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 1323971931		

No. 14 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2024- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 16 de octubre de 2024

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

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

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 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: 13**

  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-2024- 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-2024- 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-2024- 136819 -MEBOG-29.25 del 15/03/2024
8. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/03/2024 y el 31/03/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 189397 -MEBOG-29.25 del 16/04/2024
9. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/04/2024 y el 30/04/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 239071 -MEBOG-29.25 del 10/05/2024
10. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/05/2024 y el 31/05/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024-312591 -MEBOG-29.25 del 20/06/2024
11. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/06/2024 y el 30/06/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024-312591 -MEBOG-29.25 del 20/06/2024
12. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/07/2024 y el 31/07/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024-449789 -MEBOG-29.25 del 30/08/2024
13. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/08/2024 y el 31/08/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024-477108 -MEBOG-29.25 del 12/09/2024

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

1323971981

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

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. 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 el día 02/09/2024.

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	SI	Ninguna

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

claudia.rolon

GS-2024-548861-MEBOG

18) El contratista deberá mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato	SI	Ninguna
19) Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta	SI	Ninguna
20) El contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo".	SI	Ninguna
21) Las demás contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna
22) El contratista se compromete a mantener confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	Ninguna
23) El contratista se compromete a: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	SI	Ninguna
24) El contratista se compromete a dar cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 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.	SI	Ninguna

1323971931

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 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,	SI	Ninguna

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		
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 establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicio de salud en el SISAP WEB, la generación de las autorizaciones de servicios debe realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo	SI	Ninguna
9. El Contratista deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias y escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una asistencia efectiva a las mismas. Así mismo, asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitando que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboración y empatía.	SI	Ninguna
10 El Contratista deberá asesorar a las familias y/o cuidador sobre los Procesos de inclusión social del usuario en actividades educativas, sociales y/o laborales acordes a su desempeño e interés, así mismo a contactarse con las entidades competentes dentro del marco de la Ley Estatutaria de Discapacidad	SI	Ninguna
11. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y se anexará en la historia Clínica de cada usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
12. Al finalizar el contrato, El Contratista deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
13. El Contratista permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoria 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,	SI	Ninguna

1323978931

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"		
21. El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.	SI	Ninguna
22. El Contratista dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
23. El Contratista informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre o Madre y del usuario que presenta la inasistencia.	SI	Ninguna
24. El Contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	SI	Ninguna
25 RECURSO HUMANO Personal Profesional: El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: ➢ 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	SI	Ninguna

claudia.rolon

GS-2024-548861-MEBOG

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.		
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 • 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.	SI	Ninguna
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

1323971931

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 (420) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (39) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

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

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

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

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

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

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

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

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

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de consentimiento informado en la modalidad no presencial o Telesalud.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así

mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 "la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.

- Autorización del servicio en original
- 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

GS-2024-548861-MEBOG

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	$ 408.021.832,00	100%
Valor total de las entregas	$ 371.852.697,00	91%
Valor total facturado	$ 342.093.513,00	84%
Valor facturado pendiente de pago	$ 29.759.184,00	7%
Valor pagado	$ 342.093.513,00	84%
Valor pendiente de entrega	$ 36.169.135,00	9%

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
15 de 10/10/2024	$29.759.184	Del 01/09/2024 al 30/09/2024	$29.759.184	37183 a 37219	Pendiente	Pendiente	Pendiente

5. RECOMENDACIONES

Como supervisor del contrato se recomienda a la Administración, continuar con la consecución del nuevo proceso contractual.

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

132397193

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. 10 de octubre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato No.	81-7-20153-23
Constancia de recibido No.	15
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 SINDROME 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	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
18 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 entrega certificada:	Del: 01/09/2024 al 30/09/2024
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	$29.759.184	$29.759.184	$0,00	

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
37183	10/10/2024	$ 613.125		$ 613.125
37184	10/10/2024	$ 735.750		$ 735.750
37185	10/10/2024	$ 343.350		$ 343.350
37186	10/10/2024	$ 515.025		$ 515.025
37187	10/10/2024	$ 751.970		$ 751.970
37188	10/10/2024	$ 622.320		$ 622.320
37189	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37190	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37191	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37192	10/10/2024	$ 544.530		$ 544.530
37193	10/10/2024	$ 622.320		$ 622.320
37194	10/10/2024	$ 622.320		$ 622.320
37195	10/10/2024	$ 466.740		$ 466.740
37196	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37197	10/10/2024	$ 622.320		$ 622.320
37198	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37199	10/10/2024	$ 751.970		$ 751.970
37200	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37201	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37202	10/10/2024	$ 622.320		$ 622.320
37203	10/10/2024	$ 622.320		$ 622.320
37204	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900

1323971931

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

37205	10/10/2024	$ 466.740		$ 466.740
37206	10/10/2024	$ 311.160		$ 311.160
37207	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37208	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37209	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37210	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37211	10/10/2024	$ 155.580		$ 155.580
37212	10/10/2024	$ 622.320		$ 622.320
37213	10/10/2024	$ 777.900		$ 777.900
37214	10/10/2024	$ 1.881.700		$ 1.881.700
37215	10/10/2024	$ 1.881.700		$ 1.881.700
37216	10/10/2024	$ 1.618.262		$ 1.618.262
37217	10/10/2024	$ 489.242		$ 489.242
37218	10/10/2024	$ 1.881.700		$ 1.881.700
37219	10/10/2024	$ 1.881.700		$ 1.881.700
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 29.759.184,00**		**$ 29.759.184,00**

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 SEPTIEMBRE 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 septiembre 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 ROLON CAMACHO
Terapeuta Física
Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisora del Contrato

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

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 – 08 Tel 6241873
direccion@corporacionsindromededown.org
www.corporacionsindromededown.org
Bogotá, D.C

El Revisor Fiscal de la
CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN

CERTIFICA:

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

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

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

VIGILADO Supersalud

claudia.rolon

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37183

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SAMUEL MAHECHA NUÑEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1141370135	10 de oct. de 2024 3:21:11 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	calle 38 b n. 72 k - 20 sur	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209242288		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 56e1724e073e2b827cf00c4f5c1c7ff112a7d31cac8e8966716beda9799de8c77d07556ec66f9087f5a662a2bb094cc0

Fecha validación: 10/10/2024 3:21 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	25	$24.525	0	$0	$613.125	8501270			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS TRECE MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$613.125
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$613.125
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$613.125

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 48861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37184

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA PAZ QUINTERO PIÑERES	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1089636091	10 de oct. de 2024 3:30:40 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 24 A # 56 - 35 INT 1 APT 101 CONJUNTO PORTAL DEL SALITRE	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3104627452		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 9eaa2249e25d10047a153234c270a0ec927638ff8df9facc89c8dafdcfad1d695055677b18b4c38f8874503472eb6031 **Fecha validación:** 10/10/2024 3:30 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$24.525	0	$0	$735.750	8501250			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37184

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA PAZ QUINTERO PIÑERES	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1089636091	10 de oct. de 2024 3:30:40 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 24 A # 56 - 35 INT 1 APT 101 CONJUNTO PORTAL DEL SALITRE	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3104627452		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 9eaa2249e25d10047a153234c270a0ec927638ff8df9facc89c8dafdcfad1d695055677b18b4c38f8874503472eb6031 **Fecha validación:** 10/10/2024 3:30 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$24.525	0	$0	$735.750	8501250			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 28861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37185

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MATEO RODRIGUEZ LOZANO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1014902142	10 de oct. de 2024 3:31:58 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 41 D # 74 - 56	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3156492118		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: d9b04efd5fe3d47251dd923dec146ffd59359fe3e7afbc140efef05094cbf147d02cff30046d590a8b6ee1c57900501b

Fecha validación: 10/10/2024 3:31 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	14	$24.525	0	$0	$343.350	8501239			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$343.350
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$343.350
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$343.350

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

claudia.rolon

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 3861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37186

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANIEL ALEJANDRO SANCHEZ MARTINEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011254332	10 de oct. de 2024 3:37:30 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 45 N #58 C 11 SUR	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3143992518		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: e96cfa1ecb77bb0f03666657e787d63363779296cbc4590d8ac681393551ffe19f8dfccc5485c1439069837560604a4b

Fecha validación: 10/10/2024 3:37 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	21	$24.525	0	$0	$515.025	8501222			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS QUINCE MIL VEINTICINCO PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 3861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37187

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SOFIA ARIZA VILLAMIL	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011206942	10 de oct. de 2024 3:39:05 a. 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	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3924337		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: daef70e51d59f65ba56a6e7799b20560b13fd4d62553da22567b3bb41c1edad488446c6b877506a662706b2c179e2724 **Fecha validación:** 10/10/2024 3:39 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	29	$25.930	0	$0	$751.970	8501209			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

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

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 48861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37188

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA BEJARANO PIÑEROS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1027300517	10 de oct. de 2024 3:40:24 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 50 No 165-50	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3142754675		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: fb71b8b0a5901e1d3fe1e740b2af6eb9c455f3e69b58edcac79acc5230c7303c2959ebc095c90081dedcf5e03cc160ef — **Fecha validación:** 10/10/2024 3:40 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	24	$25.930	0	$0	$622.320	8501196			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 48861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37189

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MAGDA LORENA BETANCOURT CUCAITA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220634	10 de oct. de 2024 3:42:15 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 24 DNo 11 - 80 Apto 304 Bloque 10	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	2721827		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: b41b8a70a0de95e6039321b0f4c86bf9111c9224054546f04da9e852a9998538c58a13abe623263462c98f68a3865016

Fecha validación: 10/10/2024 3:42 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8501168			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37190

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JOSEPH SEBASTIAN BELTRAN NIETO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220576	10 de oct. de 2024 3:49:07 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Avenida CARRERA 104 No 71 D - 29	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	5487245		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 2e54dd73e874cbbf7d0d939456b38dd95122abe246ba4d868134fc57495e7a48292dcd34d171065f7e9ee66345dcde96 — **Fecha validación:** 10/10/2024 3:49 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8501168			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37191

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANA JOHANA CALDERON PINZON	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011212102	10 de oct. de 2024 3:50:44 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 140 B No 103 f - 45	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103456818		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 37d02edc30dca6fc623208b5a825a7d21b13999026998d7d6451dfe0aa8f8ef35cec2759695bc3dca8a920271f280726 — **Fecha validación:** 10/10/2024 3:50 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8501156			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 43861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37192

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JULIANA CASTILLO MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1021400951	10 de oct. de 2024 3:52:22 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diag 151 b No 136 a -50 casa 123	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	9313221		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: c4c2955964a37585cc4c4779159dce6056bd960757922bcd6b3774327965ead9a15d166696320647f54f31f0819fc0a

Fecha validación: 10/10/2024 3:52 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	21	$25.930	0	$0	$544.530	8501143			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$544.530
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$544.530
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$544.530

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931





1323971931

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 43861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACIÓN ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37193

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	PABLO ELMER CONTRERAS SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1071549408	10 de oct. de 2024 3:53:45 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	DIAGONAL 15 B 104-45	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8248099		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: d115157b914674dccba8d13fb833241529a3d67b1c8b8c2699212c192c36268b4b5b21bc3257e688136310973e06b28f

Fecha validación: 10/10/2024 3:53 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-10-09	**Fecha final:**	2024-10-09
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	24	$25.930	0	$0	$622.320	8501128			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 48861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37194

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	KIMBERLY DAYANA CORDOBA VERGARA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1028840870	10 de oct. de 2024 4:32:08 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	**Dirección:**	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213349423		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 869924dbd60dc3196a33b5a62df7bde08af2bb744b1174e5a27db995325303c56ff4e612843fc15bee6bf823570c235a

Fecha validación: 10/10/2024 4:32 a. m,

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	24	$25.930	0	$0	$622.320	8501111			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

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

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 78861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37195

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN FORERO PEÑARANDA	**Fecha y hora de expedición**	10 de oct. de 2024 4:33:10 a. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011222840		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	9 de nov. de 2024
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 95 A # 26 sur - 49 Bloque 4 Apt 101		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4544251		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 7e21ecf6257f385bf4048ced402d458b0d49e6f952ea8052e4247650853a0dcd902c666da221a2bb75bc680c0a7c052f

Fecha validación: 10/10/2024 4:33 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	18	$25.930	0	$0	$466.740	8501098			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

18861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37196

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SAMUEL GOMEZ CAICEDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023386421	10 de oct. de 2024 4:34:27 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 7 A No 3-35 Torre 20 Apt 603	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112261477		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 626bd827d858b0369f88a9e0fb2650783078be0925c7dac92804b409db0c81ff44300f35607083ecf875e7ca7fd39b96

Fecha validación: 10/10/2024 4:34 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8501077			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

FACTURA 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37197

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL HERNANDEZ ABREO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1025555216	10 de oct. de 2024 4:35:49 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 2 b No 13-140 (El Hato)	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8235738		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: b9be5311dff7781010ce73f2d86b40a5c036ede0a7233ab840ae422479174a4e419ba9115468517bea0c680faa969b34

Fecha validación: 10/10/2024 4:35 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	24	$25.930	0	$0	$622.320	8501054			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 43861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37198

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	TOMAS HERRERA PEÑA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011328314	10 de oct. de 2024 4:37:29 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 167 a No 16 D-42	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**			
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a39c1df047e4f6dae9f9853697b276ac603e2d2637785c1c46c3667bf4007bec467a0af32c0ddebe060f3ee6c1add494

Fecha validación: 10/10/2024 4:37 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8501042			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

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

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

FUNDACION SINDROME DE DOWN 48861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FE - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37199

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	VALENTINA JIMENEZ HERRERA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220679	10 de oct. de 2024 4:39:18 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 65 bis 57-65 sur	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	7822285		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 05358d6329ac3a9fd062b89df80dd4fe7c6341aa582a20a49653e25dd9aa1661c89f26179c5fac03b2cbb4733125d2c0 — **Fecha validación:** 10/10/2024 4:39 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	29	$25.930	0	$0	$751.970	8501026			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 43861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37200

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN LLOREDA SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023166684	10 de oct. de 2024 4:40:51 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 78 No 21 b-20 Sur Int 3 apto 203	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3218162736		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: ee7b79d2d2a66e8a7f09092d043bc8b2d6045bcedf3fbd8b3e9ad71be2add4289b25aea211c88d364448c6e086cf6dbc

Fecha validación: 10/10/2024 4:40 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8501016			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

FACTURA 3861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37201

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MATHIAS MENDEZ GUERRERO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020005650	10 de oct. de 2024 4:42:27 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 18 N. 110 – 61 tore 1 ap 802	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3195804360		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 0dacd9c1fd96008a94a2a03b4e827536f1ed54a6808941fe0d2512be87603dccd2c00c81fa512b41dd89dc64d5a514a5 — **Fecha validación:** 10/10/2024 4:42 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8501002			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 3861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37202

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA YAZMIN MUÑOZ ALEGRIA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140931035	10 de oct. de 2024 4:43:48 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 92 sur No 9-49(El Virrey)	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3203589297		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: bc30fa0d96abd59dcbfb9a87e74d63d51d17ac62e4cc4cb46e50b854934fc8270f27034233131 6f7459a27166871f742 | **Fecha validación:** 10/10/2024 4:43 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	24	$25.930	0	$0	$622.320	8500983			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 3861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37203

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANDRES FELIPE OCAMPO GIRALDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1032467580	10 de oct. de 2024 4:44:54 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**			
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 652e3f548279ec8e4e43d84d26f91e7b97d51b0309f3247883345761c4e35d2cce50490d759982cc5dc1875bb223c870 | **Fecha validación:** 10/10/2024 4:44 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	24	$25.930	0	$0	$622.320	8500968			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CONFIGURACION SINDROME DE DOWN 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FV - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37204

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	CAROLINA PARRA SALINAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1014979012	10 de oct. de 2024 4:46:38 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diagonal 16b No 106 - 40 int 11 apto 301	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3058339		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: c71b8cfcbb2f7309f4f7ae186e11e01402466ef7348d67742c626527d66c10b70568a67103a67e3f3a660d75118a6c86

Fecha validación: 10/10/2024 4:46 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8500952			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

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

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37205

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL JOSUE PRIETO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031825144	10 de oct. de 2024 4:49:43 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 142 c bis No 138 a -59	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	5193952		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 868c7c27a6f05815f05c08f69addabaaae4a979da9e823692caf36de9ad7282ea4ebc41ee07e482614bbdd5fc7e21f84 — **Fecha validación:** 10/10/2024 4:49 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	18	$25.930	0	$0	$466.740	8500937			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 13861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37206

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	LUCIANA PULGARIN VEGA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1070982066	10 de oct. de 2024 4:53:34 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de Identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 137 # 85-40 Ap. 101 Torre 3 Los pinos Los NaranjSuba	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3162487434		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 685578bbd78cae05620423d823f7bb5be310bdf355ee001442d3fdd18e50ca133b6b145fded4bdd956de85a73a5f820a

Fecha validación: 10/10/2024 4:53 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
úmero póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	12	$25.930	0	$0	$311.160	8500925			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS ONCE MIL CIENTO SESENTA PESOS COLOMBIANOS

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

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

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 38861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37207

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA ALEJANDRA PULIDO AGUILAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011231054	10 de oct. de 2024 4:55:20 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	carrera 68 D # 24 A – 50	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3007864010		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 27a436a3e2390d93a943eee3bd84769523807002d3c5e9a0d3506ff69c286742eac528d04d0237dc9647ac3f8ac50a6f

Fecha validación: 10/10/2024 4:55 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8500910			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

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

claudia.rolon

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

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000
No. -37208

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOL JULIANA RESTREPO VELANDIA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1012338297	10 de oct. de 2024 4:56:21 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 46 A N. 22 D - 28	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3102551695		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 3c018001c3dea3917b8cea314b4f81c9897e7fa3fa6bf9f7dbf1eb94577b30d3f4b868c3ba76240a6c2fad99b882100e

Fecha validación: 10/10/2024 4:56 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8500873			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 13861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37209

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SARA SOPHIA RIOS SALAZAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011208849	10 de oct. de 2024 4:57:30 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de Identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 9 # 9-80	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8374431		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 506762b9d318ffa8b4a4cd3523b6c722d063a014d6e0a364e7d1260362a0660a0bec154dc434fdc42c2714ae0c4fbc5c

Fecha validación: 10/10/2024 4:57 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8500857			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 38861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37210

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SHARON DANIELA RIVERA RODRIGUEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020000583	10 de oct. de 2024 4:58:44 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 98 A No 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202508599		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: ec37c1c45c29794365172387b62c7af60982852d045a92418d5020776228b62b58474cb521887ed3d8c5dccc99ada45a **Fecha validación:** 10/10/2024 4:58 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
úmero póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8500841			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

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

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 3861-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37211

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JOEL STEVEN QUIJANO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1122528010	10 de oct. de 2024 5:10:01 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 78 Bis # 40-88 Sur	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209212158 y 3103859		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 3467f19a5379a071d35f56f2273d28c827154ae61a9ffb3e25722b9b6c31ab5aa2b70bef5d6da2e2b17b3400cb4d19d2

Fecha validación: 10/10/2024 5:10 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	6	$25.930	0	$0	$155.580	8500894			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$155.580
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$155.580
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$155.580

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37212

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGEL FELIPE ROMERO LIZARAZO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140930926	10 de oct. de 2024 5:11:10 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 9NA A # 78 A - 10 SUR	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3132826663		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 994c5d54df473fa9fce5bae3b9e24ad3b5f85831d06a311f28498a5bc92d1aa67588d148d3d42d775d008b14bb3bbb51 **Fecha validación:** 10/10/2024 5:11 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
úmero póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	24	$25.930	0	$0	$622.320	8500826			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 43861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37213

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESUS DAVID TABARES PEREZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019154161	10 de oct. de 2024 5:12:19 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 129 N. 105 - 59	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212061379		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 797a6fba2c6fe0d06955c70268236bbdd1d5aa55b826917161c53710753fbbaf2a6c0b090568631c0d78efe4dd8f4dc0 — **Fecha validación:** 10/10/2024 5:12 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACION TEMPRANA MENSUAL POR USUARIO	30	$25.930	0	$0	$777.900	8500816			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

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

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37214

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANNY MARCELA BAUTISTA CARDENAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000255672	10 de oct. de 2024 5:13:34 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 68A No 73a-32	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3177832182		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: c6375f983b641fbd9aea48bc04537ec0dbdc7923a2360e84b05b64da77a5dd09b2cb3637f21b16b493cdf53818911296 — **Fecha validación:** 10/10/2024 5:13 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR MENSUAL POR USUARIO	100	$18.817	0	$0	$1.881.700	8500809			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN 8861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37215

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA JIMENA CELY PARADA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000161808	10 de oct. de 2024 5:15:52 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	**Dirección:**	CRA 87 No 18-53 tor 3 apt 404	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4684700		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 37d6897f86fb3d13b9a4cbb0c26208d01e2d11b4098ec385f110259f15f4b254af824ea1d880d16f84fc79b28735bfd4 — **Fecha validación:** 10/10/2024 5:15 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número poliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938501	/	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR MENSUAL POR USUARIO	100	$18.817	0	$0	$1.881.700	8500793			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 43861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

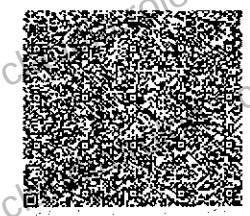
K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37216

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025



Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOLAS FLOREZ MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031642513	10 de oct. de 2024 5:17:28 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán)	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4652738		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 904563634a05e57493ce46981d3b9a4a567705c47ff6c223fc6157c87441178d6b1b218db2083e2b0d25f761d8023a2a

Fecha validación: 10/10/2024 5:17 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR MENSUAL POR USUARIO	86	$18.817	0	$0	$1.618.262	8500776			0,00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON SEISCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$1.618.262
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.618.262
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.618.262

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN 43861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37217

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESSICA LORENA PINZON MENDIVELSO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019046549	10 de oct. de 2024 5:18:36 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 103 B No 152 C - 64 APT 607(Turingia)	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4728372		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 46b4e1b497b7b1a78bb26405731dd9a49fe12f11ed950bbd6f7b297a8bb410a38f0afbc8692e7aa29e69d7840628f3b1

Fecha validación: 10/10/2024 5:18 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR MENSUAL POR USUARIO	26	$18.817	0	$0	$489.242	8500766			0.00

OBSERVACIONES

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

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$489.242
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$489.242
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$489.242

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

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

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN B861-MEBOG

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

FT - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -37218

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JORDAN MAURICIO SOLIS VARGAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1007372169	10 de oct. de 2024 5:20:07 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 57g# 78-26 sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212227794	9 de nov. de 2024	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 7221cae7fdd21f807ccd6fe96378fece71424bace05e94e6438989d3ccd5ccb8aad9868da2296550a2a7fa7f0022a6c3

Fecha validación: 10/10/2024 5:20 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR MENSUAL POR USUARIO	100	$18.817	0	$0	$1.881.700	8500730			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

1323971931

claudia.rolon

SINDROME DE DOWN
Crecer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT.800037619-0
CASTELLANA
K 49 No 99 10 PBX-
Bogotá - Colombia

FACTURACION
ELECTRONICA 36340 - 40000
No. -37219

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo del 36340 hasta 40000 según resolución 18764076360953 del 1 de agosto de 2024 al 1 de agosto de 2025

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGELICA TORRES RIOS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220505	10 de oct. de 2024 5:21:35 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 67 No 84 - 09	9 de nov. de 2024	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4308714		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: d81cd34b42089d52355470bd13a58a4aaf691af5dfc308afbedb17ded87fca1372777655e90e6c9961bfbf841cec786d **Fecha validación:** 10/10/2024 5:21 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-10-10	**Fecha final:**	2024-10-10
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	/	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR MENSUAL POR USUARIO	100	$18.817	0	$0	$1.881.700	8500753			0.00

OBSERVACIONES

SEPTIEMBRE 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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

1323971931

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

claudia.rolon