ENFERMEDADES NEUROMUSCUL-UND:NAR	1,00	1.163.222,00		1.163.222.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010325801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23

OBSERVACIONES:

Plazo: 04/04/2024

SUBTOTAL	1.163.222,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	1.163.222,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	1.163.222,00

SON: UN MILLON CIENTO SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTIDOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2737258-010 Prog: cayfac Usuario: foreroy YUDI FORERO 2024-02-19 08:19:04

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-19 08:19:19-05:00

Firma Digital:

Gsmg/ghsLsRGcdbW2q6Wc8qYoTiR+Q9AUSsShtSFh+hPoucy9/jZFgK3ZK2WsKzcxSpVivsIQi1OMQV9ThBa3p5Ktdp/NGkStTMEAIief4NHOPdbj0IAK7ff17v69i60SemXx34SvVHPDPH/jTZJM9vB+mmqcZjFvJR7GbTnTPH0zmNaD5FIbPuKOTI0UkDFxHU+ETWz4bF1THOphD3ucs1bw8Cw5RlyNReQ5YDxZkUpOrkHpnffZg0QVoknyWXLjRCUhr85Qc1Vv0nLu5w/OIQporB5fiSCFPSr1nD+IgwBsNJSFI3v2Oop7XiQHGXEm0ZwkrGcgrJf+hdTQ3I+SA==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2737604
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	19	13:25
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	04	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : adf1bb49d1c66cc598a2e8ae18f83ca5bae4f496c20bddd8a6714e6de4de0faef0b08e62d255c97a4f751ab5415ee540

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-2
DOCUMENTO: 03-1009992-010

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 2
AUTORIZACIÓN: 6790592

FECHA INGRESO: 2024-02-19
FECHA EGRESO: 2024-02-19
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	2

OBSERVACIONES:

Plazo: 04/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2737604-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2024-02-19 13:25:0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-19 13:25:26-05:00

Firma Digital:
zoMSQOtrB87S1C8V9ar8SRjLTJJva/IZC3isNyYLwAz9mvLTy5KKM4limaWj9rA9ZPsO25GyVtS6mNeU2Y+771hWUyrwjsIMknRdTTy6G7gk6fjI3ZO3I4ArNThq4283vWR9WyO5D6/343HirqxswGBPeE16OLdRHIjYQU7vfk9WOO6G8vKH
sJEIAg1muaIQsyJpsODbGgZ2y2Tz7YI9edsPl6k7yuW764enJtfFCpOhA7xHAG14gfDHrv5ng/1WV49AsBBxI2wHd8uC1aCZbH7yoFvR+SbYOEMZbpMV/E4IJERT1rt2ez37hbEI641TNusNwdQnaYLFvOaaNpUL8A==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2738977
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	22	08:32
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	07	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : b7a2cccaf418a6b93701d08fc2c7bf30a800edffe33a6c89e901757f8792de62c97a4a335ad2a21935606510605206fb

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418

PACIENTE: GUTIERREZ CARRILLO NUBIA
ID: CC 27719629
TELEFONO: 3008278641
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

FECHA INGRESO: 2024-02-22
FECHA EGRESO: 2024-02-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 764095-1
DOCUMENTO: 03-1011596-011

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23

OBSERVACIONES:

Plazo: 07/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-22 08:33:21-05:00

Firma Digital:
thZaEeeC46D689RUn3/sIFSxIgoIqOlrc1tZ580NcupZeLzbgPekYYpbFCr4eT3Pxfq4XWX7cYJjgeQ/JHWVWjPzRW3h3G2URGQzjRDLKobmiZA3e/5Z65M8KIV856EI2N/yaOuYVHVYZu0jZ5AieKpWGYG/aNwaRcLaRvnWYE/+Oqc08jB5ki
xSNAFQ1XX87BMtaDHkKxNSwshxpy++sJ8Ok7gn6GmTOtE0snneecPA8SqIvenkRXYUpTpLwjRHM3Pxx2pDVJVTAa43gGUqJOATZrRt4L+WFnNhaC8jWnOp7JMWFBxMwn0RipR7rcR+SJ3eyn7a4yAPL28j4YM/7A==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA.DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2739022

PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	22	09:29
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	07	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : bcfbeaadfceaf93ac5ff044b2174acb77948933e769f43ec0cba04aa42b38b63679286b30fdb428883286c8124ccb360

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756121-1
DOCUMENTO: 03-1011669-011

PACIENTE: FUENTES DE APONTE ROSA MARIA
ID: CC 24036821
TELEFONO: 3138329963
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6521941

FECHA INGRESO: 2024-02-22
FECHA EGRESO: 2024-02-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23

OBSERVACIONES:

Plazo: 07/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2739022-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2024-02-22 09:29

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-22 09:30:19-05:00

Firma Digital:

I7tpU32KvJZ6lF7Q5LToY8WvmCx/CZZTOpvSgz6/3ULRd//xKwHAFVdOas2NewMZ6b12eHXX3DkTzCaMA2XnlvogjtzDCsQx/G5IYtUAcmANd+vaaTiDLTEGI1gPlKXyhv4laaotZp4CjZH/gTxqCAbcqDuWxBfdC52QeYDK2lzpyzPXxBk+5x
HeohVJKT22Efc7XthRpoDoWeW+9Yhvu+exMsMP5OLv7Cs72Ir37vlg8UP4ED3/sqT3GRUBawgXvsYUzVSfJrwKDGz0tu2w1qGPf8+XhLFR7jF/UfSbdLKNpVKBDLZ75sOrSe5S+f6rC91H9Wbq91BOyU1EAvn6jw==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2739133
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	22	11:50
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	07	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 0a01460e2ee3e3d8cd50b1811c4d661247807db07284836cbd3863eb024e0e6e5e2ed4d2d8fa315c1044f47788719d2e

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 764043-1
DOCUMENTO: 03-1011833-011

PACIENTE: GONZALEZ CARLOS ABEL
ID: CC 16476589
TELEFONO: 3156878035
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 6500097

FECHA INGRESO: 2024-02-22
FECHA EGRESO: 2024-02-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20154-23
NUMERO_POLIZA	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 07/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2739133-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2024-02-22 11:5(

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-22 11:53:55-05:00

Firma Digital:

BjHtWB41axz8PFbmJI5XOOf7B38zpjEqu9CLRX4IF40+Y0dJ1h2jKWNugl6ld4EAkKMVQxP7LTFaGjPhxvkQXwp8HPoJBq7QqXlWNVlM15mUkATWGQFCYvMnPAqcKb99FqG8uuMSsus/eKGdyhgApN2GMifznuMVvq4uTwWNuOEuVyqYu6HSFFkRktt9g+6/lhflnv10IYHGmyXB92Jv4OA6fgiVV+Q1IJDdqCWjGhZ5m/gTLlOgfpyIDnLoB1wTP5DxTC5RhY2AT6EIJzUUhB6Kk2z2y51FAXeTYpbYakYDnJNHbiHwi2394xURAqC+nNwFvmHlWJlW874MOZja3g==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Informativa Nro. 57616

Consecutivo de Envío Nro. 291

BOGOTÁ, 4 de Marzo de 2024

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524

CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO

BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	21 - 2730891	2024/02/01	759874	DULCE ANTONELLA CABALLERO SOLANO	2,457,600.00	
011	21 - 2739012	2024/02/22	756070	LUIS ALBERTO ROA SALCEDO	85,500.00	
011	21 - 2739125	2024/02/22	760958	VICTOR JULIO PEREZ ARAQUE	85,500.00	
011	21 - 2739129	2024/02/22	756210	BLANCA EVA ARIAS DE ARIAS	85,500.00	
011	21 - 2742428	2024/02/29	756224	BLANCA LEONOR CIFUENTES CHITIVA	85,500.00	
010	21 - 2742467	2024/02/29	691509	GABRIELA GARZON VASQUEZ	171,000.00	
	21 - 2742867	2024/02/29	756807	CARMEN TORRES DE VALERO	85,500.00	
		Número de Documentos 7		Valor Total: $	3,056,100.00	

Valor en Letras: TRES MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL CIEN PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	463005	Fecha Pre-Radicado	3/4/2024 3:15:08 PM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$3,056,100
Cantidad de Facturas Registradas	7	Vlr Fin de Cargue	$3,056,100.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

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

Index
(../Vista/frIndex.aspx)

RIPS ›

Eliminar ›

Validar Derechos ›

Consultas ›

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	463005	Fecha Pre-Radicado	3/4
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$3,(
Cantidad de Facturas Registradas	7	Vlr Fin de Cargue	$3,(
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
4	5836039	2730891	2/1/2024 12:00:00 AM	1014318805	CABALLERO SOLANO DULCE ANTONELLA	$2,457,600.00	Aceptar	Eliminar
1	5836033	2739012	2/22/2024 12:00:00 AM	4269675	ROA SALCEDO LUIS ALBERTO	$85,500.00	Aceptar	Eliminar
6	5836037	2739125	2/22/2024 12:00:00 AM	1004399	PEREZ ARAQUE VICTOR JULIO	$85,500.00	Aceptar	Eliminar
3	5836035	2739129	2/22/2024 12:00:00 AM	41475812	ARIAS DE ARIAS BLANCA EVA	$85,500.00	Aceptar	Eliminar

Generar Soporte de PreRadicado

Gallo & Gallo
CONTADORES SAS

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL
DELINSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de enero de 2024 y planilla del mes de enero de 2024 pagada el día 15 de febrero de 2024, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respectoal pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de enero del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, a los dieciséis (16) días del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

CLAUDIA ESMERALDA AMAYA PINZÓN
Revisor Fiscal T.P. 95104-T
Designada por Gallo & Gallo Contadores S.A.S
2024-0054

Carrera 11A No. 97A – 19 Of 307
(57) (601) 2134170
310 764 67 15
info@galloygallo.com
www.galloygallo.com
Bogotá - Colombia

CONTADORES PÚBLICOS
CONSULTORES
AUDITORES

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	456212840	9462814732	E	2024/02/16	2024/02/15	BANCO POPULAR	0	$667,191,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				512	$274,130,700	$0	$0	$274,130,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	51	$27,667,600	$0	$0	$27,667,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	157	$111,159,700	$0	$0	$111,159,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	209	$91,672,100	$0	$0	$91,672,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	89	$35,254,500	$0	$0	$35,254,500
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$8,376,800	$0	$0	$8,376,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				541	$211,675,600	$0	$0	$211,675,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,482,700	$0	$0	$14,482,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$478,300	$0	$0	$478,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	154	$59,360,500	$0	$0	$59,360,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	55	$28,456,200	$0	$0	$28,456,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	81	$25,104,900	$0	$0	$25,104,900
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$668,700	$0	$0	$668,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$7,245,400	$0	$0	$7,245,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$623,000	$0	$0	$623,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$12,515,400	$0	$0	$12,515,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	145	$61,099,200	$0	$0	$61,099,200
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
TOTAL				541	$667,191,300	$0	$0	$667,191,300

2024/02/15 09:49 AM

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2730891
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	01	08:17
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	17	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : a87300a09835dd6e5344c8523274196a02fecfa48c16832aa0a7505187bab2b31911efac50fc1c0ebd1b3d1895850993

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 759874-1
DOCUMENTO: 03-1002473-010

PACIENTE: CABALLERO SOLANO DULCE ANTONELLA
ID: RC 1014318805
TELEFONO: 3196406107
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6762301

FECHA INGRESO: 2024-02-01
FECHA EGRESO: 2024-02-01
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	8,00	307.200,00		2.457.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/03/2024

SUBTOTAL	2.457.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	2.457.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	2.457.600,00

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2730891-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2024-02-01

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-01 08:17:43-05:00

Firma Digital:
eqMp6SDPz9eKZ3WPdqpAg64M5F1F4Z+wSOsS6HUnQwpvy/LNFCDWlopI4dlYc7ZbkV8/ylnKS1EATx3nMRkWnc3Xccz4ypwqnDTE2qHXvYMw/l6rlaNLeO7/CY9rDRrvbKQY+clJt20QE19xUrODOb1hXDvt/epy18blG4/RhPpU/wXTlucF1xVA4zKO3i1Je+AWS+LYFPTN5NBZxCa9dVr54yzHTGW/Ilr79lWfDyCQd77ORF+Y6kxkhx/LjQy6WsHpqcg0UhFQbW/mlGBGrLordZ82ZxtQ4pHVgFHbf3Kf0KFEoMxEFtD1wxcWBRWkh1F6WjsLL3GIPhovfdpTHQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2739012
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	22	09:18
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	07	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 7f8132b0734402d7649f7302610f306ae74e54fa6a9dc351d3dcef00f280d70e7c1a715852387817cc87ed813a8d30a1

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756070-1
DOCUMENTO: 03-1011641-011

PACIENTE: ROA SALCEDO LUIS ALBERTO
ID: CC 4269675
TELEFONO: 3502816199
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 7022692

FECHA INGRESO: 2024-02-22
FECHA EGRESO: 2024-02-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Sandra Milena Torres Avila
Aux. Facturación de Hospitalización
C. C. 52.521.967

Plazo: 07/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2739012-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2024-02-22 09:18:10

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-22 09:18:37-05:00

Firma Digital:

fTiqpATrdrcj1RWAPT57XRq0wVtXdaIvAxLLYvU85kcMqB3GCxKbcYAOAN1u6IR6G/qQB8c1/qMvgd0aOBLDdpzIFHcc1A7a9m1tgdp+nbhLTj6ua2tf7yB2yrlpxzwWr4bXlX3mODwGQbCvMNiby31IqBgBKLvM+4y2w6sGwQ9cUgKCqtqdj
KczHw9CuLz6MwJSL8Ara1qgZTxJzdcMcT9VUTjfhDyRHhbu3L8F176YZO4yR5gM7GHsfyrw3wtjekqPfxG3FhG82gUAfWg8A5cytCa1cWgqPaEpAq8cabDLQqfW/CWKD5knufoHIGQemv+vG7+ii82NjxZes12URg==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2739125
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	22	11:37
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	07	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : c4389f4f70d6fc7552937ef28c69e9c8ee92ef77a50ba52b5cd1a3cf880e87110a7a7c45df69b575276c90ca637eedd5

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 760958-1
DOCUMENTO: 03-1011827-011

PACIENTE: PEREZ ARAQUE VICTOR JULIO
ID: CC 1004399
TELEFONO: 3102437645
AUTORIZACIÓN: 6907756

FECHA INGRESO: 2024-02-22
FECHA EGRESO: 2024-02-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Sandra Milena Torres Avila
Aux. Facturación de Hospitalizados
C. C. 52.521.967

Plazo: 07/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2739125-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2024-02-22 11:37:06

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-22 11:37:34-05:00

Firma Digital:
sLjn3dPEk/CuzKnlqKttrYG/Vrrg1+qcKmXQFHE/h7IO5OFpYuTaju4wF3o0xgoO+NyOV+BCOjrSRD9NgW1ciJQaM+ILuEUdBdL/+hGV6TfQN4PHj813PprAvcloLaHLxSOAiNyzNb3nKIFJL/0Czdcp6StTwUgPQYjeOKweqG1ngp38eY1wREJ
SAvX5mcoBPlQaSHtSy42AQ9m1Dc/VKmCcjXekToC5AhqA3b7hzEVb91NU814lkmnm3frfOJ4XN81x0aA9uI5pdnHbtU4VmlOXzbMc1IKdb7shFzJJKdRN/ahOZmytxWd5Q3IG4BCIk99HuwqlAHcV+vHVng77fg==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2739129
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	22	11:45
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	07	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 19ea13d1375f792b00ecc959c2cbba884b7b3bfb76b5f19df865032e9a5e173b7c977c5750ae390f76acfc1c8aed51fd

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756210-1
DOCUMENTO: 03-1011832-011

PACIENTE: ARIAS DE ARIAS BLANCA EVA
ID: CC 41475812
TELEFONO: 3232510008
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6741513

FECHA INGRESO: 2024-02-22
FECHA EGRESO: 2024-02-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Sandra Milena Torres Avila
Aux. Facturación de Hospitalización
C.C. 52.521.967

Plazo: 07/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2739129-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2024-02-22 11:45:48

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-22 11:48:59-05:00

Firma Digital:
0seafP7tgJWH2VjPTz1zYni78TtK4uXNcpQC/ZRQ87GKo96lupS9OLPTRcA6hAClRtcGSEbnHxfo2a2DZDeNEVIOE3HvLC4rXRW/uEQa/dm9VdnZHt8mmZPUkS0FMqUuCa2uDHgmTDXupGFUqvabTd/+KNkG89UGe3agEhXcQjT2LnQqo7NjaDAY39x+05wZdetAbb4j1ZwGEUNkNmeuAvHPSWg9x3nOLcia3CZGx1RXqwJDb4lrJUQsysEll6443PBWtDqUUnYMISgvTFygVFIWv9l92i0mDU2aIqYPPIh9txgxjYfPqkH3hC9OYQ9PraarIWcXrDEed76GX8pQpw==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742428
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	09:59
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 52cc7fc0c1e0651cc20e117d42b4662d2eab15467eff35433c158987abe05c00c03075492099336eb001ea8728d699d2

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756224-1
DOCUMENTO: 03-1014919-011

PACIENTE: CIFUENTES CHITIVA BLANCA LEONOR
ID: CC 20437642
TELEFONO: 3177514786
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6669074

FECHA INGRESO: 2024-02-29
FECHA EGRESO: 2024-02-29
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin ánimo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2742428-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2024-02-29 09:59:52

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 10:00:17-05:00

Firma Digital:

u2A94g/BxazF9APNBEDDwTxv+t2I4elheMz2dNUpooPQSTVVOvUSQGw4fMZPb4TCWuC8Klwys6UGGW4QJTmXCSd+BbOWsQCa7vLIPybyifi/knr++8y1IhhZ3cy2at5UKBAjeDZe4JoneRavZ5Pw/JQPWkuS9s+592cTJmKXuVzstmr7/5pzm0W6fXWRdvRDGyAZgVKPZZkl3s7k1vscnDiZs06WjSdHztUrOysPvSrIJXIqBlzTMISbi4Zh2zMBpJzzMFXNspKHIZj4lIGPGC7wx+uYfPuBKxN55nuSMVbQsURCgRtL0rEQ4Y2ooCVd1Jgrkuj7q3aY38N3owzaA==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742467
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	10:58
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 8fc5af2155e4f44da48cd6f3e35bf48cd194f8d0f8602c15a64643d5373c7dcf93538b3b959e27cae40ccecda559087c

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 691509-1
DOCUMENTO: 03-1014978-010

PACIENTE: GARZON VASQUEZ GABRIELA
ID: RC 1011260446
TELEFONO: 3217258882
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 7077412

FECHA INGRESO: 2024-02-29
FECHA EGRESO: 2024-02-29
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL-MAXILOFACIAL CONSULTA-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
2	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA-NEUROCIRUGIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 2				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta		

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	171.000,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	171.000,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	171.000,00

SON: CIENTO SETENTA Y UN MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2742467-010 Prog: cayfac Usuario: vvanegas VICTOR JULIO VANEGAS 2024-02-29 10:58:47

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 10:59:16-05:00

Firma Digital:
YYuJ1L1jfdyDbjL8eAWaI740mo/2RhBr4lqgI1ga1IMtYWU9pa1QsxnAOWDENR1MDcofbxTQuImuT+b9K5PjzaFAwqJWIE81WU4v5WWmiG+ZQmQwCAqRo6drpv7kN6v6Pf8b067qDgpvVDuGhjPf0LWXVM8iP6TIdRqW15ko9yELfiFiNg995/dqNmXg8uq3MNZn2LwvLdIrfRiChXX06aAYbUEb9KZ0pnhcEJPJuY/IXsB8W9+WYncrbM5yuSW5G90BN8SZMAy96rv508EJWfPd6ULNdVIK8CSvcNWIY6pxdNr+qendhIr2WLhxZ+pJJbjeaAu7dpSoP26FIpz0VA==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742867
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	16:11
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 524febbe7685d6be3b3b16b8d0f2504c6467561bf4cd86b87788f49edd853859998d839cc58619668f57b70d5655df3b

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756807-1
DOCUMENTO: 03-1015090-011

PACIENTE: TORRES DE VALERO CARMEN
ID: CC 41381466
TELEFONO: 3208087965
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 6637099

FECHA INGRESO: 2024-02-29
FECHA EGRESO: 2024-02-29
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	85.500,00		85.500.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825806	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial-recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-201584-23

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	85.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	85.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	85.500,00

SON: OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No:

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2742867-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2024-02-29 16:11

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 16:12:02-05:00

Firma Digital:
HZ5gZXseVJnNWRSBENLFwY3tFGyPJVbZ9XQLv1VDqa1+IdS4Mw138bjQBseVN+EJ88Yw07KIyDw+DOKfgNLmTU6ulSnHKP1Snqmak4Dn9VjarrI8VbgyIUQO5k4jWJPyYDI6BOTczTuNlpnd44pl1buy1TI1K7st1LkMjKyz4t6iFej7IGKwz/kGPZJ7ne5obo09phZJAtJ4LaVubS9N1qJnjF/taOX6VMzxWyEdmq/np75rBtstRVxh2nhuywg+oxGOTsvh25tdmMG2GQt6rdIHuAGoFN0cnKzUNNM6Gtc7M7IhW6Ah5nWZeaK2w7RZq0J5S+hCSHj5UhKpa2M6bn7Q==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Informativa Nro. 57619

Consecutivo de Envío Nro. 292

BOGOTÁ, 4 de Marzo de 2024

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524

CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO

BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	20 - 2732923	2024/02/07	746177	JOSE MIGUEL LLANES PINZON	457,600.00	17039205
010	20 - 2735501	2024/02/14	745795	LILIA BECERRA DIAZ	760,500.00	23554031
010	20 - 2735520	2024/02/14	745963	MARIO ALIRIO MEDINA	302,900.00	13247198
010	20 - 2735525	2024/02/14	746238	JOSE ALFONSO TORRES GARCIA	457,600.00	19134388
010	20 - 2738032	2024/02/20	750230	DORALBA SANTOS CELY	1,425,500.00	23323429
010	20 - 2740409	2024/02/26	750390	ROSA ADELA BOHORQUEZ DE PATIÑO	550,501.00	27558719
	20 - 2740422	2024/02/26	747950	NORMA CONSTANZA BELTRAN CELIS	4,511,049.00	51976932
010	23 - 2743003	2024/03/01	246250	MATIAS ORTIZ MURCIA	3,213,114.00	1147488757
010	23 - 2743490	2024/03/04	746108	SOLEDAD GOMEZ DE CASTRO	459,451.00	25119199
		Número de Documentos 9		Valor Total: $	12,138,215.00	

Valor en Letras: DOCE MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	463063	Fecha Pre-Radicado	3/4
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1:
Cantidad de Facturas Registradas	9	Vlr Fin de Cargue	$1:
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
1	5838392	2732923	2/7/2024 12:00:00 AM	17039205	LLANES PINZON JOSE MIGUEL	$457,600.00	Aceptar	Eliminar
7	5838397	2735501	2/14/2024 12:00:00 AM	23554031	BECERRA DIAZ LILIA	$760,500.00	Aceptar	Eliminar
6	5838396	2735520	2/14/2024 12:00:00 AM	13247198	MEDINA MARIO ALIRIO	$302,900.00	Aceptar	Eliminar
9	5838399	2735525	2/14/2024 12:00:00 AM	19134388	TORRES GARCIA JOSE ALFONSO	$457,600.00	Aceptar	Eliminar

Generar Soporte de PreRadicado

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	463063	Fecha Pre-Radicado	3/4/2024 3:35:41 PM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$12,138,215
Cantidad de Facturas Registradas	9	Vlr Fin de Cargue	$12,138,215.00
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

Gallo & Gallo
CONTADORES SAS

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL
DELINSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de enero de 2024 y planilla del mes de enero de 2024 pagada el día 15 de febrero de 2024, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respectoal pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de enero del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, a los dieciséis (16) días del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

CLAUDIA ESMERALDA AMAYA PINZÓN
Revisor Fiscal T.P. 95104-T
Designada por Gallo & Gallo Contadores S.A.S
2024-0054

Carrera 11A No. 97A – 19 Of 307
(57) (601) 2134170
310 764 67 15
info@galloygallo.com
www.galloygallo.com
Bogotá - Colombia

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD DE NUESTROS SERVICIOS

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	456212840	9462814732	E	2024/02/16	2024/02/15	BANCO POPULAR	0	$667,191,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODICO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				512	$274,130,700	$0	$0	$274,130,700
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	51	$27,667,600	$0	$0	$27,667,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	157	$111,159,700	$0	$0	$111,159,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	209	$91,672,100	$0	$0	$91,672,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	89	$35,254,500	$0	$0	$35,254,500
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$8,376,800	$0	$0	$8,376,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				541	$211,675,600	$0	$0	$211,675,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,482,700	$0	$0	$14,482,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$478,300	$0	$0	$478,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	154	$59,360,500	$0	$0	$59,360,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	55	$28,456,200	$0	$0	$28,456,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	81	$25,104,900	$0	$0	$25,104,900
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$668,700	$0	$0	$668,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$7,245,400	$0	$0	$7,245,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$623,000	$0	$0	$623,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$12,515,400	$0	$0	$12,515,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	145	$61,099,200	$0	$0	$61,099,200
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
TOTAL				541	$667,191,300	$0	$0	$667,191,300

2024/02/15 09:49 AM

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2732923
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	07	14:46
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	23	

CENTRAL

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 3ad2b4a7ecab743c05023cd0966c637b415741fde2b98b065305caea9cdc69e0a193c47ecc737dff920ddc82fb76bc52

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 746177-1
DOCUMENTO: 746177-1

PACIENTE: LLANES PINZON JOSE MIGUEL
ID: CC 17039205
TELEFONO: 3107972180
POLIZA: 17039205
AUTORIZACIÓN: 6730121

FECHA INGRESO: 2024-02-05 07:16:00
FECHA EGRESO: 2024-02-05 11:36:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
2	881702	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION-UND:NAR	1,00	154.700,00		154.700,00
		TOTAL LÍNEAS: 2				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	17039205

OBSERVACIONES:

Plazo: 23/03/2024

SUBTOTAL	457.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	457.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	457.600,00

SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Este factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

INSTITUTO ROOSEVELT
Elizabeth Hernandez Ruiz
Auxiliar de Facturación
C.C. 52.917.518

ELABORÓ	FIRMA Y SELLO EMISOR	FIRMA Y SELLO CLIENTE
		CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2732923-010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2024-02-07 14:46

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-07 14:46:32-05:00

Firma Digital:
cBd/sqP1pWYmz8jSDQRbT6Zkf2tSeyreqw7xrsQkw0yJrJfoGqyelhHCeqKQXaLR92uls+wQa9yh4DR5gPpukIVJu4pMODh8/Dy96G3fXZ06uHOZF/kwhH6X3AnGBDfQP/+5brDRFs494XXZI6NV2/NiFI728rko8kn4SDKlCHUG9FOysbiETa
JQ2VPhSDhVpJfV6xSEQMAYVcdwopO3rD6uVqT6tOwwC4Bm8Kah1S5RvkaGNRV+IukHvDN0ie04Qycz7fJCgyVFjO4vZYU6HHAyImyCW58IXLgiuB8dumZHNvBHmAHdRwXtOh8Nz1TZ+/4XNZv+hbuN8jQ0/ITcQw==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2735501

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	14	11:20
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	30	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios

Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 98ed3c9698c76255e0d84563ef5cbb11040fe09f8f5ae7d7ac6bfab298bdd6dc30e1fc113f14d6ceba50d9b26dbf1003

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 745795-1
DOCUMENTO: 745795-1

PACIENTE: BECERRA DIAZ LILIA
ID: CC 23554031
TELEFONO: 3222947423
POLIZA: 23554031
AUTORIZACIÓN: 6728761

FECHA INGRESO: 2024-02-05 08:56:00
FECHA EGRESO: 2024-02-05 13:26:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
2	053101	BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
3	881702	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION-UND:NAR	1,00	154.700,00		154.700,00
		TOTAL LÍNEAS: 3				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	23554031

OBSERVACIONES:

Plazo: 30/03/2024

SUBTOTAL	760.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	760.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	760.500,00

SON: SETECIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

Elizabeth Hernández Ruiz
Auxiliar de Facturación
CC 52.01[illegible]

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2735501-010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2024-02-14 11:20

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-14 11:20:55-05:00

Firma Digital:

F762uKopwDdI/t+u7YTihHwoEP9ITAmS9/cRswpee5gJ36ZX92AcacO4c+htPCzxH4x80OqBdlHH5e4aAAQ8eqFa3EngHyfVj9VMC7aBDCWFn9xlpygNhgO31P8LzHj2vuEEqPbOm9abIST4CAZiD98kXeKnT/+3EmHuPs1olLIPX98b0h9MOuPzQStl0Tz9CMnrIu89eSP10LCt/Ft4NnGgiCvz3hJw6qK7c4EDUe/ZoeVZcv2kO/kQw8akJ6R94fnKgQg7GchHZIqpsqZtDu/oBg9Yr+Q5XF0EHI/RB/bkonTsUHtNpBpW/7SpPywNrZ5D+wrJFHa8fdpPRL4RKA==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2735520
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	14	11:37
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	30	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : e9a37aa6b1e979bb8ad80ff05008acaf498b53e43d43aad51fcd71bb83f49a021c7a1dcd3d2c3a5c63771d43e58c2245

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-S
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 745963-1
DOCUMENTO: 745963-1

PACIENTE: MEDINA MARIO ALIRIO
ID: CC 13247198
TELEFONO: 3105714190
POLIZA: 13247198
AUTORIZACIÓN: 6731291

FECHA INGRESO: 2024-02-12 10:12:00
FECHA EGRESO: 2024-02-12 14:38:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	13247198

OBSERVACIONES:

Plazo: 30/03/2024

SUBTOTAL	302.900,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	302.900,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	302.900,00

SON: TRESCIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2735520-010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2024-02-14 11:37

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero- Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-14 11:38:04-05:00

Firma Digital:
LBfJeQRQ3EXMnd/qHl3Jyh1N78U+Tt4/9QzkJGNaw5JY6wmQ/1EzpU5oK2cC+7HNI8/XwCR4kyW3uZXIEwOP/W57Rq+v8ngqDf4waqaKjAz2C7SayoiVHC0bDopCHRxEZE+lrR8L8o7xYT/BZJzjRfBTv7KOQmKjkoB72PAJygsSIwz4KVT5jTE7chqJcvr3nPFEFJgLWt/luHZzw5gaFQES9p5tIKqOofmEjBTI02Oidhw+nLh6zN/XcaIDBQzJ62jNvstwtYhRTx38uILsS/Wz0LmYEN0PvQFODfnH7ZuwIzt3GmRsXSRtySlNEDzN/PgNsmOdJb7enFNIYdRxJg==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2735525
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	14	11:44
FECHA VENCIMIENTO			
2024	03	30	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 42cef221e0d0d506d6e056484710716d6d6eb21e1b1fdc0eeab20325b392a5c5f5d37d59955b7583e64bbb31c3600428

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 746238-1
DOCUMENTO: 746238-1

PACIENTE: TORRES GARCIA JOSE ALFONSO
ID: CC 19134388
TELEFONO: 3114556908
POLIZA: 19134388
AUTORIZACIÓN: 6679873

FECHA INGRESO: 2024-02-07 11:31:00
FECHA EGRESO: 2024-02-07 16:01:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
2	881702	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION-UND:NAR	1,00	154.700,00		154.700,00
		TOTAL LÍNEAS: 2				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	19134388

OBSERVACIONES:

Plazo: 30/03/2024

SUBTOTAL	457.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	457.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	457.600,00

SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

Jhonatan Fernandez Ruiz
Auxiliar de Facturación
C.C. 52.913.519

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2735525-010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2024-02-14 11:44

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-14 11:44:27-05:00

Firma Digital:
tTM3131IlwjTvLAuRxU4/Jblqy5QYBAykJSzenaNFtVA8b5ZjuQAP1QNv6H6HkQvEsiHdtFBo3bNsnoCnp2BzIuPpercR0KVZWoVpk7nO8B7P7dvHjP/Q3A4t/ssXfTh/84+wTdZr+leinF8fjfXus57cD5gvjAcTeGQltCFgpQwURgwwXbiVkv3Cq
JrNx8czczJpZAQdpQd7CeEmMzEBBcb8A0771Uz50PBe+2uWFlc1fZ6Os42kQr8pHCS4DDc9c1+jAnimh851pqvPIDpsk+1AgbFynduH+F+kS6qytboNhFx3jY0caqF6FIrTMMUYJ+Jx9oAIDMcrXTqM2fGSA==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2738032
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	20	10:54
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	05	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : d00cb978759d8de0f2d6c111495edb6ccd3e4574125e8672d67358222da8b3c6d4f7dfb4574c3bac13a8828c615c1865

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 750230-1
DOCUMENTO: 750230-1

PACIENTE: SANTOS CELY DORALBA
ID: CC 23323429
TELEFONO: 3208989515
POLIZA: 23323429
AUTORIZACIÓN: 6773038

FECHA INGRESO: 2024-02-12 12:01:00
FECHA EGRESO: 2024-02-12 17:31:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	038200	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	1.425.500,00		1.425.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	23323429

OBSERVACIONES:

Plazo: 05/04/2024

SUBTOTAL	1.425.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	1.425.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	1.425.500,00

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2738032-010 Prog: cfafac Usuario: inemeguen INGRID PAOLA NEMEGUEN GIRALDO 2024-02-20 10:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-20 10:55:18-05:00
Firma Digital:
gVlfujOFbS8zYXK+cuXE6zq5oyCwkMM4bVP5xQ66ACznoS0UFYd6J0P31y51AUI7wdzzv2VqL6k74QSGfXfvADV/5wkTTE3hrcn3AHIDyX3JSuNVbE3N0Y9febq6k7y0HYUItOR5v+r7xhzOGUwmVQ0Ua7jGo6OOm/BwQU8dyUqB3vXw3B2KYUMPCf4KBUtS/BJUW9se2N+hxfJwZNKG42yYhkaSf28siJhYsgAeYmFcm8z7Dsnd+4rMRzvzLdzMnGMlV7ODDue2Ok6kNCRHdxZo8TgCPtk2V9LL01Icos7iDVzjHsaKcgoIPtKO3dNgbzQw6DgO9W4nHIYfahO6KQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2740409
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	26	10:03
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	11	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 702862f051475637bf3b8df969ae27f50c496ba6b76f6a6f04615ba486d86b345df0b858f9a447b7dac7ef06caf094d8

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 750390-1
DOCUMENTO: 750390-1

PACIENTE: BOHORQUEZ DE PATIÑO ROSA ADELA
ID: CC 27558719
TELEFONO: 3115814501
POLIZA: 27558719
AUTORIZACIÓN: 6733385

FECHA INGRESO: 2024-02-19 14:26:00
FECHA EGRESO: 2024-02-19 18:48:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
2	ART27	SI COMO APOYO A LA PRACTICA DEL PROCEDIMIENTO ES INDISPENSABLE LA UTILIZACIÓN DE FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES:$46305-UND:NAR	1,00	196.400,00		196.400,00
3	29523-3B05BB0101	SODIO CLORURO 0.9% BOLSA 100ML (SUERO) BAXTER-UND:NAR	1,00	4.068,00	0.00	4.068,00
4	DG04502	CATETER IV RADIOPACO 22G 1 REF 4251318 POLIURETANO INTROCAN CERTO B.BRAUN-UND:NAR	1,00	18.823,00	0.00	18.823,00
5	DG06801	CONECTORES CLAVE-UND:NAR	1,00	7.379,00		7.379,00
6	DG08103	ELECTRODO ADULTO/PEDIATRICO GOLDEN CARE-UND:NAR	3,00	617,00		1.851,00
7	DG15304	JERINGA DESECHABLE 5ML 21G X 1 1/2 3P ALFASAFE-UND:NAR	2,00	2.688,00		5.376,00
8	DG15503	JERINGA DESECHABLE 10ML CA 21G 1 1/2 3P ALFA SAFE-UND:NAR	3,00	3.228,00		9.684,00
9	DG15603	JERINGA DESECHABLE 20ML CA 21G 1 1/2 3P ALFA SAFE-UND:NAR	1,00	4.020,00		4.020,00
		Iva 0,00% 0,00 TOTAL LÍNEAS: 9				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	27558719

OBSERVACIONES:

Plazo: 11/04/2024

SUBTOTAL	550.501,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	550.501,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	550.501,00

SON: QUINIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS UN PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2740409-010 Prog: cfafac Usuario: inemeguen INGRID PAOLA NEMEGUEN GIRALDO 2024-02-26 10:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-26 10:04:22-05:00

Firma Digital:
vhy9FnZBu0Eod9Tfta/Emyq1kJVqKEPrgTtXjWIx4mTfJik3oIRmkYT8Cr9tHYgRKTHRck0Yd8QDXevPfRjUxFKFQCR6VzPBMzCJLWaapZQHSWLIscWV7t8dXJxNrY5qMWrTNr4nn+ZZTzrhSh2vtu1wyCFGfWprPZhTEvS6Ag3MIwsMbEpLE
NCmkLM4/hWSAc9IRpRNlgrko+F5ykhxX2amU8p4svZ+EVFRGfJ8BiSCoG6wJB8wxFnkhKpOjKK9FwgZER5LCyQulYabINPnfSGtJREEstpCce6s28/XPMaIsvIkLk99CxAY/psNI+k6KITPLg3ON0RI9IDTB/A3kw==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2740422
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	26	10:13
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	11	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

GENERAL

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 8937701543c473ad18a0c17a22022a00c1edb749c59913049 4f772189866343dce88f259d9ea00346144bc512c555b63

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 —
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 747950-1
DOCUMENTO: 747950-1

PACIENTE: BELTRAN CELIS NORMA CONSTANZA
ID: CC 51976932
TELEFONO: 3167211522
POLIZA: 51976932
AUTORIZACIÓN: 6754147

FECHA INGRESO: 2024-02-19 15:06:00
FECHA EGRESO: 2024-02-19 21:30:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	039001	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	930.800,00		930.800.00
2	039001	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	1.436.900,00		1.436.900.00
3	039001	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	551.200,00		551.200.00
4	039001	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	681.200,00		681.200.00
5	053103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900.00
6	ART27	SI COMO APOYO A LA PRACTICA DEL PROCEDIMIENTO ES INDISPENSABLE LA UTILIZACIÓN DE FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES:$46305-UND:NAR	1,00	196.400,00		196.400.00
7	DC00902	AGUJA PARA ANESTESIA INTRADURAL No 22G X 4 3/4 SPINOCAN-UND:NAR	3,00	60.869,00		182.607.00
8	DC21504	SET DE ANESTESIA EPIDURAL 18G 1.3MM/ 80 MM CON AGUJA REF 4514017 B BRAUN-UND:NAR	1,00	170.239,00	0,00	170.239.00
9	DG03301	CANULA NASAL ADULTO OXIGENOTERAPIA MEDEX MEDITEC 2 METROS-UND:NAR	1,00	30.750,00		30.750.00
10	DG04502	CATETER IV RADIOPACO 22G 1 REF 4251318 POLIURETANO INTROCAN CERTO B.BRAUN-UND:NAR	1,00	18.823,00	0,00	18.823.00
11	DG06801	CONECTORES CLAVE-UND:NAR	1,00	7.379,00		7.379.00

OBSERVACIONES:

Plazo: 11/04/2024

SUBTOTAL	4.511.049,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	4.511.049,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	4.511.049,00

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Folio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2740422-010 Prog: cfafac Usuario: inemeguen INGRID PAOLA NEMEGUEN GIRALDO 2024-02-26 10:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-26 10:14:00-05:00

Firma Digital:
hkwQV8YO5z0olCJiSKzPYUCrbeDBBsNRUUcfWp04rLTtMDpOUWUbpcurzfRM+3zfn0tZPbtVjr46562wfBt2LzLHckFqQgkXzbKkmazwBcVS+n7GBWKh2I+qXRh9zzqlzU93rzrzhpMXH9JivbaHtzXyNs59m3qeYX4aJ7NHjodB4Z3VyXZPVuIA7No/SGpaBGvskMkdHdQ4KLAs7QPxMEk8jYw4LOU2mRhQ7jfwgYjAKL0WfDSl9L1TW7dFc4dokFeY8oasqy4HgU+ykeIbGKNUQcIKwWHM79jNPV8XKYV0dKjeIA73ScPbrJp/x/7jrUpLgDEaS9DJycST6e4P3Q==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.Institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2740422
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	26	10:13
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	11	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte -
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 8937701543c473ad18a0c17a22022a00c1edb749c599130494f772189866343dce88f259d9ea00346144bc512c555b63

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 747950-1
DOCUMENTO: 747950-1 747950-1

PACIENTE: BELTRAN CELIS NORMA CONSTANZA
ID: CC 51976932
TELEFONO: 3167211522
POLIZA: 51976932
AUTORIZACIÓN: 6754147

FECHA INGRESO: 2024-02-19 15:06:00
FECHA EGRESO: 2024-02-19 21:30:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
12	DG08103	ELECTRODO ADULTO/PEDIATRICO GOLDEN CARE-UND:NAR	3,00	617,00		1.851,00
		Iva 0,00% 0,00				
		TOTAL LÍNEAS: 12				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	51976932

OBSERVACIONES:

Plazo: 11/04/2024

SUBTOTAL	4.511.049,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	4.511.049,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	4.511.049,00

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Sio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2740422-010 Prog: cfafac Usuario: inemeguen INGRID PAOLA NEMEGUEN GIRALDO 2024-02-26 10:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-26 10:14:00-05:00

Firma Digital:
hkwQVBYOSz0olCJISKzPYUCrbeDBBsNRUUcfWp04rLTtMDpOUWUbpcurzfRM+3zfn0tZPbtVjr46562wfBt2LzLHckFqQqkXzbKkmazwBcVS+n7GBWKh2I+qXRh9zzqlzU93rzrzhpMXH9JlvbaHtzXyNs59m3qeYX4aJ7NHjodB4Z3VyXZPVU
IA7No/SGpaBGvskMkdHdQ4KLAs7QPxMEk8jYw4LOU2mRhQ7jfwgYjAKL0WfDSi9L1TW7dFc4dokFeY8oasqy4HgU+ykeIbGKNUQcIKwWHM79jNPV8XKYV0dKjeIA73ScRbrJp/x/7jrUpLgDEaS9DJycST6e4P3Q==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2743003
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	03	01	08:56
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	15	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 0435f11386460833c1616a66262e61d1a900742a98c09dbd41ce9697d32cdaa014f5c209848c05914c7a1fa15e542337

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 246250-11
DOCUMENTO: 246250-11

PACIENTE: ORTIZ MURCIA MATIAS
ID: TI 1147488757
TELEFONO: 3134974157
POLIZA: 1147488757
AUTORIZACIÓN: 6752381

FECHA INGRESO: 2024-02-16 08:58:00
FECHA EGRESO: 2024-02-16 14:06:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	429.900,00		429.900,00
2	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	316.300,00		316.300,00
3	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	914.300,00		914.300,00
4	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	1,00	151.200,00		151.200,00
5	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	552.900,00		552.900,00
6	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	126.950,00		126.950,00
7	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	83.000,00		83.000,00
8	DC00961	AGUJA PARA BLOQUEO DE NERVIO UNIPLEX PAJUNK 22G X 50MM-UND:NAR	1,00	197.394,00		197.394,00
9	DC02302	BOLSA RECOLECTORA DE 3000ML LINNER CARDINALHEALTH-UND:NAR	1,00	109.064,00		109.064,00
10	DC14202	MASCARA PARA OXIGENO PEDIATRICA BIOLIFE BIOPLAST REF B503400-UND:NAR	1,00	46.125,00		46.125,00
11	DG04502	CATETER IV RADIOPACO 22G 1 REF 4251318 POLIURETANO INTROCAN CERTO B.BRAUN-UND:NAR	1,00	18.823,00	0,00	18.823,00
12	DG06001	CATETER NELATON No 16 SHERLEG-UND:NAR	1,00	9.681,00		9.681,00

OBSERVACIONES:

Plazo: 15/04/2024

SUBTOTAL	3.213.114,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	3.213.114,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	3.213.114,00

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL CIENTO CATORCE PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 23-2743003-010 Prog: cfafac Usuario: inemeguen INGRID PAOLA NEMEGUEN GIRALDO 2024-03-01 08:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-03-01 08:57:16-05:00

Firma Digital:
vlZSEcxoZnV0Rgc3a03aaaaoucpzvVyLQ+yd+NtaOCVXy+h0DIXpTIAIL/yRDLDvivxyLIjeDSYOrJJrCevE8uZo5WwPD1eLfsaVLX7HWi9yGSDZ9XpiSbZRgYJaGH6qn2P5qdfX5LpJwPYWiY32BB2rXNqnZu3RZagYUQtgm9ljB6md2ncbzaF
UzzzO5gsS2tvhswNJOvrtAI+cTzcw94rIP1h3tm5amn2vOhEZm1n2FRNO5jW6JZhJzkvKiM+jV8w2ICvd8iMtOBP5QrdqZ6fTDcFpNT5c3SJRFWnmZPVqRS97I29dJ/NWVjX+I5HVszYKskjZM1dDUQrUszqsw==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2743003
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	03	01	08:56
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	15	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 0435f11386460833c1616a66262e61d1a900742a98c09dbd41ce9697d32cdaa014f5c209848c05914c7a1fa15e542337

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 246250-11
DOCUMENTO: 246250-11 246250-11

PACIENTE: ORTIZ MURCIA MATIAS
ID: TI 1147488757
TELEFONO: 3134974157
POLIZA: 1147488757
AUTORIZACIÓN: 6752381

FECHA INGRESO: 2024-02-16 08:58:00
FECHA EGRESO: 2024-02-16 14:06:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
13	DG08205	ELECTRODO MONITOREO PEDIATRICO 3M REF 2248-50-UND:NAR	3,00	4.604,00		13.812,00
14	DG09001	EQUIPO I.V. BOMBA INFUSION (MICROPUNTO) CON CLAVE ICUMEDICAL-UND:NAR	1,00	145.496,00	0,00	145.496,00
15	DG31301	VENDA ALGODON LAMINADO 5X5 YARDAS MER-MAX-UND:NAR	7,00	2.099,00		14.693,00
16	DG31701	VENDA ELASTICA 5X5 YARDAS MER-MAX-UND:NAR	2,00	2.840,00		5.680,00
17	DG32101	VENDA YESO 5X5 YARDAS 400220 BSN MEDICAL-UND:NAR	6,00	12.966,00		77.796,00
		Iva 0,00% 0,00 TOTAL LÍNEAS: 17				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	1147488757

OBSERVACIONES:

Plazo: 15/04/2024

SUBTOTAL	3.213.114,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	3.213.114,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	3.213.114,00

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL CIENTO CATORCE PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin ánimo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id interno: 23-2743003-010 Prog: cfafac Usuario: inemeguen INGRID PAOLA NEMEGUEN GIRALDO 2024-03-01 08:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-03-01 08:57:16-05:00

Firma Digital:
vIZSEcxoZnV0Rgc3a03aaaaoucpzvVyLQ+yd+NtaOCVXy+h0DIXpTIAIL/yRDLDvIvxyLIJeDSYOrJ1rCevE8uZo5WwPD1eLfsaVLX7HWi9yGSDZ9XpiSbZRgYJaGH6qn2P5qdfX5LpJwPYWlY32BB2rXNqnZu3RZagYUQtgm9ljB6md2ncbzaF
UzzzO5gsS2tvhswNJOvrtAI+cTzcw94rIP1h3tmSamn2vOhEZm1n2FRNO5jW6JZhjzkvKiM+jV8w2ICvd8iMtOBP5QrdqZ6fTDcFpNT5c3SJRFWnmZPVqRS97l29dJ/NWVjX+l5HVszYKskjZM1dDUQrUszqsw==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2743490
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	03	04	10:10
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	18	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : b437b3606c75a5abdf276b443304c6c1b83556c895c00c182b8769736632242848077a8f6545a570e830a012ad95eef0

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 746108-1
DOCUMENTO: 746108-1

PACIENTE: GOMEZ DE CASTRO SOLEDAD
ID: CC 25119199
TELEFONO: 3223918350
POLIZA: 25119199
AUTORIZACIÓN: 6724726

FECHA INGRESO: 2024-02-21 12:50:00
FECHA EGRESO: 2024-02-21 14:55:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900.00
2	881702	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION-UND:NAR	1,00	154.700,00		154.700.00
3	DG08103	ELECTRODO ADULTO/PEDIATRICO GOLDEN CARE-UND:NAR	3,00	617,00		1.851.00
		TOTAL LÍNEAS: 3				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	25119199

OBSERVACIONES:

Plazo: 18/04/2024

SUBTOTAL	459.451,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	459.451,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	459.451,00

SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 23-2743490-010 Prog: cfafac Usuario: inemeguen INGRID PAOLA NEMEGUEN GIRALDO 2024-03-04 10:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-03-04 10:10:32-05:00

Firma Digital:
v7kpvjyIEdWWI/N74N8/1vwQ6WmakqArtIkTqoN/CXxEYCwC4SdkH+s+aWNOxA966S9pAucjz2vzlAgT7E7C9+60OKqvn3Mbtjv4ok5QycLgX7G1dnmiqkR0nxTZQZHGe5rlcUXTNK/UQj4H5KHPZUFD7QYp/ORhFyYBn8Y5QsI8w3wqc
WRlhS7Sp5MgszsQcAAxItjGhKRYVoCPpYIkUIVPCODL5RcnC7CeHCNvADb+uIjORwuPtwwudN9TG6xWwC3xpC3zUrRM8ke+QqVs7jss6lWsuS/jC4DET7Ah0KSlbAHSRvZ8ZKjwI8hHHXEIjBs7du8g8KQEmeZBriYcgw==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Informativa Nro. 57622

Consecutivo de Envío Nro. 293

BOGOTÁ, 4 de Marzo de 2024

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524

CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO

BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	20 - 2741232	2024/02/27	756430	MARIA LEONOR SALGADO TRUJILLO	1,728,400.00	41749859
010	20 - 2741373	2024/02/27	746237	EUMELINA GOMEZ DE VEGA	3,403,890.00	41371470
010	20 - 2742885	2024/02/29	751093	MARIA LUISA GUTIERREZ CASALLAS	605,800.00	20357172
		Número de Documentos 3		Valor Total: $	5,738,090.00	

Valor en Letras: CINCO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVENTA PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre-Radicado	463723	Fecha Pre-Radicado	3/5
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$5,
Cantidad de Facturas Registradas	3	Vlr Fin de Cargue	$5,
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
3	5848250	2741232	2/27/2024 12:00:00 AM	41749859	SALGADO TRUJILLO MARIA LEONOR	$1,728,400.00	Aceptar	Eliminar
2	5848249	2741373	2/27/2024 12:00:00 AM	41371470	GOMEZ DE VEGA EUMELINA	$3,403,890.00	Aceptar	Eliminar
1	5848248	2742885	2/29/2024 12:00:00 AM	20357172	GUTIERREZ CASALLAS MARIA LUISA	$605,800.00	Aceptar	Eliminar

Generar Soporte de PreRadicado

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	463723	Fecha Pre-Radicado	3/5/2024 9:13:59 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$5,738,090
Cantidad de Facturas Registradas	3	Vlr Fin de Cargue	$5,738,090.00
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

Gallo & Gallo
CONTADORES SAS

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL
DELINSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de enero de 2024 y planilla del mes de enero de 2024 pagada el día 15 de febrero de 2024, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respectoal pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de enero del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, a los dieciséis (16) días del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

CLAUDIA ESMERALDA AMAYA PINZÓN
Revisor Fiscal T.P. 95104-T
Designada por Gallo & Gallo Contadores S.A.S
2024-0054

Carrera 11A No. 97A – 19 Of 307
(57) (601) 2134170
310 764 67 15
info@galloygallo.com
www.galloygallo.com
Bogotá - Colombia

CONTADORES
AUDITORES
ASESORES

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	8 - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	456212840	9462814732	E	2024/02/16	2024/02/15	BANCO POPULAR	0	$667,191,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				512	$274,130,700	$0	$0	$274,130,700
COLFONDOS	23l001	800,227,940	6	51	$27,667,600	$0	$0	$27,667,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	157	$111,159,700	$0	$0	$111,159,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	209	$91,672,100	$0	$0	$91,672,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	89	$35,254,500	$0	$0	$35,254,500
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$8,376,800	$0	$0	$8,376,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				541	$211,675,600	$0	$0	$211,675,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,482,700	$0	$0	$14,482,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$478,300	$0	$0	$478,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	154	$59,360,500	$0	$0	$59,360,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	55	$28,456,200	$0	$0	$28,456,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	81	$25,104,900	$0	$0	$25,104,900
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$668,700	$0	$0	$668,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$7,245,400	$0	$0	$7,245,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$623,000	$0	$0	$623,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$12,515,400	$0	$0	$12,515,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	145	$61,099,200	$0	$0	$61,099,200
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
TOTAL				541	$667,191,300	$0	$0	$667,191,300

2024/02/15 09:49 AM

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2741232

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	27	12:11
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	12	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 6bef4d3de47a1fde34060722a7762166bcb420e0ae311c6a1b839f8c68246c6e233b513c0ac9f9fe40f6217904482 8a1

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756430-1
DOCUMENTO: 756430-1

PACIENTE: SALGADO TRUJILLO MARIA LEONOR
ID: CC 41749859
TELEFONO: 3232329314
POLIZA: 41749859
AUTORIZACIÓN: 6728319

FECHA INGRESO: 2024-02-21 11:30:00
FECHA EGRESO: 2024-02-21 18:02:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053115	BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
2	038200	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	1.425.500,00		1.425.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 2				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	41749859

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2024

SUBTOTAL	1.728.400,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	1.728.400,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	1.728.400,00

SON: UN MILLON SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

Liz Elizabeth Hernandez Ruiz
Auxiliar de Facturación
C.C. 52.917.513

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2741232-010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2024-02-27 12:11

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2024-02-27 12:12:00-05:00

Firma Digital:
KI7Deet4imVT2jt/okoEctVRr5ojaCqKs7Io8JBD0p7b30DUTd3v3YaBSWJlVefqrjtvdW0+dg66sLTrTvQLJqQGWYGgtjJdLkQP9ToXf4lOutgJnv/0jOQRwAIbE04JqGY1c7BVILnJ93+WFGtOnMCElYsUhl1zRajZzmW0EV+DZmiXH8YCISZ2d1ZUq2SSf6Qrqn/OqRkvDt5y9eJFANvfyuAw6pWhGe7bNRYjL+L2jDA8MYfDeHEsUTxRh2J5VLXYshPA4cc6klAbQHgPocGSZYwreEZGxZAajYgHy3/VWoppk3VKo3ZCjR06L4M9dOk+8vcXInlibMSPX+ic5g==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2741373
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	27	14:38
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	12	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : fd7ae75a415d4278c7a41d20530b5a23dce8f1d96a7497cadb9e7d3eea909801335055d6e170fc4fe72d5fac09c638e9

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 746237-1
DOCUMENTO: 746237-1

PACIENTE: GOMEZ DE VEGA EUMELINA
ID: CC 41371470
TELEFONO: 3004243722
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 41371470

FECHA INGRESO: 2024-02-26 12:35:00
FECHA EGRESO: 2024-02-26 14:47:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	039001	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	1.436.900,00		1.436.900,00
2	039001	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	681.200,00		681.200,00
3	039001	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	930.800,00		930.800,00
4	839600	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	28.200,00		28.200,00
5	881702	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION-UND:NAR	1,00	154.700,00		154.700,00
6	DC21504	SET DE ANESTESIA EPIDURAL 18G 1.3MM/ 80 MM CON AGUJA REF 4514017 B BRAUN-UND:NAR	1,00	170.239,00	0.00	170.239,00
7	DG08103	ELECTRODO ADULTO/PEDIATRICO GOLDEN CARE-UND:NAR	3,00	617,00		1.851,00
		Iva 0,00% 0,00 TOTAL LÍNEAS: 7				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	41371470

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2024

SUBTOTAL	3.403.890,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	3.403.890,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	3.403.890,00

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2741373-010 Prog: cfafac Usuario: jacruz JAVIER ANDRES BOHORQUEZ CRUZ 2024-02-27 14:3

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-27 14:43:31-05:00

Firma Digital:
GXKrx/CdE1VRpQbgo6ZZbBzexilcc8FFy9Y0+BJ2k/508hSI3S+PnJnD4WwaOwIJROAI/kjxEgd+e3dLzP5m01G5n6hpBhaT252Jhnxghmk2MQqymSy/HYv1XvTm8c0pHe+IsF4SnuD2KyMqwcCudbNkvERxK2r2wWrnLiORvG/yZrVLFUa
GrIhqt/Cpw2AL04nLwqLDt9q4Gw2IWZ9HoCoIsruDgHJBKaJmgAWzdST5AX1vORoS7EPBWHPa1LoPkeAZyxUHCIIdH0YacSnkhj9h0BEgqctVOAjm6tk69aWV/dAmf4vKsIKvpjZrGBzJCA29lr821RuRUaDtCe908g==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742885

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	16:59
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 7e4d6c681bb093cc8308d200e3d00342bc1e5042adfe33b5ccf85efacf599e83ade6be9892476bea9dfe638d82c20e81

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 751093-1
DOCUMENTO: 751093-1

PACIENTE: GUTIERREZ CASALLAS MARIA LUISA
ID: CC 20357172
TELEFONO: 3028521457
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 20357172
AUTORIZACIÓN: 6764336

FECHA INGRESO: 2024-02-26 12:46:00
FECHA EGRESO: 2024-02-26 18:26:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
2	053114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	302.900,00		302.900,00
		TOTAL LÍNEAS: 2				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	20357172

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	605.800,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	605.800,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	605.800,00

SON: SEISCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2742885-010 Prog: cfafac Usuario: jacruz JAVIER ANDRES BOHORQUEZ CRUZ 2024-02-29 16:5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 17:00:02-05:00

Firma Digital:
ISxKcxPSKqhASW1EnD8WvpIzaK36tsuY4MQcSCNSsCJkBDqsvrzYVV11Q5IRQJa2UoSXk9CgKwp5qrHzH0d91cz+Yw5sXrCojeR8slpREGQZlguXJ3EG+xM937xn90TrUeA6t4NGe4H9a+TUrjKYy9MtB5E+msTKL8oMk2ku9crYDq226vUhzeznkchP6ReZ7W+I8GIckY7EsAXPboNxmYNAnX3OqIuk2sIdYWKK3trmBIgPW+nECvFMYUxb4+jZBw+dT409o5SECs6RAR9cWXvzv7P2F0AcykknoDOXn2OIJNZkvFaGVu5Sh/HfPfY53djFUlHdDLfwo6EKpey6Lg==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Informativa Nro. 57672

Consecutivo de Envío Nro. 294

BOGOTÁ, 6 de Marzo de 2024

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524

CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO

BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	20 - 2742843	2024/02/29	427902	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	15,723,202.00	1054865938
		Número de Documentos 1		Valor Total: $	15,723,202.00	

Valor en Letras: QUINCE MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS DOS PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS ›

Eliminar ›

Validar Derechos ›

Consultas ›

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	465030	Fecha Pre-Radicado	3/6
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$15
Cantidad de Facturas Registradas	1	Vlr Fin de Cargue	$15
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
1	5873412	2742843	2/29/2024 12:00:00 AM	1054865938	GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID	$15,723,202.00	Aceptar	Eliminar

Generar Soporte de PreRadicado

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	465030	Fecha Pre-Radicado	3/6/2024 9:46:50 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$15,723,202
Cantidad de Facturas Registradas	1	Vlr Fin de Cargue	$15,723,202.00
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

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-02	456212840	9462814732	E	2024/02/16	2024/02/15	BANCO POPULAR	0	$667,191,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				512	$274,130,700	$0	$0	$274,130,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	51	$27,667,600	$0	$0	$27,667,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	157	$111,159,700	$0	$0	$111,159,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	209	$91,672,100	$0	$0	$91,672,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	89	$35,254,500	$0	$0	$35,254,500
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$8,376,800	$0	$0	$8,376,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	529	$30,106,800	$0	$0	$30,106,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	517	$67,228,300	$0	$0	$67,228,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				541	$211,675,600	$0	$0	$211,675,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,482,700	$0	$0	$14,482,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$478,300	$0	$0	$478,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	154	$59,360,500	$0	$0	$59,360,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	55	$28,456,200	$0	$0	$28,456,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	81	$25,104,900	$0	$0	$25,104,900
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$668,700	$0	$0	$668,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$7,245,400	$0	$0	$7,245,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$623,000	$0	$0	$623,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$12,515,400	$0	$0	$12,515,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	145	$61,099,200	$0	$0	$61,099,200
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	517	$50,425,100	$0	$0	$50,425,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	517	$33,624,800	$0	$0	$33,624,800
TOTAL				541	$667,191,300	$0	$0	$667,191,300

2024/02/15 09:49 AM

Gallo & Gallo
CONTADORES SAS

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL
DELINSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de enero de 2024 y planilla del mes de enero de 2024 pagada el día 15 de febrero de 2024, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respectoal pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de enero del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, a los dieciséis (16) días del mes de febrero de dos mil veinticuatro (2024), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

CLAUDIA ESMERALDA AMAYA PINZÓN
Revisor Fiscal T.P. 95104-T
Designada por Gallo & Gallo Contadores S.A.S
2024-0054

Carrera 11A No. 97A – 19 Of 307
(57) (601) 2134170
310 764 67 15
info@galloygallo.com
www.galloygallo.com
Bogotá - Colombia

Compromisos con el Desarrollo de Nuestros Clientes

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742843
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	15:51
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : f028614c66a41ea60c07910761dde3a193460804e72d1464cb0a2cf3172687ca6ff12db4b1f509f736ee49b1a339c476

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-3
DOCUMENTO: 427902-3 427902-3 427902-3 427902-3 427902-3

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
TELEFONO: 3212892845
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1054865938
AUTORIZACIÓN: 6597251

FECHA INGRESO: 2024-02-28 11:33:00
FECHA EGRESO: 2024-02-29 12:22:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE.EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 1.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
48	19935303-4N0 2BE0103	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA AMERICAN GENERICS-UND:NAR	6,00	291,00	0,00	1.746,00
49	20055559-1B0 5XA3001	LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA 500ML (HARTMAN) CORPAUL-UND:NAR	2,00	7.744,00	0,00	15.488,00
50	49176-2M03BX 01	BACLOFENO 10 MG TABLETA LIORESAL NOVARTIS-UND:NAR	4,00	348,00	0,00	1.392,00
51	DC02302	BOLSA RECOLECTORA DE 3000ML LINNER CARDINALHEALTH-UND:NAR	1,00	109.064,00		109.064,00
52	DC23801	TUBO ENDOTRAQUEAL REFORZADO CON NEUMO 7.5 GOLDEN CARE OUIRURGICOS-UND:NAR	1,00	253.276,00		253.276,00
53	DG01704	BOLSA DRENAJE URINARIO ADULTO (CYSTOFLO) 2000ML BIOLIFE-UND:NAR	1,00	51.249,00		51.249,00
54	DG02305	BURETA (EQUIPO VOLUMETRICO ADMINISTRACION DE SOLUCIONES) X150 ML GOTHAPLAST-UND:NAR	1,00	39.344,00	0,00	39.344,00
55	DG04403	CATETER IV RADIOPACO 20G SAFETY SEGURIDAD REF: 4251644-04 POLIURETANO INTROCAN CERTO B.BRAUN-UND:NAR	1,00	18.823,00		18.823,00
56	DG06001	CATETER NELATON No 16 SHERLEG-UND:NAR	1,00	9.681,00		9.681,00
57	DG08205	ELECTRODO MONITOREO PEDIATRICO 3M REF 2248-50-UND:NAR	3,00	4.604,00		13.812,00
58	DG09001	EQUIPO I.V. BOMBA INFUSION (MICROPUNTO) CON CLAVE ICUMEDICAL-UND:NAR	1,00	145.496,00	0,00	145.496,00
59	DG15503	JERINGA DESECHABLE 10ML CA 21G 1 1/2 3P ALFA SAFE-UND:NAR	5,00	3.228,00		16.140,00

OBSERVACIONES:

Marisel Jovanna Montealegre G.
Auxiliar de Facturación

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	15.723.202,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	15.723.202,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	15.723.202,00

SON: QUINCE MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2742843-010 Prog: cfafac Usuario: montealegr MARISEL JOVANNA MONTEALEGRE GALINDO 2024-02-29

Proveedor Tecnológico: Carvajál Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 15:51:44-05:00

Firma Digital:
O5xIJ8zcL/oisfXusVSMaKkdCguEPdTWHTKRVSDptsg2x55UgtxYRA70Y38BfPxj6rhgJI48L9cWxwK2vpQiPEl5sKI6VjECJBBdc/1qu5vvrN4qbMFWmjWFz4666qRBmkD3X2oTiTmBdReyRDdKynxvf2AAhT/LGxdXeIJiPOSfhGPMF/einnixg6VVsBiwBoCZz+PB/k1fgYoGotXIlrjlL0U28mMEk6QvJPNr9f5AQcyUQdNMck6la0pT6NFpfNAqSGfJRoYzDgVId5XUtSXCDkl+v0C9ddhxB+4/GnFM8sGf/KDlyBqX54/JAkYEEu+kfI4XM21IBvRUCmXwmQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.Institutoroosevelt.com - Email: facele@iolr.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742843
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	15:51
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : f028614c66a41ea60c07910761dde3a193460804e72d1464cb0a2cf3172687ca6ff12db4b1f509f736ee49b1a339c476

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-3
DOCUMENTO: 427902-3 427902-3 427902-3 427902-3 427902-3 427902-3

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
TELEFONO: 3212892845
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1054865938
AUTORIZACIÓN: 6597251

FECHA INGRESO: 2024-02-28 11:33:00
FECHA EGRESO: 2024-02-29 12:22:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 1.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
60	DG27101	SONDA FOLEY No 16 LATEX-UND:NAR	1,00	64.060,00		64.060,00
61	DG31301	VENDA ALGODON LAMINADO 5X5 YARDAS MER-MAX-UND:NAR	2,00	2.099,00		4.198,00
62	DG31701	VENDA ELASTICA 5X5 YARDAS MER-MAX-UND:NAR	6,00	2.840,00		17.040,00
63	DG32001	VENDA YESO 4X5 YARDAS 400216 BSN MEDICAL-UND:NAR	1,00	11.114,00		11.114,00
64	DG32101	VENDA YESO 5X5 YARDAS 400220 BSN MEDICAL-UND:NAR	3,00	12.966,00		38.898,00
65	SAM0287	TORN. ARTRODESIS TALONAVICULAR 45MM-UND:NAR	1,00	286.488,00	0,00	286.488,00
66	SAM0766	PIN STEINMANN PUNTA ROSCA 2.0MM X 230MM-UND:NAR	2,00	63.509,50	0,00	127.019,00
		Iva 0,00%		0,00		
		TOTAL LÍNEAS: 66				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010825801	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_POLIZA	1054865938

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	15.723.202,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	15.723.202,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	15.723.202,00

SON: QUINCE MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2742843-010 Prog: cfafac Usuario: montealegr MARISEL JOVANNA MONTEALEGRE GALINDO 2024-02-29

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 15:51:44-05:00

Firma Digital:
O5xIJ8zcL/olsfXusVSMaKkdCguEPdTWHTKRVSDptsg2x55UgtxYRA70Y38BfPxj6rhgJl48L9cWxwK2vpQlPEl5sKl6VJECJBBdc/1qu5vvrN4qbMFWmJWFz4666qRBmkD3X2oTITmBdReyRDdKynxvf2AAhT/LGxdXeIJIPOSfhGPMF/einnlxg6VVsBlwBoCZz+PB/k1fgYoGotXIIrjlL0U2BmMEk6QvJPNr9f5AQcyUQdNMck6la0pT6NFpfNAqSGfJRoYzDgVId5XUtSXCDkl+v0C9ddhxB+4/GnFM8sGf/KDlyBqX54/JAkYEEu+kfI4XM21lBvRUCmXwmQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@iodr.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742843
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	15:51
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : f028614c66a41ea60c07910761dde3a193460804e72d1464cb0a2cf3172687ca6ff12db4b1f509f736ee49b1a339c476

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-3
DOCUMENTO: 427902-3

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
TELEFONO: 3212892845
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1054865938
AUTORIZACIÓN: 6597251

FECHA INGRESO: 2024-02-28 11:33:00
FECHA EGRESO: 2024-02-29 12:22:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 1.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	2,00	237.225,00		474.450,00
2	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	2,00	414.675,00		829.350,00
3	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	2,00	113.400,00		226.800,00
4	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	2,00	322.425,00		644.850,00
5	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	2,00	457.150,00		914.300,00
6	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	124.500,00		124.500,00
7	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	126.950,00		126.950,00
8	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	226.400,00		226.400,00
9	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	190.425,00		190.425,00
10	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	138.750,00		138.750,00
11	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	83.000,00		83.000,00
12	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ABIERTA-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	1.363.700,00		1.363.700,00

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2024

Marisel Jovanna Montealegre G. Auxiliar de Facturación

SUBTOTAL	15.723.202,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	15.723.202,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	15.723.202,00

SON: QUINCE MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2742843-010 Prog: cfafac Usuario: montealegr MARISEL JOVANNA MONTEALEGRE GALINDO 2024-02-29

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 15:51:44-05:00

Firma Digital:
O5xIJBzcL/oisfXusVSMaKkdCguEPdTWHTKRVSDptsg2x55UgbXYRA70Y38BfPxj6rhgJi48L9cWxwK2vpQiPEl5sKl6VjECJBBdc/1qu5vvrN4qbMFWmjWFz4666qRBmkD3X2oTiTmBdReyRDdKynxvfZAAhT/LGxdXeIJiPOSfhGPMF/einnlxg6VVsBiw8oCZz+PB/k1fgYoGobXIlrjIL0U28mMEk6QvJPNr9f5AQcyUQdNMck6la0pT6NFpfNAqSGfiRoYzDgVId5XUtSXCDkl+v0C9ddhxB+4/GnFM8sGf/KDlyBqX54/JAkYEEu+kfI4XM21IBvRUCmXwmQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@loir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742843
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	15:51
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : f028614c66a41ea60c07910761dde3a193460804e72d1464cb0a2cf3172687ca6ff12db4b1f509f736ee49b1a339c476

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-3
DOCUMENTO: 427902-3 427902-3

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
TELEFONO: 3212892845
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1054865938
AUTORIZACIÓN: 6597251

FECHA INGRESO: 2024-02-28 11:33:00
FECHA EGRESO: 2024-02-29 12:22:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 1.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
13	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ABIERTA-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	850.600,00		850.600,00
14	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ABIERTA-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	1,00	232.300,00		232.300,00
15	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ABIERTA-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	681.200,00		681.200,00
16	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ABIERTA-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	495.700,00		495.700,00
17	831308	TENOTOMIA EN PIERNA (UNA O MAS) NCOC-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	54.800,00		54.800,00
18	831308	TENOTOMIA EN PIERNA (UNA O MAS) NCOC-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	77.350,00		77.350,00
19	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA NCOC-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	148.200,00		148.200,00
20	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA NCOC-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	249.600,00		249.600,00
21	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA NCOC-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	1,00	65.325,00		65.325,00
22	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA NCOC-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	98.800,00		98.800,00
23	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA NCOC-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	166.400,00		166.400,00
24	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA NCOC-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	327.800,00		327.800,00

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	15.723.202,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	15.723.202,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	15.723.202,00

SON: QUINCE MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id interno: 20-2742843-010 Prog: cfafac Usuario: montealegr MARISEL JOVANNA MONTEALEGRE GALINDO 2024-02-29

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 15:51:44-05:00

Firma Digital:
O5xI18zcL/oisfXusVSMaKkdCguEPdTWHTKRVSDptsg2x55UgbxYRA70Y38BfPxj6rhgJl48L9cWxwK2vpQlPEl5sKl6VjECJBBdc/1qu5vvrN4qbMFWmJWFz4666qRBmkD3X2oTiTm8dReyRDdKynxvf2AAhT/LGxdXeIJlPOSfhGPMF/elnnixg6VVsBIw8oCZz+PB/k1fgYoGotXIlrJlL0U28mMEk6QvJPNr9f5AQcyUQdNMck6la0pT6NFpfNAqSGfJRoYzDgVId5XUtSXCDkI+v0C9ddhxB+4/GnFM8sGf/KDlyBqX54/JAkYEEu+kfl4XM21iBvRUCmXwmQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742843
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	15:51
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : f028614c66a41ea60c07910761dde3a193460804e72d1464cb0a2cf3172687ca6ff12db4b1f509f736ee49b1a339c476

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-3
DOCUMENTO: 427902-3 427902-3 427902-3

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
TELEFONO: 3212892845
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1054865938
AUTORIZACIÓN: 6597251

FECHA INGRESO: 2024-02-28 11:33:00
FECHA EGRESO: 2024-02-29 12:22:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 1.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
25	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA NCOC-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	138.750,00		138.750,00
26	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA NCOC-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	1,00	43.550,00		43.550,00
27	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	2,00	339.300,00		678.600,00
28	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	2,00	89.025,00		178.050,00
29	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	2,00	200.550,00		401.100,00
30	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	2,00	322.425,00		644.850,00
31	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	2,00	401.050,00		802.100,00
32	837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	200.550,00		200.550,00
33	837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	322.425,00		322.425,00
34	837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	339.300,00		339.300,00
35	837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	401.050,00		401.050,00
36	837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	1,00	89.025,00		89.025,00

OBSERVACIONES:

Marisel Jovanna Montealegre G.
INSTITUTO ROOSEVELT
Auxiliar de Facturación

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	15.723.202,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	15.723.202,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	15.723.202,00

SON: QUINCE MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2742843-010 Prog: cfafac Usuario: montealegr MARISEL JOVANNA MONTEALEGRE GALINDO 2024-02-29

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 15:51:44-05:00

Firma Digital:
O5xIJ8zcL/oisfXusVSMaKkdCguEPdTWHTKRVSDptsg2x55UgtxYRA70Y38BfPxj6rhgJi48L9cWxwK2vpQiPEI5sKl6VjECJBBdc/1qu5vvrN4qbMFWmjWFz4666qRBmkD3X2oTiTmBdReyRDdKynxvf2AAhT/LGxdXeDIPOSfhGPMF/elnnlxg6VVsBlwSoCZz+PB/k1fgYoGotXIIrjIL0U28mMEk6QvJPNr9f5AQcyUQdNMck6la0pT6NFpfNAqSGfJRoYzDgVId5XUtSXCDkl+v0C9ddhxB+4/GnFM8sGf/KDlyBqX54/JAkYEEu+kfI4XM21iBvRUCmXwmQ==

INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000 Fax: 3534010
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2742843
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2024	02	29	15:51
FECHA VENCIMIENTO			
2024	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764053037241 del 2023-08-04 numeracion del 2660390 al 3000000 fecha del 2023-08-04 al 2024-08-04 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : f028614c66a41ea60c07910761dde3a193460804e72d1464cb0a2cf3172687ca6ff12db4b1f509f736ee49b1a339c476

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-3
DOCUMENTO: 427902-3 427902-3 427902-3 427902-3

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
TELEFONO: 3212892845
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1054865938
AUTORIZACIÓN: 6597251

FECHA INGRESO: 2024-02-28 11:33:00
FECHA EGRESO: 2024-02-29 12:22:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 1.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
37	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON O TENOLISIS-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	126.950,00		126.950,00
38	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON O TENOLISIS-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	83.000,00		83.000,00
39	890443	INTERCONSULTA DE DOLOR-INTERCONSULTA DOLOR-UND:NAR	1,00	73.900,00		73.900,00
40	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL-TERAPIAS FISICAS-UND:NAR	1,00	34.800,00		34.800,00
41	10A002	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL-UND:NAR	1,00	880.000,00		880.000,00
42	873333	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL-UND:NAR	1,00	56.300,00		56.300,00
43	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL-UND:NAR	1,00	73.000,00		73.000,00
44	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES-UND:NAR	1,00	33.000,00		33.000,00
45	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) METODO AUTOMATICO-UND:NAR	1,00	27.700,00		27.700,00
46	ART27P	SI COMO APOYO A LA PRACTICA DEL PROCEDIMIENTO ES NECESARIO REALIZAR ESTUDIOS RADIOLOGICOS SIMPLES-UND:NAR	1,00	68.100,00		68.100,00
47	19934768-18M 01AB0501	DICLOFENACO 75MG SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA X 3ML VITALIS-UND:NAR	2,00	5.612,00		11.224,00

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2024

SUBTOTAL	15.723.202,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	15.723.202,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	15.723.202,00

SON: QUINCE MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS DOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2742843-010 Prog: cfafac Usuario: montealegr MARISEL JOVANNA MONTEALEGRE GALINDO 2024-02-29

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2024-02-29 15:51:44-05:00

Firma Digital:
O5xIJ8zcL/oisfXusVSMaKkdCguEPdTWHTKRVSDptsg2x55UgbxYRA70Y38BfPxj6rhgJI48L9cWxwK2vpQIPEl5sKl6VJECJB8dc/1qu5vvrN4qbMFWmJWFz4666qRBmkD3X2oTiTmBdReyRDdKynxvf2AAhT/LGxdXeIJlPOSfhGPMF/elnnlxg6VVsBlw8oCZz+PB/k1fgYoGotXIIrjIL0U28mMEk6QvJPNr9f5AQcyUQdNMck6la0pT6NFpfNAqSGfJRoYzDgVId5XUiSXCDkI+v0C9ddhxB+4/GnFM8sGf/KDlyBqX54/JAkYEEu+kf4XM21fBvRUCmXwmQ==