Página 1 de 12	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5 1007288332		

No. 9 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2024- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 10 de mayo de 2024

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

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20153-23

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/04/2024**	**Hasta**	**30/04/2024**

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

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2023-360758-RASES-GRUCO del 21/07/2023, el señor (a) CT YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ, obrando en calidad de Jefe de Grupo Contratos RASES No. 1, notifico como supervisor del contrato del asunto a la terapeuta física Grupo Prestador de atenciones en Salud UPRES Bogotá, el señor (a) SM 14, CLAUDIA ROLÓN CAMACHO

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

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

  1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/08/2023 y el 30/08/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 453841 -MEBOG-29.25 del 11/09/2023
  2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/09/2023 y el 30/09/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 502058 -MEBOG-29.25 del 11/10/2023
  3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/10/2023 y el 31/10/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 610578 -MEBOG-29.25 del 15/11/2023

4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/11/2023 y el 31/11/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 621221 -MEBOG-29.25 del 18/12/2023
5. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/12/2023 y el 31/12/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 016378 -MEBOG-29.25 del 15/01/2024
6. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/01/2024 y el 31/01/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 069134 -MEBOG-29.25 del 12/02/2024
7. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/02/2024 y el 29/02/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 136819 -MEBOG-29.25 del 15/03/2024
8. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/03/2024 y el 30/04/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2023- 189397 -MEBOG-29.25 del 16/04/2024

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20153-23
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Contratista	CORPORACION SINDROME DE DOWN
Representante legal	LUZ EUGENIA GARCIA DE GALINDO
Valor inicial del contrato	$ 273.021.832,00
Valor adiciones del contrato	$408.021.832,00
Valor total del contrato	$ 408.021.832,00
Plazo de ejecución inicial	Hasta el 31 de marzo de 2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	01-08-2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31-03-2024
Fecha inicio del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	27-03-2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	10-11-2024
Adiciones	N/A
Modificatorios	Modificación No. 001 del 15 dic 2023 **EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN:** **CLÁUSULA PRIMERA:** Sustituir la suma de **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($45.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** de la vigencia 2023 a la vigencia 2024 del Contrato No. **81-7-20153-23**, y en consecuencia modificar el **ANEXO 1 "DATOS DEL CONTRATO" CLAUSULA TERCERA -VALOR**, el cual quedará de la siguiente manera: **CLAUSULA TERCERA - VALOR** | **El contrato asciende a la suma de DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS ($273.021.832,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA discriminados de la siguiente manera: para la vigencia 2023 CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS ($138.021.832,00) y para la vigencia 2024 CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($ 135.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**

GS-2024-239071-MEBOG

	Modificación No. 002 del 27/03/2024 **EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN:** **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar al Contrato No. 81-7-20153-23, el valor de **CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($135.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2024, suma que no supera el 50% de conformidad con el parágrafo único del artículo 40 de la Ley 80 de 1993 y en consecuencia modificar la **CLÁUSULA TERCERA - VALOR** del **ANEXO No. 1 "DATOS DEL CONTRATO"** del contrato de la referencia, el cual quedará de la siguiente manera: **CLAUSULA TERCERA - VALOR**: El contrato asciende a la suma de **CUATROCIENTOS OCHO MILLONES VEINTIÚN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS ($408.021.832,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** discriminados de la siguiente manera: Para la vigencia 2023 **CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS ($138.021.832,00)** Para la vigencia 2024 **DOSCIENTOS SETENTA MILLONES DE PESOS ($270.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

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

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1) El contratista se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato que se llegue a suscribir	SI	Ninguna
2) Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo	SI	Ninguna
3) El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	SI	Ninguna
4) El contratista deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia , con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.	SI	Ninguna
5) El contratista anexará a la factura, los RIPS y el informe del tratamiento realizado durante el mes al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y firma de recibido a satisfacción del padre o acudiente del paciente. Así mismo, adjuntará la relación del usuario atendido en el mes en Excel donde se relacione número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Esta última información se debe presentar en físico y medio magnético	SI	Ninguna
6) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario.	SI	Ninguna
7) Una vez agotado el contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia	SI	Ninguna

1007288832

debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto		
8) El Contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato y sus profesionales a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitará la verificación y revisión de los servicios prestados.	SI	Ninguna
9) El contratista prestará el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante la presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carné o constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario.	SI	Ninguna
10) El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y se anexará en la historia Clínica del usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
11) El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato	SI	Ninguna
12) El contratista deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.	SI	Ninguna
13) Cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de los parafiscales se aplicara lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
14) El contratista deberá constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UPRES Bogotá o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
15) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse	SI	Ninguna
16) El contratista deberá guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
17) No deberá acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento al Supervisor del contrato y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias	SI	Ninguna
18) El contratista deberá mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato	SI	Ninguna
19) Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta	SI	Ninguna
20) El contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo".	SI	Ninguna
21) Las demás contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna
22) El contratista se compromete a mantener confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y	SI	Ninguna

GS-2024-239071-MEBOG

suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.		
23) El contratista se compromete a: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	SI	Ninguna
24) El contratista se compromete a dar cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI	Ninguna
25) El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento a la Normatividad relacionada con la facturación electrónica.	SI	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter Técnico:		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El oferente deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS para los servicios de Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia ocupacional y Psicología, , en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
El Contratista garantiza que desarrollará: Programa de rehabilitación funcional encaminado a los beneficiarios con diagnóstico de Síndrome de Down, a través de actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias eficaces para conseguir su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño en sus actividades de la vida diaria. Todas las actividades deben facilitar la construcción de su proyecto de vida. Se establece de acuerdo a la edad y al grado de severidad de la discapacidad, así: • **Programa presencial de estimulación temprana**: dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de facilitar el estimular y mejorar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para mejorar su calidad de vida personal y familiar. Para los usuarios que están en edad escolar (mayores de 2 años) se debe prestar, además, el apoyo y asesorías de pedagógica terapéutica a los docentes, usuario y familia. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación (refrigerio). • **Programa presencial para usuarios con inclusión escolar:** dirigido a usuarios mayores de 6 años, integrados a un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico-pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades	SI	Ninguna

1007288832

GS-2024-239071-MEBOG

básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación. (refrigerio)

- **Programa presencial para usuarios sin inclusión escolar**: dirigido a usuarios mayores de 17 años sin inclusión escolar, con el fin de potencializar prácticas de autonomía en destrezas de la vida diaria y habilidades de ejecución ocupacional, de acuerdo a sus perfiles ocupacionales e intereses, facilitando oportunidades de participación social y la construcción de su proyecto de vida. El servicio prestado deberá ser de 100 sesiones, incluye el servicio de alimentación (almuerzo).

El programa incluye:

a) Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento.
b) Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular
c) Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Educación Especial, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario.
d) Entrenamiento prevocacional y vocacional, según su grado de autonomía

Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad, empoderándolos en temas relacionados con el proceso y los objetivos terapéuticos para cada uno de ellos, ajuste y apoyo emocional, pautas de crianza, educación sexual fomento de la independencia y de la autonomía, educación sexual, etc. Se deberá desarrollar un (1) taller de forma trimensual, durante la ejecución del contrato y entregar un acta por cada actividad realizada con sus anexos fotográficos y firmas de asistencia al supervisor del contrato

CONDICIONES ESPECIFICAS		
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa al cual pertenece el usuario y a sus necesidades específicas, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.	SI	Ninguna
2. El Contratista realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración al supervisor del contrato para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.	SI	Ninguna
3. El Contratista prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.	SI	Ninguna
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades de cada uno de los usuarios, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento	SI	Ninguna
5. Antes de iniciar el tratamiento, El Contratista deberá comunicar al grupo familiar el Plan individual de tratamiento (PIT) a realizar de acuerdo con el resultado de la valoración inicial, con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada una de las áreas terapéuticas, así como el compromiso de participación activa y permanente para el desarrollo del mismo. Además, cada una de las áreas terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado	SI	Ninguna
6. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos	SI	Ninguna
7. En caso de requerirse ajustes en el programa, se concertará una sesión de estudio del caso con el equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
8. El Contratista deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo	SI	Ninguna

establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicio de salud en el SISAP WEB, la generación de las autorizaciones de servicios debe realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo		
9. El Contratista deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias y escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una asistencia efectiva a las mismas. Así mismo, asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitando que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboración y empatía.	SI	Ninguna
10 El Contratista deberá asesorar a las familias y/o cuidador sobre los Procesos de inclusión social del usuario en actividades educativas, sociales y/o laborales acordes a su desempeño e interés, así mismo a contactarse con las entidades competentes dentro del marco de la Ley Estatutaria de Discapacidad	SI	Ninguna
11. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y se anexará en la historia Clínica de cada usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
12. Al finalizar el contrato, El Contratista deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
13. El Contratista permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato	SI	Ninguna
14. El Contratista se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos, sin previo aviso.	SI	Ninguna
15. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.	SI	Ninguna
16. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.	SI	Ninguna
17. El Contratista deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.	SI	Ninguna
18. El Contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.	SI	Ninguna
19. El Contratista deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.	SI	Ninguna
20. El Contratista deberá responder por los costos generados por los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial al supervisor del contrato, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos. Entendido el evento adverso como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente"	SI	Ninguna
21. El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de	SI	Ninguna

GS-2024-239071-MEBOG

los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.		
22. El Contratista dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
23. El Contratista informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre o Madre y del usuario que presenta la inasistencia.	SI	Ninguna
24. El Contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	SI	Ninguna
25 RECURSO HUMANO Personal Profesional: El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: ➢ Dos profesionales en Fonoaudiología ➢ Dos profesionales en Fisioterapia ➢ Dos profesionales en Terapia Ocupacional ➢ Dos profesionales en Psicología ➢ Un profesional en Trabajo Social ➢ Dos profesionales en Educación Especial ➢ Un profesional en Nutrición (Asesoría Nutricional) Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel. Todos los profesionales presentados en la oferta deben acreditar experiencia mínima de un (1) año. *El Oferente deberá diligenciar el Formulario de Idoneidad de todo el Recurso Humano ofrecido. Así mismo, deberá anexar las Certificaciones de experiencia de cada uno de los profesionales, el Certificado de inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) para las profesiones que aplique.*	SI	Ninguna
26 INSTALACIONES: El Contratista deberá contar con un espacio Mínimo para la prestación del servicio en las siguientes áreas: ➢ Dos (2) Áreas terapéuticas para trabajo grupal, con un máximo de 8 niños por grupo. ➢ Seis (6) consultorios independientes para trabajo individual, uno por cada área terapéutica contemplada en el estudio previo ➢ Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas. ➢ Una (1) Zona de comedor ➢ Un (1) baño para hombres y un (1) baño para mujeres, con adaptaciones cada uno ➢ Las instalaciones de la institución deben contar con una rampa de acceso El Contratista DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional.	SI	Ninguna
27. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.	SI	Ninguna
28. **DOTACIÓN:** El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar como MÍNIMO con la siguiente dotación: • Mesas de trabajo y sillas (Para trabajo en grupo: Mesas máximo de 5 puestos con sus respectivas sillas. Para Trabajo individual: mesas con escotadura.) • Materiales lúdicos y terapéuticos (30 juguetes, 10 láminas de categorías, 2 tableros acrílicos, 5 rompecabezas, 10 pinturas, 5 encajes, 5 ensartados, 5 pelotas, 5 instrumentos musicales, 1 biblioteca) • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación del desarrollo motor	SI	Ninguna

• Una Batería o instrumentos de pruebas para evaluación de procesos fonológicos • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación psicológica • Una Batería o instrumentos de pruebas para definir perfiles ocupacionales. • Instrumentos de seguimiento y control de habilidades de independencia, de autonomía, de inteligencia, matemáticas, escritura y lectura (uno de cada uno) • Material para apoyo de desarrollo lógico matemático y manejo del dinero (dos) • Material con ayudas visuales para proceso de lecto-escritura (dos) • Instrumentos de seguimiento y control en contexto escolar, de habilidades de independencia, de autonomía y de procesos mentales superiores (uno de cada uno) • Dos kits materiales de terapia Miofuncional: cuchara, cepillos, sopladores, vasos de escotadura. (muestra para adquisición por padres de familia, por ser de uso personal) • Un bipedestador. • Un gimnasio: colchonetas, rampa, escalera, plano inclinado, cilindro, tabla de equilibrio, rampa rodante, espejo de pared y balones terapéuticos. • Dos (2) Ayudas Audiovisuales (Televisor, Reproductor de CD, VHS o DVD u otro) • Dos espejos de pared de cuerpo completo. • Materiales para el desarrollo de los entrenamiento prevocacional y vocacional El Contratista DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional.		
29. El Contratista deberá tener documentados los programas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, de acuerdo a la normatividad vigente	SI	Ninguna
30. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN El contratista deberá suministrar el servicio de alimentación a los usuarios e informará mensualmente al Supervisor del Contrato y a los padres, el menú ofrecido. Dicho menú debe estar avalado por una Nutricionista ofrecida por el Contratista y se realizará la respectiva verificación por parte del Supervisor del contrato. Solo en casos especiales, cuando se requiera por su patología de base alimentación diferente o complementaria, se deberán tener en cuenta las recomendaciones del médico tratante y/o nutricionista de la UPRES Bogotá y la UPRES Cundinamarca.	SI	Ninguna
31. El Contratista deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. El Contratista diligenciar el formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo publicado en la sección documentos del proceso de la plataforma SECOP II).	SI	Ninguna
32. El Contratista deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos.	SI	Ninguna
33. El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica	SI	Ninguna

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (270) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (189) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

3. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

Documentos requeridos:

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

GS-2024-239071-MEBOG

ley" en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.

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

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

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.

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

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

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

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS

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

CAUSALES DE NO PAGO

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

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

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

1007288332

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS.
NUMERO DE CUENTA: 20785693098

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 273.021.832,00	100%
Valor total de las entregas	$233.073.867,00	57%
Valor total facturado	$204.160.338,00	50%
Valor facturado pendiente de pago	$ 28.913.529,00	11%
Valor pagado	$204.160.338,00	50%
Valor pendiente de entrega	$ 174.947.965,00	43%

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
09 de 08/05/2024	$28.913.529	Del 01/04/2024 al 30/04/2024	$28.913.529	35076 a 35111	Pendiente	Pendiente	Pendiente

***1.* RECOMENDACIONES**

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

6. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

Firma_____

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

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

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

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 08 de mayo de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato No.	81-7-20153-23
Constancia de recibido No.	09
Contratista:	CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT del contratista:	800037619-0
Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios:	NO APLICA
Valor del contrato:	Valor inicial del contrato: $ 273.021.832,00 Vigencia 2023: $183.021.832 Vigencia 2024: $ 90.000.000,00 Modificación No. 001 vigencia 2023: $138.021.832,00 vigencia 2024: $135.000.000,00 Modificación No. 002 vigencia 2023: $138.021.832,00 vigencia 2024: $270.000.000,00 Valor total del contrato. $ 408.021.832,00
Plazo de ejecución:	Del 01-08-2023 al 10-11-2024
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 49 No 99-10
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	

DIRECCIÓN DE SANIDAD
DASES 1
CENTRO FINANCIERO
08 MAY 2024
SUBE
RE

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/04/2024 al 30/04/2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES 1	16	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE USUARIOS CON SINDROME DE DOWN	$ 28.913.529	$ 28.913.529	$0,00	

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
35076	7/05/2024	$ 465.975		$ 465.975
35077	7/05/2024	$ 735.750		$ 735.750
35078	7/05/2024	$ 662.175		$ 662.175
35079	7/05/2024	$ 777.900		$ 777.900
35080	7/05/2024	$ 700.110		$ 700.110
35081	7/05/2024	$ 777.900		$ 777.900
35082	7/05/2024	$ 777.900		$ 777.900
35083	7/05/2024	$ 596.390		$ 596.390
35084	7/05/2024	$ 466.740		$ 466.740
35085	7/05/2024	$ 622.320		$ 622.320
35086	7/05/2024	$ 596.390		$ 596.390
35087	7/05/2024	$ 466.740		$ 466.740
35088	7/05/2024	$ 751.970		$ 751.970
35089	7/05/2024	$ 777.900		$ 777.900
35090	7/05/2024	$ 751.970		$ 751.970
35091	7/05/2024	$ 777.900		$ 777.900
35092	7/05/2024	$ 466.740		$ 466.740
35093	7/05/2024	$ 726.040		$ 726.040
35094	7/05/2024	$ 466.740		$ 466.740
35095	7/05/2024	$ 777.900		$ 777.900
35096	7/05/2024	$ 622.320		$ 622.320

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

35097	7/05/2024	$ 259.300		$ 259.300
35098	7/05/2024	$ 622.320		$ 622.320
35099	7/05/2024	$ 777.900		$ 777.900
35100	7/05/2024	$ 466.740		$ 466.740
35101	7/05/2024	$ 622.320		$ 622.320
35102	7/05/2024	$ 726.040		$ 726.040
35103	7/05/2024	$ 622.320		$ 622.320
35104	7/05/2024	$ 700.110		$ 700.110
35105	7/05/2024	$ 622.320		$ 622.320
35106	7/05/2024	$ 1.881.700		$ 1.881.700
35107	7/05/2024	$ 1.881.700		$ 1.881.700
35108	7/05/2024	$ 1.542.994		$ 1.542.994
35109	7/05/2024	$ 658.595		$ 658.595
35110	7/05/2024	$ 1.881.700		$ 1.881.700
35111	7/05/2024	$ 1.881.700		$ 1.881.700
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$28.913.529,00**		**$28.913.529,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCION DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. EL SERVICIO FUE PRESTADO DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2024. FACTURACIÓN Y SOPORTES SUJETA A VERIFICACIÓN DE AUDITORIA DE CUENTAS. (SOPORTES ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO Y EN CD ADJUNTO)

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

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

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

0 8 MAY 2024

SUJETO A VERIFICACI

1007288332

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

Personería Jurídica 8007 de 1998 Min. Salud
Nit. 800.037.619 – 0
Sede La Castellana Cra. 49 No 99 -10 PBX 7560475
Sede Villas Cra 57C N. 128 – 03 Tel 6241873
direccion@corporacionsindromededown.org
www.corporacionsindromededown.org
Bogotá, D.C

El Revisor Fiscal de la

CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN

C E R T I F I C A:

Que la empresa **CORPORACION SINDROME DE DOWN** identificada con **NIT. 800.037.619-0,** se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto y efectuó durante los últimos seis (6) meses el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, en cumplimiento con la **Ley 789/02**.

Se expide en Bogotá, D.C., a los treinta días (30) días del mes de abril del año 2024

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
FASES 1
GRUPO SIN ... SIT
08 MAY 2024
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35076

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SAMUEL MAHECHA NUÑEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1141370135	7 de may. de 2024 9:34:49 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	calle 38 b n. 72 k - 20 sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209242288	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: eb92afcfc304e4ad926dfa808eab2e3c19067ac3d2ad354d801a078e1c14ee0c7c58eae7f76747eaa27592029a6510a9

Fecha validación: 7/05/2024 9:34 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	19	$24.525	0	$0	$465.975	7499928			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$465.975
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$465.975
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$465.975

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

DIRECCIÓN
GRUPO
0 8 MAY 2024
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35077

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA PAZ QUINTERO PIÑERES	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1089636091	7 de may. de 2024 9:37:34 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 24 A # 56 - 35 INT 1 APT 101 CONJUNTO PORTAL DEL SALITRE	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3104627452	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 67290f7335729913bbbde0ff50edc9d84cd90bc51ec09eb1819f9a3863d2b14bb819e79fe62cfebd60d8c58cebd31523 — **Fecha validación:** 7/05/2024 9:37 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	$24.525	0	$0	$735.750	7500001			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$735.750
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$735.750
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$735.750

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35078

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANIEL ALEJANDRO SANCHEZ MARTINEZ	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011254332	7 de may. de 2024 9:38:47 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 45 N #58 C 11 SUR	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3143992518	6 de jun. de 2024
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 16683b373790d2b459e098265178e2f43389a33247e230b6205df932827d2f50640a886281f73236d6c030c1eabb188f | **Fecha validación:** 7/05/2024 9:38 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	27	$24.525	0	$0	$662.175	7500017			0.00

OBSERVACIONES
ABRIL 2024#$16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y CINCO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$662.175
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$662.175
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$662.175

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35079

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SOFIA ARIZA VILLAMIL	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011206942	7 de may. de 2024 9:42:46 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 41 a sur 50 a 17	6 de jun. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3924337		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 593f5486c3b0111f0fb76c009194f76712da4d73173ca4e9e3bd24e186410c71abc9dd3e5f29fbad0c70930afd346d95 | **Fecha validación:** 7/05/2024 9:42 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	$25.930	0	$0	$777.900	7500048			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35080

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA BEJARANO PIÑEROS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1027300517	7 de may. de 2024 9:44:10 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 50 No 165-50	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3142754675	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 75b2360e94c90720187e051e7383d6e083c461a0169baf81c6706b5be32ba1169d30ffaa2873f40318834e72227cd3ba

Fecha validación: 7/05/2024 9:44 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	27	$25.930	0	$0	$700.110	7500066			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS MIL CIENTO DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35081

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JOSEPH SEBASTIAN BELTRAN NIETO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220576	7 de may. de 2024 9:45:35 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Avenida CARRERA 104 No 71 D - 29	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	5487245	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a73aadc8fe770e45341d867d014aca397bdaa9c9d01197344b529a4ca3694fe07da3d13d7ce8ca86d1afb70363915980 | **Fecha validación:** 7/05/2024 9:45 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	$25.930	0	$0	$777.900	7500069			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35082

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MAGDA LORENA BETANCOURT CUCAITA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220634	7 de may. de 2024 9:46:50 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 24 DNo 11 - 80 Apto 304 Bloque 10	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	2721827	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: cc70eb5664b369381ea00d049eca5d096c5ef724a324cd0e42606bbb9ea5b58309ea1c5e207091a8cbdf8c540ca59c45 — **Fecha validación:** 7/05/2024 9:46 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	$25.930	0	$0	$777.900	7500094			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35083

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANA JOHANA CALDERON PINZON	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011212102	7 de may. de 2024 9:48:22 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 140 B No 103 f - 45	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103456818	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 1f076b4d1c117b697e90de8aec3f96b77e46ac76d34b14e0710ef93cdbbf012184a388ad4fbf0e6376b54c1588b257f3 | **Fecha validación:** 7/05/2024 9:48 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CODIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	23	$25.930	0	$0	$596.390	7500110			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$596.390
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$596.390
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$596.390

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35084

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JULIANA CASTILLO MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1021400951	7 de may. de 2024 9:50:33 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diag 151 b No 136 a -50 casa 123	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	9313221	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 14d2b4e246d2250b9b3a14846aef2e7ac035a73e693f8aa6799710d7436b324204c9a36d111b5bf50ecab69d9c2c4ecf

Fecha validación: 7/05/2024 9:50 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	18	$25.930	0	$0	$466.740	7500121			0.00

OBSERVACIONES

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

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35085

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	PABLO ELMER CONTRERAS SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1071549408	7 de may. de 2024 9:51:55 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	DIAGONAL 15 B ·104-45	6 de jun. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8248099		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 2044743a88d6dc07951c9e56ad2c32963f6051fbb608d87315f19e7951ea53099479c03bcc1f74f2c0a369f09523c2a4

Fecha validación: 7/05/2024 9:51 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	$25.930	0	$0	$622.320	7500140			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

1007288332

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000
No. -35086

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	KIMBERLY DAYANA CORDOBA VERGARA	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1028840870	7 de may. de 2024 9:53:52 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213349423	6 de jun. de 2024
		Tipo Usuario:	NA	

CUFE: 09ca15a03cf9ed7a387252b1d654b7d1473bf0e5870332c9153c12966e9423ddfec139a1d2705636d28aec33d3b179a6 | **Fecha validación:** 7/05/2024 9:53 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	7	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	23	$25.930	0	$0	$596.390	7500162			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$596.390
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$596.390
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$596.390

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35087

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN FORERO PEÑARANDA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011222840	7 de may. de 2024 9:56:05 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 95 A # 26 sur - 49 Bloque 4 Apt 101	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4544251	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: ba7c3cd5965f441b9ad47f1fe853fb5dd7fd6276d515a6e82aa294b78c6b43178942c2fa08bffcb5d3b14cb88e817ad5 **Fecha validación:** 7/05/2024 9:56 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	18	$25.930	0	$0	$466.740	7500170			0.00

OBSERVACIONES

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

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000
No. -35088

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SAMUEL GOMEZ CAICEDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023386421	7 de may. de 2024 9:57:52 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 7 A No 3-35 Torre 20 Apt 603	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112261477	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 06ad10f783466be04d7eea28fc465bf8d775e35caf1718ebc2cf2c30c83218189101fff683b235875a8800814e6dcadc | **Fecha validación:** 7/05/2024 9:57 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	7	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	29	$25.930	0	$0	$751.970	7500182			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35089

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL HERNANDEZ ABREO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1025555216	7 de may. de 2024 9:59:42 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 2 b No 13-140 (El Hato)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8235738	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: dcceaba645999ca9088444e1cd40e0374cbe7bf35f5e5a28aca2cf17d13622ecfbd5dacb78b028342e582d6c738307ca

Fecha validación: 7/05/2024 9:59 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	$25.930	0	$0	$777.900	7500194			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000
No. -35090

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	TOMAS HERRERA PEÑA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011328314	7 de may. de 2024 10:01:05 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 167 a No 16 D-42	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 463dcc713cbc9cefc6823cb2b11213f7c52ac9c77bc2c0e2e0b8d457e748134d0adb1bf33c0f387eea33f6e9d88d8e9a — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:01 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CODIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	29	$25.930	0	$0	$751.970	7500212			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35091

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	VALENTINA JIMENEZ HERRERA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220679	7 de may. de 2024 10:02:22 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 65 bis 57-65 sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	7822285	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 8eb2c506ad4516ecae999592cce14b60eff5f26fb9c2e6f3e32209fcc91618ba60e16d435d35371d39761e28d3469f24 — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:02 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	$25.930	0	$0	$777.900	7500231			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35092

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN LLOREDA SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023166684	7 de may. de 2024 10:04:09 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 78 No 21 b-20 Sur Int 3 apto 203	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3218162736	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: b5e0ec7b847d3b85148f5264348e44432b241e5ddc56c7cbb66a47f05956f0e11f6c3d85eb151150b1e9b613e86a2290 | **Fecha validación:** 7/05/2024 10:04 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	18	$25.930	0	$0	$466.740	7500250			0.00

OBSERVACIONES

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

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

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

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

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35093

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MATHIAS MENDEZ GUERRERO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020005650	7 de may. de 2024 10:05:20 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 18 N. 110 – 61 tore 1 ap 802	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3195804360	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 3e7fb3f32ec25676661b6cb9bf7690973afdb76a0a8df504b29ace73e376fba9627014ac879a64752acbc12a67b4dd3d | **Fecha validación:** 7/05/2024 10:05 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	28	$25.930	0	$0	$726.040	7500261			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS VEINTISEIS MIL CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$726.040
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$726.040
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$726.040

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35094

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA YAZMIN MUÑOZ ALEGRIA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140931035	7 de may. de 2024 10:06:48 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 92 sur No 9-49(El Virrey)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3203589297	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 2044bd95bbfd19f7b805c8030dbc03d8b8fcc85efa71a7845071100b718abc91289ff78ae6390b760024127138a218bd | **Fecha validación:** 7/05/2024 10:06 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	18	$25.930	0	$0	$466.740	7500278			0.00

OBSERVACIONES

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

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35095

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANDRES FELIPE OCAMPO GIRALDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1032467580	7 de may. de 2024 10:07:59 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 4ad866e34cea2cb87bd387e420a3e367d1a394a0a418855da0130364ba9f86323558c4ac94e465f198f79792ebd47f27 — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:07 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	7	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	$25.930	0	$0	$777.900	7500293			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35096

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	CAROLINA PARRA SALINAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1014979012	7 de may. de 2024 10:09:36 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diagonal 16b No 106 - 40 int 11 apto 301	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3058339	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 28309f86caee9e1b7264b1b7633e45566dc7142982cd8a9923440602819 6f751001936a7b15982c87118428054393756 — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:09 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número poliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CODIGO ATC/CUM	DESCRIPCION	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	$25.930	0	$0	$622.320	7500309			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35097

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL JOSUE PRIETO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031825144	7 de may. de 2024 10:11:57 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 142 c bis No 138 a -59	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	5193952	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 2695589c8e798c5de1ef87b8a5a5137ebb7dff7f0aa1a7e3127145ee967e3c769f4a9a906e5230d722aeb04475f082b6 — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:11 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	10	$25.930	0	$0	$259.300	7500322			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$259.300
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$259.300
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$259.300

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35098

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	LUCIANA PULGARIN VEGA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1070982066	7 de may. de 2024 10:16:49 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 137 # 85-40 Ap. 101 Torre 3 Los pinos Los NaranjSuba	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3162487434	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 4ea7886deff73c25fe35ecbfcb0aae4926a6d9bdfcb7f83b1e2fe2bf489ce520a584c1a71d5f78176e11ff35c0cf77f4 — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:16 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESION GRUPAL EN PROGRAMA	24	$25.930	0	$0	$622.320	7500338			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2024 #$16-01-02-039: 81-7-20153-23:disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35099

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	LUCIANA PULGARIN VEGA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1070982066	7 de may. de 2024 10:18:31 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 137 # 85-40 Ap. 101 Torre 3 Los pinos Los NaranjSuba	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3162487434	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 90fa192b907c32cd80dfdde2917f8b3b306b0b96b084b452600f41e06c15ce46d77ac914d510eb8381a9337fef7c1980 | **Fecha validación:** 7/05/2024 10:18 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CODIGO ATC/CUM	DESCRIPCION	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	30	$25.930	0	$0	$777.900	7500350			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35100

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JOEL STEVEN QUIJANO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1122528010	7 de may. de 2024 10:20:41 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de Identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 78 Bis # 40-88 Sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209212158 y 3103859	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: abeb047933986ffb7ce82e959f5832bda344ca3ef52f9ccc9f9f362078044d8760396bc038a9ff91e652f5090977d113 | **Fecha validación:** 7/05/2024 10:20 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	18	$25.930	0	$0	$466.740	7500361			0.00

OBSERVACIONES

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

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

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

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

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35101

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOL JULIANA RESTREPO VELANDIA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1012338297	7 de may. de 2024 10:22:26 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 46 A N. 22 D - 28	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3102551695	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: d2f0453ddb6de4b995f7dd7140443cfa80f289cf2c089721d5491f165fcb4bf33f02f5038447b3f8f8c6890698c0bf3c				**Fecha validación:**	7/05/2024 10:22 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CODIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	1	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	$25.930	0	$0	$622.320	7500372			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35102

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SARA SOPHIA RIOS SALAZAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011208849	7 de may. de 2024 10:24:15 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 9 # 9-80	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8374431	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 728b7d2773e3274c53cd85afaa96c670892073f39d0fda9546ec3e5bb456ad506a1db49c6382ca7fc4169a9d226513a7	**Fecha validación:**	7/05/2024 10:24 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CODIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	28	$25.930	0	$0	$726.040	7500390			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS VEINTISEIS MIL CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$726.040
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$726.040
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$726.040

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35103

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SHARON DANIELA RIVERA RODRIGUEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020000583	7 de may. de 2024 10:26:11 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 98 A No 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202508599	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 8f38ba48a0de04015561840560 9d01f899485faef2f6eed6dbbe9e39c1578717107852b287fe1322c6ce6b5ab26d9a8b

Fecha validación: 7/05/2024 10:26 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	$25.930	0	$0	$622.320	7500401			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2024 #516-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35104

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGEL FELIPE ROMERO LIZARAZO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140930926	7 de may. de 2024 10:28:43 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 9NA A # 78 A - 10 SUR	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3132826663	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 0503ba8272201b4ad2621017e30cefa49c658f34e6e59921d7a0eaa98dcfd45dd74a85eee2f5577a46421df443f163d4 — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:28 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	27	$25.930	0	$0	$700.110	7500413			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS MIL CIENTO DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35105

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESUS DAVID TABARES PEREZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019154161	7 de may. de 2024 10:31:42 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 129 N. 105 - 59	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212061379	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 5ee6c194cab5b4dea1e700815f76d176503d5063cecebaff57aefe82e2471f0c8e98148d908d438722e184124765beab

Fecha validación: 7/05/2024 10:31 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	24	$25.930	0	$0	$622.320	7500424			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35106

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANNY MARCELA BAUTISTA CARDENAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000255672	7 de may. de 2024 10:33:41 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 68A No 73a-32	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3177832182	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 31a739224b385e64ddd6e3e7f563ffc8ed4e9acde0b907add31e43c236b8506ff2a52a0db8077f1e3d26ecbf53130f86

Fecha validación: 7/05/2024 10:33 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	100	$18.817	0	$0	$1.881.700	7500447			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35107

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA JIMENA CELY PARADA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000161808	7 de may. de 2024 10:36:01 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CRA 87 No 18-53 tor 3 apt 404	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4684700	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: ac6140ff25bbbc416271d0bc98865ce47c29630e74499040861c30a463bf1f5ec0d84b9a0889b954ae74e51798aefe63		**Fecha validación:**	7/05/2024 10:36 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CODIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	100	$18.817	0	$0	$1.881.700	7500460			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000
No. -35108

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOLAS FLOREZ MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031642513	7 de may. de 2024 10:39:26 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4652738	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 0a9ffd1870e530fe71d0f05270134db16871c6f675017ea468f1405bbebddb56ac10efe10df0bf6f0dfd4585294c66cb

Fecha validación: 7/05/2024 10:39 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	1	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	82	$18.817	0	$0	$1.542.994	7500475			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$1.542.994
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.542.994
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.542.994

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35109

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESSICA LORENA PINZON MENDIVELSO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019046549	7 de may. de 2024 10:41:22 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 103 B No 152 C - 64 APT 607(Turingia)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4728372	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 2f7e3f159610181261507a2723f8d2a8edd9c1e428d5b455fa9543693038ddec5be2de58e30cc555d53ad4de385ab3fc **Fecha validación:** 7/05/2024 10:41 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	35	$18.817	0	$0	$658.595	7500491			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$658.595
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$658.595
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$658.595

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35110

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JORDAN MAURICIO SOLIS VARGAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1007372169	7 de may. de 2024 10:42:21 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 57g# 78-26 sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212227794	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 678118f97195127a78dd262a0554f54c595460da94b0ca2bedafc01f3a1e63c768cccfaf4518b211880d05c2c08fdd08 — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:42 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	100	$18.817	0	$0	$1.881.700	7500503			0.00

OBSERVACIONES

ABRIL 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20163-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

claudia.rolon

GS-2024-239071-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 31604 - 40000

No. -35111

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGELICA TORRES RIOS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220505	7 de may. de 2024 10:45:44 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 67 No 84 - 09	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4308714	6 de jun. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: e9d6d1877139ab352364a9a0740384b7c40d5dba46b52ca2b4abbcdd62785294e9424c51cb46ac7356b7f4ca5b0aea21 — **Fecha validación:** 7/05/2024 10:45 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-05-07	**Fecha final:**	2024-05-07
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SESIÓN GRUPAL EN PROGRAMA	100	$18.817	0	$0	$1.881.700	7500516			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PANACEA

1007288332