Página 1 de 13	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5 1302141071		

No. 03 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

GS – 2024-

Bogotá D, C 04 DE OCTUBRE DEL 2024

Señor coronel: CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No1.
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. No.81-7-20148-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/09/2024**	**Hasta**	**30/09/2024**

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

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación No. GS-2024- 12594-MEBOG del 23-07-2024 el Señor Subintendente CARLOS ANDRES BELTRAN, obrando en calidad de Jefe Grupo de Contratos RASES No1, nombró como supervisor del contrato del asunto a la Responsable Salud Mental Unidad Prestadora de Salud Bogotá, al señor Subintendente FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 2

- Informe de supervisión mes de julio del 2024 comunicación oficial GS-2024-409866-MEBOG del 08/08/2024
- Informe de supervisión mes de agosto del 2024 comunicación oficial GS-2024-460050-MEBOG del 04/09/2024

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20148-24
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1**
Contratista	**NOMBRE: FUNDACION APRENDER A VIVIR** **NIT: 830.507.712-4** **REPRESENTANTE LEGAL: JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA** **DOC. IDENTIDAD: C.C. 79.130.214 de Fontibon.** **CIUDAD DE NOTIFICACIÓN: BOGOTÁ D.C.** **DIRECCIÓN: Carrera 71 No. 53-52 Normandía** **TELÉFONO: 3103330027** **E-MAIL: Johnpava_27@hotmail.com**
Representante legal	JHON ALEXANDER PAEZ VALENCIA
Valor inicial del contrato	**($70.000.000,00)**
Valor adiciones del contrato	**n/a**
Valor total del contrato	**($70.000.000,00)**
Plazo de ejecución inicial	**La vigencia del Contrato será igual al Plazo de Ejecución y Cuatro (4) Meses más. Estos cuatro (4) meses son única y exclusivamente para efectos de liquidación del Contrato.**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	23/07/2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31/12/2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	n/a
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	n/a
Adiciones	**n/a**
Modificatorios	**n/a**
Prorrogas	**n/a**

Página 3 de 13	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones Adelantadas:

Ninguna

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. EL CONTRATISTA se obligará a cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso de selección, prestando el servicio adjudicado con el cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	SI	NINGUNA
2. Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del objeto contractual del presente contrato. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato, incluyendo los impuestos.	SI	NINGUNA
3. En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja 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
4. 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, 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
5. El CONTRATISTA deberá guardar 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
6. 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
7. EL CONTRATISTA deberá colaborar con los entes de control de la entidad del estado cuando así lo requiera.	SI	NINGUNA

8. EL CONTRATISTA deberá realizar la entrega del Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN, en el instructivo 009 DISAN - AGESA – 70 del 06 de marzo de 2014.		
9. El CONTRATISTA deberá tener en cuenta que cualquier tipo de impuesto que genere la ejecución del contrato, será a cargo del contratista.	SI	NINGUNA
10.EL CONTRATISTA deberá aceptar y facilitar los requerimientos de la Auditoria Medica del Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1	SI	NINGUNA
11.EL CONTRATISTA deberá asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones de carácter laboral del personal destinado para la ejecución objeto del contrato.	SI	NINGUNA
12.El CONTRATISTA deberá cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.	SI	NINGUNA
13.El CONTRATISTA 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 Área Regional de Aseguramiento en Salud N°1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
14.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
15.El CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
16.El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	NINGUNA
17 .EL CONTRATISTA se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato	SI	NINGUNA
18. El CONTRATISTA deberá garantizar que el servicio será prestado por el profesional idóneo en cada área (de acuerdo con lo descrito en el ANEXO No 2: OFERTA Y CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS) y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros.	SI	NINGUNA
19.El CONTRATISTA dispondrá de un área física con las siguientes características: delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar, protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada, incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales y de familia y consultorios y contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo	SI	NINGUNA

20. El contratista se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité EIPS (Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud).		
21.El Oferente deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1.	SI	NINGUNA
22.El CONTRATISTA deberá notificar de forma inmediata y por escrito los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) y que llegasen a requerir ingreso por el servicio de urgencias; con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o remisión del paciente al Hospital Central de la Policía Nacional. De igual manera debe contar con la posibilidad de traslado del paciente en ambulancia, traslado que no tendrá costo adicional para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1	SI	NINGUNA
23.El CONTRATISTA deberá entregar al supervisor del contrato el horario de atención y de actividades realizadas en lo pertinente a la programación y atención del usuario y/o beneficiarios.	SI	NINGUNA
24.El CONTRATISTA deberá informar por escrito las no asistencias de los familiares para el procedimiento, (tratamiento) así como la falta de colaboración de los mismos a pesar de las instrucciones, impartidas y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación. Si esta llegara a suceder	SI	NINGUNA
25.El CONTRATISTA deberá cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes	SI	NINGUNA
26.El CONTRATISTA deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres	SI	NINGUNA
27.El CONTRATISTA facturará cada tratamiento de acuerdo a la atención prestada, de tal manera que si el tratamiento es interrumpido por cualquier razón se facturará proporcionalmente.	SI	NINGUNA
28.Las demás obligaciones del CONTRATISTA 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
29.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	SI	NINGUNA

de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.		
30.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
31.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
32.El oferente se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ITEM	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS		CUMPLIO	OBSERVACIONES
1	**Tratamiento Ambulatorio** (Internación parcial en institución no hospitalaria) el cual es proyectado para una duración de al menos 5 meses	con dos meses de intervención interdisciplinaria directa. **Incluye:** atención individual por medicina general, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y nutrición. Intervención grupal: de las anteriores áreas	SI	N/A
		3 meses de soporte. **Incluye:** Atención individual por, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional Y OPCION de asistir a	**SI**	**N/A**

GS-2024-525998-MEBOG

		intervención grupal: de las anteriores áreas, así mismo alojamiento e intervención en crisis en caso de requerir atención		
2	**Tratamiento de servicio de cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas (Internación),** el cual es proyectado para una duración de al menos 5 meses, con 60 días de internación y 3 meses de soporte	con 60 días de internación **Incluye:** Alojamiento, alimentación (5 comidas), atención individual por medicina general, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y nutrición. Intervención grupal: de las anteriores áreas y actividad física dirigida, formación complementaria para la vida y/o el trabajo. Así mismo, intervención en crisis en caso de requerir atención.	SI	N/A
		1 mes de soporte **Incluye:** Alojamiento, alimentación (5 comidas), atención individual por medicina general, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y nutrición. Intervención grupal: de las anteriores áreas y actividad física dirigida, formación complementaria para la vida y/o el trabajo. Así mismo, intervención en crisis en caso de requerir atención.	**SI**	**N/A**
	ESPECIFICACIONES TECNICAS: El contratista brindará atención encaminada al tratamiento de la dependencia y el consumo (no se contempla el tratamiento de desintoxicación y del síndrome de abstinencia), el cual incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y/o ludopatía además de la intervención orientada a la reinserción social la cual hace referencia al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas alcoholismo y/o ludopatía; ésta área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes: • Familiar • Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo. • Asesoramiento educativo. • Alojamiento o Vivienda. **Se contará con un enfoque aceptado y validado internacionalmente teniendo en cuenta que existe un enfoque aceptado y validado internacionalmente** El proceso terapéutico en general estará comprendido por las intervenciones farmacológicas determinadas por el médico psiquiatra y las intervenciones psicosociales que corresponderán a la acción terapéutica del equipo interdisciplinario. • La intervención incluirá las modalidades de tratamiento ambulatorio, atención de baja complejidad y la modalidad de internación, estableciendo un tiempo mínimo de cuatro (5) meses de tal manera que se prestará la intervención en las dos modalidades descritas anteriormente.	**SI**	N/A	

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIO	OBSERVACIONES
REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. El contratista deberá mantener habilitado el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990 en el caso de tratarse de agremiaciones de profesionales con infraestructura. En el caso de agremiaciones de profesionales sin infraestructura estos están exentos de este registro y los que deben de acreditar su registro en el Ministerio de Salud y la Secretaria Distrital de Salud serán cada uno de los profesionales requeridos en concordancia con el Decreto 780 de 2016 y resolución 3100 de 2019 en las especialidades de Psicología, Terapia Ocupacional; Psiquiatría y Nutrición y Dietética, medicina general) cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas	**SI**	**N/A**
RECURSO HUMANO MÍNIMO REQUERIDO Y EXPERIENCIA Para la prestación del Servicio objeto del presente contrato, el contratista cuenta con mínimo con el siguiente talento humano, los cuales se relacionan a continuación: (02) psicólogo (a), (01) psiquiatra, (01 trabajo social),	**SI**	**N/A**

1302141071

(01) un terapeuta ocupacional, (01) un médico general, (01) profesional en nutrición, otros profesionales que ameriten en el proceso de rehabilitación El contratista garantizará la infraestructura y los recursos necesarios para cumplir con el objeto del presente proceso de contratación (certificación de capacidad técnica y operacional). El servicio deberá ser prestado por el profesional idóneo en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros. Mencionados profesionales deberán mantener vigente el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo a lo tipificado en el artículo 23 de la ley 1164 de 2007. (...) con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del Área de la salud.		
INSTALACIONES: El contratista dispone de un área física con las siguientes características: • Delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar. • Protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada. • Incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales, y de familia y consultorios. • Contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo. • El contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 **Nota:** El contratista permitirá al supervisor realizar **VISITA TÉCNICA**, con el fin de verificar el cumplimiento del contrato, de acuerdo a las necesidades que se presenten en la ejecución del mismo.	**SI**	**N/A**
El contratista notificará de forma inmediata y por escrito los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) y que llegasen a requerir ingreso por el servicio de urgencias; con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o remisión del paciente al Hospital Central de la Policía Nacional. De igual manera debe contar con la posibilidad de traslado del paciente, traslado que no tendrá costo adicional para el Área Regional de Aseguramiento en Salud No. 1	**SI**	**N/A**
El contratista debe entregar al supervisor del contrato el horario de atención y de actividades realizadas en lo pertinente a la programación y atención del usuario y/o beneficiarios.	**SI**	**N/A**
El contratista debe enviar por escrito al supervisor de manera mensual un informe de las no asistencias de los familiares y/o usuario para el procedimiento, (tratamiento) así como la falta de colaboración de los mismos a pesar de las instrucciones, impartidas y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación. Si esta llegara a suceder	**SI**	**N/A**
El contratista se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité EIPS (Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud). Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Equipo Interdisciplinario de Profesionales de Salud del nivel central DISAN, para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN y remitirlo a la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, para que ésta adelante el trámite correspondiente. NO SE ADMITEN FORMATOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATISTA. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del usuario, orden judicial o tutela, se da cumplimiento.	**SI**	**N/A**
El contratista debe cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes	**SI**	**N/A**
El contratista debe guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer y manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración a terceros.	**SI**	**N/A**

El contratista debe tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres	SI	N/A
El contratista facturará cada tratamiento de acuerdo a la atención prestada, de tal manera que si el tratamiento es interrumpido por cualquier razón se facturará proporcionalmente.	SI	N/A
EL contratista deberá mantener vigente el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. Diligenciar formulario Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.	SI	N/A
Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.	SI	N/A
El contratista dará 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	N/A
El contratista una vez adjudicado el contrato hará entrega de las guías de manejo y protocolos de atención de acuerdo al objeto contractual.	SI	N/A
El contratista deberá responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato: Asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización de carácter laboral del personal que utilice para la ejecución del objeto del contrato.	SI	N/A
El contratista deberá aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, supervisor del contrato y la coordinación de salud mental.	SI	N/A
El contratista deberá informar al supervisor del contrato cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento de ejecución.	SI	N/A
El contratista prestará el servicio después de verificar la autorización expedida por parte de la oficina de referencia y Contrareferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, la orden médica, así mimos exigirá la presentación del documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional presentados por el usuario.	SI	N/A
Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos que se requieran en cada caso, de acuerdo a normatividad vigente.	SI	N/A
El contratista garantizará la prestación del servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	SI	N/A
El contratista garantizará la prestación del servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	SI	N/A
Cuando se detecte que un paciente es consultador crónico se reportará al supervisor del contrato con sus datos personales y cada cuanto tiempo está consultando el paciente y/o cada cuanto se ha requerido su internación.	SI	N/A
El contratista dará cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	N/A

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

SE REALIZA FACTURACION MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (120/180) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

3. TRAMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 pagará el valor del contrato 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, 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, recibido a satisfacción del paciente y/o acudiente del paciente y los requisitos establecidos por la DIAN.

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Copia del soporte del recibido a satisfacción por parte del usuario.
- Copia del soporte del carne policial o constancia de afiliación al SSPN.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

Responsabilidad en cuanto a la Facturación Electrónica:
El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2022 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados.

Del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Numero 000042 del 05/05/2022 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura

electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación".

PROCEDIMIENTO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS

Una vez radicada la factura y prestado el servicio por parte del Adjudicatario (Contratista), el Supervisor del Contrato, previa revisión de los documentos y soportes, expedirán el Recibo a Satisfacción Técnico – Económico con la periodicidad que se establezca en el plan de pagos durante la ejecución del contrato, debiendo enunciar en forma puntual la ejecución física del contrato, relacionando para ello los aspectos de carácter técnico, administrativo, financiero y legal del negocio jurídico, cumpliendo con las obligaciones señaladas en la resolución 00090 del 15 de enero de 2018 "por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional.

NOTA: el Registro de Información Tributaria (RIT), es un requisito que constituye el mecanismo único para identificar, ubicar y clasificar las personas y entidades que tengan la calidad de contribuyentes, declarantes, agentes de retención, así como de los demás sujetos de obligaciones tributarias distritales respecto de los cuales ésta requiera su inscripción, por tal motivo aquellos que estén exonerados del mismo, deberán anexar la documentación que lo soporte.

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".

PARAGRAFO 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.

PARAGRAFO 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.

PARAGRAFO 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.

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

El contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2022 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados, del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación".

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: **FUNDACION APRENDER A VIVIR**
BANCO: Bancolombia S.A.
TIPO DE CUENTA: CUENTA DE AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 58973808816

4. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$ 70.000.000	100%
Valor total de las entregas	$ 47.059.424	67%
Valor total facturado	$ 12.126.091	17.4%
Valor facturado pendiente de pago	$ 57.873.909	82.6%
Valor pagado	$ 12.126.091	17.4%
Valor pendiente de entrega	$ 22.940.576	23%

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

No. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago

NO 2	**$34.933.333**	04/10/2024	**$34.933.333**	Del FFE166 A FFE167	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

5. **RECOMENDACIONES No** se tiene recomendaciones

6. **CONCLUSIONES**

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI X**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soporte (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,

SUBINTENDENTE **FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR.**
LIDER SALUD MENTAL UPRES BOGOTÁ (E)
Supervisor Contrato No. 81-7-20073-23
Freddy.ochoa2743@correo.policia.gov.vo
No. Celular: 33228533391

freddy.ochoam

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. 04 DE OCTUBRE DEL 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 /aceptación de oferta u orden de compra No.	**PN RASES No.1 N.º No.81-7-20148-24**
Constancia de recibido No.	2
Contratista:	FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT del contratista:	830507712-4
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	**PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1**
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**VIGENCIA 2024 SETENTA MILLONES ($70.000.000,00) MONEDA LEGAL VIGENTE**
Plazo de ejecución:	Plazo inicial 23/07/2024 hasta 31/12/2024

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
04 OCT 2024
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 71 N. 53-52 FUNDACION APRENDER A VIVIR
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR Líder Salud Mental UPRES BOGOTA
Fecha de entrega certificada:	01 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES N.1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL	$34.933.333	$34.933.333	0	$12.126.091

			DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1				
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN	NOTA O DEBITO DE CREDITO	VALOR DE LA FACTURA	VALOR TOTAL DE LA FACTURA
FFE1666	3/10/2024	01/09/2024-30/09/2024	12/08/2024	8133204		$ 4.000.000	$ 4.000.000
FFE1667	3/10/2024	01/09/2024-30/09/2024	12/08/2024	8133149		$ 4.000.000	$ 4.000.000
FFE1668	3/10/2024	01/09/2024-30/09/2024	12/08/2024	8133204		$ 4.000.000	$ 4.000.000
FFE1669	3/10/2024	01/09/2024-30/09/2024	12/08/2024	8133219		$ 4.000.000	$ 4.000.000
FFE1670	3/10/2024	01/09/2024-30/09/2024	22/08/2024	8195582		$ 4.000.000	$ 4.000.000
FFE1671	3/10/2024	01/09/2024-30/09/2024	22/08/2024	8195645		$ 4.000.000	$ 4.000.000
FFE1672	3/10/2024	01/09/2024-30/09/2024	22/08/2024	8195640		$ 4.000.000	$ 4.000.000
FFE1673	3/10/2024	04/09/2024-30/09/2024	04/09/2024	8282731		$ 3.600.000	$ 3.600.000
FFE1674	3/10/2024	06/09/2024-30/09/2024	22/08/2024	8133219		$ 3.333.333	$ 3.333.333
						$ 34.933.333	$ 34.933.333

CONCEPTO E CUMPLIMIENTO: SE CERTIFICA QUE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ANEXO N.2 Y CONDICIONES ESTIPULADAS DEL CONTRATO. 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: SE AVALA EL PAGO DE LA FACTURA ANUNCIADA EN LA SIGUIENTE PLANILLA PARA EL PERIODO DE 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias

1	**Tratamiento Ambulatorio** (Internación parcial en institución no hospitalaria) el cual es proyectado para una duración de al menos 5 meses	con dos meses de intervención interdisciplinaria directa. **Incluye:** atención individual por medicina general, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y nutrición. Intervención grupal: de las anteriores áreas	SI	N/A
		3 meses de soporte. **Incluye:** Atención individual por, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional Y OPCION de asistir a intervención grupal: de las anteriores áreas, así mismo alojamiento e intervención en crisis en caso de requerir atención	**SI**	**N/A**
2	**Tratamiento de servicio de cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas (Internación)**, el cual es proyectado para una duración de al menos 5 meses, con 60 días de internación y 3 meses de soporte	con 60 días de internación **Incluye:** Alojamiento, alimentación (5 comidas), atención individual por medicina general, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y nutrición. Intervención grupal: de las anteriores áreas y actividad física dirigida, formación complementaria para la vida y/o el trabajo. Así mismo, intervención en crisis en caso de requerir atención.	SI	N/A
		1 mes de soporte **Incluye:** Alojamiento, alimentación (5 comidas), atención individual por medicina general, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y nutrición. Intervención grupal: de las anteriores áreas y actividad física dirigida, formación complementaria para la vida y/o el trabajo. Así mismo, intervención en crisis en caso de requerir atención.	**SI**	**N/A**
	ESPECIFICACIONES TECNICAS: El contratista brindará atención encaminada al tratamiento de la dependencia y el consumo (no se contempla el tratamiento de desintoxicación y del síndrome de abstinencia), el cual incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el		**SI**	N/A

	funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y/o ludopatía además de la intervención orientada a la reinserción social la cual hace referencia al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas alcoholismo y/o ludopatía; ésta área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes: • Familiar • Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo. • Asesoramiento educativo. • Alojamiento o Vivienda. **Se contará con un enfoque aceptado y validado internacionalmente teniendo en cuenta que existe un enfoque aceptado y validado internacionalmente** El proceso terapéutico en general estará comprendido por las intervenciones farmacológicas determinadas por el médico psiquiatra y las intervenciones psicosociales que corresponderán a la acción terapéutica del equipo interdisciplinario. • La intervención incluirá las modalidades de tratamiento ambulatorio, atención de baja complejidad y la modalidad de internación, estableciendo un tiempo mínimo de cuatro (5) meses de tal manera que se prestará la intervención en las dos modalidades descritas anteriormente.		
REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. El contratista deberá mantener habilitado el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social de conformidad con la Ley 10 de 1990 en el caso de tratarse de agremiaciones de profesionales con infraestructura. En el caso de agremiaciones de profesionales sin infraestructura estos están exentos de este registro y los que deben de acreditar su registro en el Ministerio de Salud y la Secretaria Distrital de Salud serán cada uno de los profesionales requeridos en concordancia con el Decreto 780 de 2016 y resolución 3100 de 2019 en las especialidades de Psicología, Terapia Ocupacional; Psiquiatría y Nutrición y Dietética, medicina general) cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas	**SI**	**N/A**
RECURSO HUMANO MÍNIMO REQUERIDO Y EXPERIENCIA Para la prestación del Servicio objeto del presente contrato, el contratista cuenta con mínimo con el siguiente talento humano, los cuales se relacionan a continuación:	**SI**	**N/A**

(02) psicólogo (a), (01) psiquiatra, (01 trabajo social), (01) un terapeuta ocupacional, (01) un médico general, (01) profesional en nutrición, otros profesionales que ameriten en el proceso de rehabilitación El contratista garantizará la infraestructura y los recursos necesarios para cumplir con el objeto del presente proceso de contratación (certificación de capacidad técnica y operacional). El servicio deberá ser prestado por el profesional idóneo en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros. Mencionados profesionales deberán mantener vigente el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo a lo tipificado en el artículo 23 de la ley 1164 de 2007. (...) con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del Área de la salud.		
INSTALACIONES: El contratista dispone de un área física con las siguientes características: • Delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar. • Protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada. • Incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales, y de familia y consultorios. • Contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo. • El contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1	**SI**	**N/A**

Nota: El contratista permitirá al supervisor realizar **VISITA TÉCNICA**, con el fin de verificar el cumplimiento del contrato, de acuerdo a las necesidades que se presenten en la ejecución del mismo.		
El contratista notificará de forma inmediata y por escrito los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) y que llegasen a requerir ingreso por el servicio de urgencias; con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o remisión del paciente al Hospital Central de la Policía Nacional. De igual manera debe contar con la posibilidad de traslado del paciente, traslado que no tendrá costo adicional para el Área Regional de Aseguramiento en Salud No. 1	**SI**	**N/A**
El contratista debe entregar al supervisor del contrato el horario de atención y de actividades realizadas en lo pertinente a la programación y atención del usuario y/o beneficiarios.	**SI**	**N/A**
El contratista debe enviar por escrito al supervisor de manera mensual un informe de las no asistencias de los familiares y/o usuario para el procedimiento, (tratamiento) así como la falta de colaboración de los mismos a pesar de las instrucciones, impartidas y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación. Si esta llegara a suceder	**SI**	**N/A**
El contratista se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del acuerdo No. 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité EIPS (Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud). Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Equipo Interdisciplinario de Profesionales de Salud del nivel central DISAN, para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN y remitirlo a la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, para que ésta adelante el trámite correspondiente. NO SE ADMITEN FORMATOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATISTA. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del usuario, orden judicial o tutela, se da cumplimiento.	**SI**	**N/A**
El contratista debe cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes	**SI**	**N/A**
El contratista debe guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer y manipular y responderá patrimonialmente por los	**SI**	**N/A**

perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración a terceros.		
El contratista debe tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres	SI	N/A
El contratista facturará cada tratamiento de acuerdo a la atención prestada, de tal manera que si el tratamiento es interrumpido por cualquier razón se facturará proporcionalmente.	SI	N/A
EL contratista deberá mantener vigente el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. Diligenciar formulario Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.	SI	N/A
Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.	SI	N/A
El contratista dará 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	N/A
El contratista una vez adjudicado el contrato hará entrega de las guías de manejo y protocolos de atención de acuerdo al objeto contractual.	SI	N/A
El contratista deberá responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato: Asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e Indemnización de carácter laboral del personal que utilice para la ejecución del objeto del contrato.	SI	N/A
El contratista deberá aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, supervisor del contrato y la coordinación de salud mental.	SI	N/A

El contratista deberá Informar al supervisor del contrato cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento de ejecución.	**SI**	**N/A**
El contratista prestará el servicio después de verificar la autorización expedida por parte de la oficina de referencia y Contrareferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, la orden médica, así mimos exigirá la presentación del documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional presentados por el usuario.	**SI**	**N/A**
Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos que se requieran en cada caso, de acuerdo a normatividad vigente.	**SI**	**N/A**
El contratista garantizará la prestación del servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	**SI**	**N/A**
El contratista garantizará la prestación del servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	**SI**	**N/A**
Cuando se detecte que un paciente es consultador crónico se reportará al supervisor del contrato con sus datos personales y cada cuanto tiempo está consultando el paciente y/o cada cuanto se ha requerido su internación.	**SI**	**N/A**
El contratista dará cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	**SI**	**N/A**

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Atentamente,

FIRMA DE SUPERVISOR
Subintendente **FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR**
Lider de Salud Mental

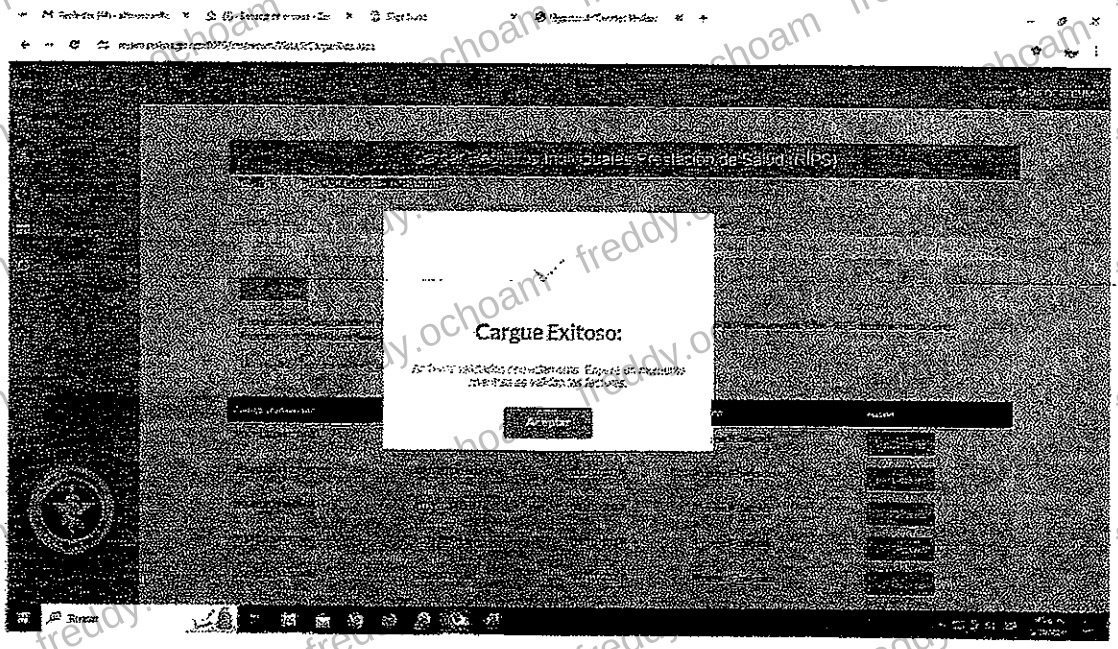
freddy.ochoam

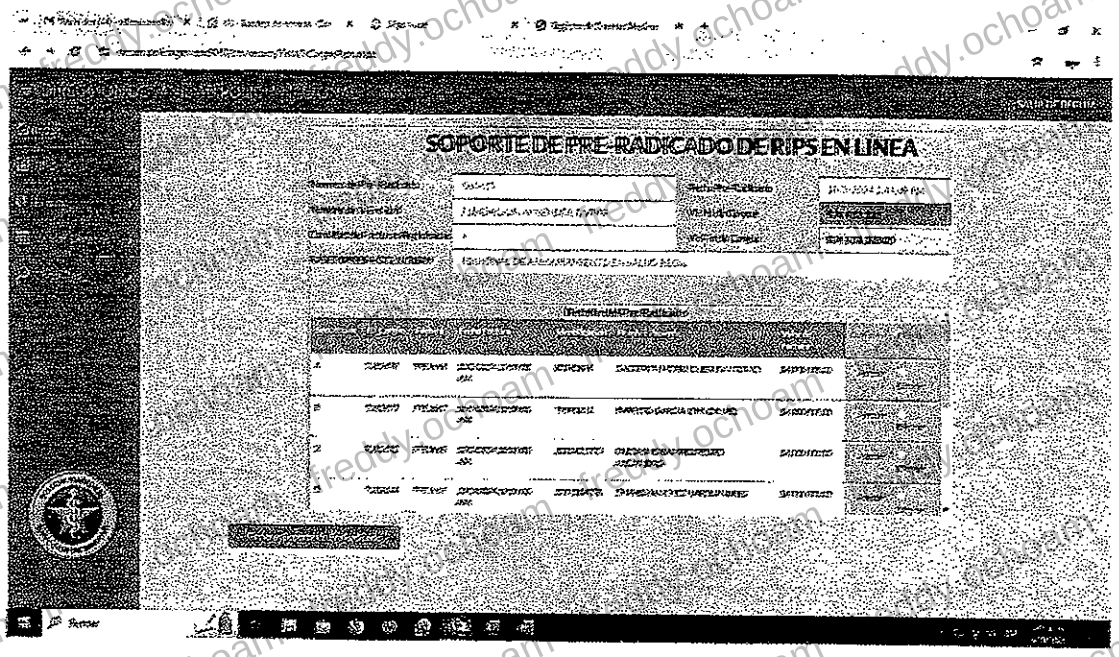
SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre-Radicado	[illegible]	Fecha Pre-Radicado	[illegible]
Nombre de la Entidad	[illegible]	Vlr Ini de Cargue	$34,933,333
Cantidad de Facturas Registradas	0	Vlr Fin de Cargue	$34,933,333.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGII		

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

freddy.ochoam





freddy.ochoam

GS-2024-525998-MEBOG

Bogotá, octubre 2 de 2024.

CERTIFICACION

El suscrito Representante legal de la **FUNDACION APRENDER A VIVIR**, identificado con NIT. 830507712-4, por medio de la presente certifica que a la fecha la institución se encuentra al día por concepto de aportes a la seguridad social y parafiscal de ley a la fecha y en los últimos seis meses.

Para efecto me permito adjuntar la planilla de pago correspondiente al mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA
Representante Legal

1302141071

freddy.ochoam

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johepava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-09	E		80710265	$9.235.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.600	0		0		0	0	0	0	162.600	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.600	0		0		0	0	0	0	162.600	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	543.600	0		0		0	0	0	0	543.600	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.500.000	0		0		0	0	0	0	1.500.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	606.300	0		0		0	0	0	0	606.300	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	696.000	0	0	0	0	0	0		696.000	1
231001	Colfondos	800227940-8	284.000	0	0	0	0	0	0		284.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.644.000	0	0	88.000	60.000	0	0		2.664.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	248.800				248.800	0	0	248.800			2.488	248.800	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	926.000	0	0	926.000	7

Este documento está clasifi[illegible]o como PRIVADO por parte de Compensar Op[illegible]dor de Información

GS-2024-525998-MEBOG

1302141071

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR		CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-09	E		80710288	$9.235.500	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
463.000	0	0	463.000	7
ICBF				
694.600	0	0	694.600	7
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	2.975.100	2.975.100
Pensión	4	3.928.000	3.928.000
Riesgos Laborales	1	246.800	246.800
CCF	1	926.000	926.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	694.600	694.600
MEN	0	0	0
SENA	1	463.000	463.000
TOTALES	13	9.235.500	9.235.500

GS-2024-525998-MEBOG

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

1302141071

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1666

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA.			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 10:52
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 10:52
				Vencimiento	02/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Septiembre Jesus Antonio Calderon Moreno. Autorizacion No 8133204	1.00	4,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones de pesos m/cte

Total Bruto	4,000,000.00
Total a Pagar	4,000,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 4,000,000.00

Observaciones:

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.085.149-8, Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9,66 POR MIL
CUFE: f6oddfe4e2e992cb2d9f757809b9b48619b6d6a1e08c6f7dd12a4432883f5cc70e9a79beeac26a081d48e0b9fa518ce7

freddy.ochoam

GS-2024-525998-MEBOG

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1667

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 10:58
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 10:58
				Vencimiento	02/11/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Septiembre John Dinael Barrete Garcia. Autorizacion No 8133149	1.00	4,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones de pesos m/cte

Total Bruto	4,000,000.00
Total a Pagar	4,000,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 4,000,000.00

Observaciones:

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo S/AS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: 9432f1c92d7e68b9a5953fa829ac8165aa3a135a6cfa3bcdd24c48b5eced43609fbca070b89f9fc84cd9ea7f1f3843af

1302141071

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotà - Colombia
hangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1668

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 11:01
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 11:01
				Vencimiento	02/11/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Septiembre Pedro Alejandro Palomino Ramirez. Autorizacion No 8133219	1.00	4,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones de pesos m/cte

Total Bruto	4,000,000.00
Total a Pagar	4,000,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 4,000,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 -Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: ba54275188ce5ce91b0fa8eaffca48a161bc8cc20d0266b840adb9e8280ae2313fb7ba0e8b7879596ed6b089a1559fb6

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-3. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: var en xml.

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1669

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 11:05
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 11:05
				Vencimiento	02/11/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Septiembre Harol Andres Chavez Sanchez, Autorizacion No 8133214	1.00	4,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones de pesos m/cte

Total Bruto	4,000,000.00
Total a Pagar	4,000,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 4,000,000.00

Observaciones:

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S. - Nit 830.483.141-8. Monitor Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: 2a1c20d119239511b22227646ee42cafaceb074024bfebe577b61839ddda095d083728e43a8a15b4bdf64cc5e81492f9

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1670

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 11:07
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 11:07
				Vencimiento	02/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Septiembre Fabio Ariosto Pinzon Acevedo. Autorizacion No 8195582	1.00	4,000,000.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones de pesos m/cte

Total Bruto	4,000,000.00
Total a Pagar	4,000,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 4,000,000.00

Observaciones:

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Sifge SAS - Nit 830.048.148-8. Nombre Software: Sifge Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9,66 POR MIL
CUFE: eaa51d7521ec7ab126d7675b1056b4d2c985e3616b9dcc2a9057cc101a79c631d6b32e21adcabb23116eb6bb30032735

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1671

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 11:11
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 11:11
				Vencimiento	02/11/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Septiembre German Leonardo Reyes Diaz. Autorizacion No 8195640	1.00	4,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones de pesos m/cte

Total Bruto	4,000,000.00
Total a Pagar	4,000,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 4,000,000.00

Observaciones:

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.057.181-3. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML.

A este factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787362 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: 4a6973384d5e7c84ba8e08404ba1d3b58240ec1277a869f687067340b78bfd27dec5318aaa0a7c79ff0c2e1a3797eb48

freddy.ochoam

GS-2024-525998-MEBOG

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1672

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 11:14
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 11:14
				Vencimiento	02/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad Internado Septiembre Andres Felipe Lopez Irurita. Autorizacion No 8195845	1,00	4,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuatro millones de pesos m/cte

Total Bruto	4,000,000.00
Total a Pagar	4,000,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 4,000,000.00

Observaciones:

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el Xml.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: 3b91567695fe52ba480636400b55410101be82ffb8dc4eaec1cedcddacb6be9f8e86ecibff71335bac81f1dc07b535db

1302141071

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tél: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1673

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 11:19
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 11:19
				Vencimiento	02/11/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Septiembre 4 al 30 Johan David Alexander Vanegas. Autorizacion No 8282731	1.00	3,600,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Tres millones seiscientos mil pesos m/cte

Total Bruto	3,600,000.00
Total a Pagar	3,600,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 3,600,000.00

Observaciones:

Factura de Software y Proveedor Tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
CUFE: e2b8e8562a459fc91ccf364af1b8e10c774b6effcad78d156a2b6064735035cbc8934f2215f651d494057d86e1ca0862

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 1674

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	3505560928	**Generación**	03/10/2024, 11:22
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	03/10/2024, 11:23
				Vencimiento	02/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Mensualidad internado Septiembre 6 al 30 Orlando Botina Tabares. Autorizacion No 8195695	1.00	3,333,333.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Tres millones trescientos treinta y tres mil trescientos treinta y tres pesos m/cte

Total Bruto	3,333,333.00
Total a Pagar	3,333,333.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2024-11-02 por $ 3,333,333.00

Observaciones:

Fabricante Software y Proveedor Tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8, Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240428 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9,66 POR MIL
CUFE: e7dd1551eed273beb9ecb876ca1c9bc3e8aa8ea8c5d0852905286c3c01c16cd1e00aad76b570bcfa24979b3a80e4d1d0

freddy.ochoam