Página 1 de 11	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 1409643596		

No. 11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2024- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 26 de noviembre 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. 81-7-20204-23

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X__ O FINAL _____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/10/2024**	**Hasta**	**30/10/2024**

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

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2023-SN-RASES-GRUCO del 16/11/2023, el Capitán YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ, obrando en calidad de Jefe de Grupo Contratos RASES No. 1, notifico como supervisor del contrato del asunto al señor (a) Terapeuta Física del Grupo Prestador de Atención en Salud quien para la fecha asume por orden de la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, la profesional SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 10**

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 16/11/2023 y el 31/12/2023, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 000727 -MEBOG-29.25 del 12/02/2024
2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/01/2024 y el 31/01/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 075076 -MEBOG-29.25 del 15/02/2024
3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/02/2024 y el 29/02/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 136941-MEBOG-29.25 del 15/03/2024

4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/03/2024 y el 31/03/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 189186-MEBOG-29.25 del 16/04/2024
5. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/04/2024 y el 30/04/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 229939-MEBOG-29.25 del 08/05/2024
6. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/05/2024 y el 31/05/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 312664-MEBOG-29.25 del 20/06/2024
7. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/06/2024 y el 30/06/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 368605-MEBOG-29.25 del 18/07/2024
8. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/07/2024 y el 31/07/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 449909-MEBOG-29.25 del 30/08/2024
9. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/08/2024 y el 31/08/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 477024-MEBOG-29.25 del 12/09/2024
10. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/09/2024 y el 30/09/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 548828-MEBOG-29.25 del 16/10/2024

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20204-23
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON CEGUERA Y/O BAJA VISIÓN – DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.
Contratista	CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
Representante legal	GLADYS DE LAS MERCEDES LOPERA RESTREPO
Valor inicial del contrato	$ 30.000.000,00
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	$ 30.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	Hasta 31 de julio de 2024
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	16-11-2023
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31-07-2023
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	16-05-2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	15-12-2024
Adiciones	N/A

Modificatorios	Modificación No. 001 **EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN:** **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el contrato y en consecuencia modificar el acápite **VALOR** de la carta de aceptación de la oferta del contrato No. **81-7-20204-23** en el sentido de adicionar un valor de **QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**, el cual quedará de la siguiente manera: **VALOR**: Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato ascenderá al valor de **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($45.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** distribuidos de la siguiente manera: Para la vigencia 2023 la suma de **SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.** Para la vigencia 2024 la suma de **TREINTA Y NUEVE MILLONES DE PESOS ($39.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.**
Prorrogas	Modificación No. 001 – adición y prorroga **CLAUSULA TERCERA:** Prorrogar el plazo de ejecución **HASTA EL DÍA 15 DE DICIEMBRE DEL 2024** y en consecuencia modificar el acápite **PLAZO DE EJECUCION** de la carta de aceptación de la oferta del Contrato No. 81-7-20204-23, el cual quedara de la siguiente manera: **PLAZO DE EJECUCIÓN**: Para el desarrollo de la ejecución del contrato que se suscriba como resultado de la definición del proceso de contratación, el **CONTRATISTA** cuenta con un Plazo de Ejecución **HASTA EL DÍA 15 DE DICIEMBRE DEL 2024 O HASTA QUE SE AGOTE EL PRESUPUESTO, LO QUE PRIMERO OCURRA**, tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la Aprobación de la Garantía Única y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato.
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

- ✓ Mediante comunicación telefónica de fecha 01/10/2024 se realiza seguimiento al proceso terapéutico de los usuarios que acuden a los diversos programas en la entidad.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1) El contratista se obliga a cumplir del 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y en la oferta presentada, de acuerdo al objeto del contrato que se llegue a suscribir	SI	Ninguna
2)Si durante el tiempo de ejecución del contrato surge alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	SI	Ninguna
3) El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	SI	Ninguna
4) El contratista deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia , con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co.	SI	Ninguna

Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.		
5) El contratista se compromete a presentar la facturación electrónica (representación gráfica) correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco días del mes siguiente en la ventanilla Única - Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	SI	Ninguna
6) El contratista anexará a la factura, los RIPS y el informe del tratamiento realizado durante el mes al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y firma de recibido a satisfacción del padre o acudiente del paciente. Así mismo, adjuntará la relación del usuario atendido en el mes en Excel donde se relacione número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Esta última información se debe presentar en físico y medio magnético.	SI	Ninguna
7) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario.	SI	Ninguna
8) Una vez agotado el contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 – Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y el contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto	SI	Ninguna
9) El Contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato y sus profesionales a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitará la verificación y revisión de los servicios prestados.	SI	Ninguna
10) El contratista prestará el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante la presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carné o constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario	SI	Ninguna
11) El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y se anexará en la historia Clínica del usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.		
12) El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato.	SI	Ninguna
13) El contratista deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.	SI	Ninguna
14) Cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de los parafiscales se aplicara lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
15) El contratista deberá constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UPRES Bogotá o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
16) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse.	SI	Ninguna
17) El contratista deberá guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
18) No deberá acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento al Supervisor del contrato y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna

19) El contratista deberá mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
20) 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
21) 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
22) 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
23) 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
24) 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
25) 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
26)El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento a la Normatividad relacionada con la facturación electrónica	SI	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter técnico:		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El Contratista deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS para los servicios de Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia ocupacional y Psicología, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna

El contratista garantiza que desarrollará el siguiente programa: Programa de habilitación/rehabilitación funcional dirigido a personas con discapacidad sensorial visual (Ceguera y/o Baja Visión), a través de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando así estrategias eficaces que les permita modificar su estilo de vida, consiguiendo su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño. Brinda servicios de apoyo y asesoría a las familias y cuidadores mediante herramientas para su manejo en el hogar, favoreciendo la integración a su entorno. El programa debe incluir: a. Evaluación Interdisciplinaria Institucional 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, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades específicas del usuario. d. Orientación y asesoría a la familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación de la discapacidad y de empoderamiento Entrenamiento para el desarrollo de hábitos y destrezas ocupacionales del usuario, con el fin de facilitar la construcción de su nuevo proyecto de vida.	SI	Ninguna
CONDICIONES ESPECIFICAS		
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.	SI	Ninguna
2. El oferente realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.	SI	Ninguna
3. El oferente prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1., junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.	SI	Ninguna
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del usuario, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento	SI	Ninguna
5. Antes de iniciar el tratamiento, el Oferente deberá comunicar al grupo familiar el Plan individual de tratamiento (PIT) a realizar de acuerdo con el resultado de la valoración inicial, con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada una de las áreas terapéuticas, así como el compromiso de participación activa y permanente para el desarrollo del mismo. Además, cada una de las áreas terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado.	SI	Ninguna
6. El Oferente deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo establecido en el 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
7. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos	SI	Ninguna
8. 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
9. El Oferente deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y se anexará en la historia Clínica de cada usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y	SI	Ninguna

logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.		
10. Al finalizar el contrato, el Oferente deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
11.El Oferente permitirá el acceso a sus instalaciones al supervisor del contrato y sus profesionales para adelantar las labores de evaluación, control y seguimiento de condiciones locativas, recurso humano disponible y programas terapéuticos, durante la ejecución del contrato, sin previo aviso.	SI	Ninguna
12. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.	SI	Ninguna
13. 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, RETHUS 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
14. El oferente deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa	SI	Ninguna
15. El Oferente deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía y calidad de la atención en salud	SI	Ninguna
16. El oferente deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.	SI	Ninguna
17. El oferente deberá responder por los costos generados por los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial al supervisor del contrato, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos. Entendido el evento adverso como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente"	SI	Ninguna
18. El oferente dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero	SI	Ninguna
19. El oferente deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, las novedades presentadas con los usuarios, respecto a inasistencia mensual, retiro del programa, cambios de terapeutas, ajustes en el plan de tratamiento, cambios de domicilio y situaciones especiales y de notificación obligatoria.	SI	Ninguna
20. El Oferente brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	SI	Ninguna
21. RECURSO HUMANO Personal Profesional: El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: • Un profesional en Medicina General • Un profesional en Oftalmología • Un profesional en Optometría • Un profesional en Terapia Ocupacional • Un profesional en Psicología • Un profesional en Trabajo Social 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

22. INSTALACIONES: El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con las siguientes áreas: • Una (1) Área terapéutica para trabajo grupal. • Seis (6) Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual • Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas. • 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 Oferente DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional. NOTA: Así mismo, se verificará a través de una VISITA TÉCNICA por parte del comité evaluador, a las instalaciones de la institución prestadora del servicio de rehabilitación, la cual se realizará verificando solamente lo estipulado en el Anexo VISITA TÉCNICA del presente estudio previo.	SI	Ninguna
23. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.	SI	Ninguna
24. **DOTACIÓN:** El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con la siguiente dotación: • Mesas de trabajo y sillas • Ábaco (2) • Sistema Braille (2) • Computador con software especial para entrenamiento visual (3) • Dos (2) Ayudas Audiovisuales (Televisor, Reproductor de CD, VHS o DVD u otro), de acuerdo a las necesidades • Materiales para talleres (asesoría ocupacional). El Oferente DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional. NOTA. Esta condición se verificará por parte del Comité Técnico Evaluador del proceso de la siguiente manera: Al momento de la evaluación, se realizará una visita a las instalaciones del oferente, en la cual se verificara que se cuente con al menos una (1) unidad de los elementos solicitados; las demás cantidades de elementos requeridos serán verificados por el Supervisor del contrato una vez este sea adjudicado y el Contratista contara con un plazo de quince (15) días, a partir de la entrega de la carta de iniciación de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
25. El Oferente deberá tener documentados los programas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	Ninguna
26. El Oferente deberá presentar el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. El oferente deberá diligenciar el formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo publicado en la sección documentos del proceso de la plataforma SECOP II).	SI	Ninguna

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna

23. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (330) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (60) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

24.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, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

La radicación de la facturación electrónica (representación gráfica) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el 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.

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".

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente.

- Autorización del servicio en original
- Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, valida por 6 meses.
- Cuadro Excel por usuario, en el cual se registra la programación y asistencia diaria de los usuarios a las diferentes sesiones terapéuticas.
- 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.

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 de la Regional, 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, 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.

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.

Los pagos se realizarán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: AHORRO DAMAS
NUMERO DE CUENTA: 0550009000214651

Página 11 de 11	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		

4.1 Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$45.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$32.805.650,00	73%
Valor total facturado	$30.154.550,00	67%
Valor facturado pendiente de pago	$2.651.100,00	6%
Valor pagado	$30.154.550,00	67%
Valor pendiente de entrega	$12.194.350,00	27%

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

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No. 11 del 08/11/2024	$2.651.100	Del 01/10/2024 al 31/10/2024	$2.651.100	FES 42430 a FES 42503	Pendiente	Pendiente	Pendiente

***25.* RECOMENDACIONES**

Como supervisor del contrato se recomienda a la Administración ubicar el recurso presupuestal para dar continuidad con los procesos contractuales

26. 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. 81-7-20204-23
Correo electrónico: claudia.rolon@correo.policia.gov.co

claudia.rolon

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

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 08 de noviembre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE SEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato No.	81-7-20204-23
Constancia de recibido No.	11
Contratista:	CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
NIT del contratista:	860011298-5
Objeto del contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON CEGUERA Y/O BAJA VISIÓN – DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD DPERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Valor del contrato:	Valor inicial del contrato: $30.000.000,00 Vigencia 2023: $6.000.000,00 Vigencia 2024: $24.000.000,00 Modificación No. 001 vigencia 2023: $6.000.000,00 vigencia 2024: $39.000.000,00 Valor total del contrato: $45.000.000,00
Plazo de ejecución:	Del 16-11-2023 al 31-07-2024 Modificación No. 001 hasta 15/12/2024
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 8 Sur No 31A-31
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/10/2024 Al: 31/10/2024

DIRECCIÓN DE SANIDAD
DIRECCIONES 1
0 8 NOV 2024
FOLIO

GS-2024-632489-MEBOG

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

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES 1	16	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES REHABILITACION FUNCIONAL	$2.651.100	$2.651.100	$0,00	

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FES-42430	05/11/2024	$389.600,00		$389.600,00
FES-42432	05/11/2024	$177.600,00		$177.600,00
FES-42433	05/11/2024	$216.700,00		$216.700,00
FES-42434	05/11/2024	$212.000,00		$212.000,00
FES-42435	05/11/2024	$150.000,00		$150.000,00
FES-42436	05/11/2024	$150.000,00		$150.000,00
FES-42500	06/11/2024	$316.400,00		$316.400,00
FES-42501	06/11/2024	$403.400,00		$403.400,00
FES-42502	06/11/2024	$145.000,00		$145.000,00
FES-42503	06/11/2024	$490.400,00		$490.400,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 2.651.100,00**	0	**$ 2.651.100,00**

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. SERVICIO PRESTADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024. FACTURAS Y SOPORTES SUJETOS A REVISIÓN POR PARTE DE AUDITORIA DE CUENTAS.

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

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, en el mes de octubre 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, 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 y parafiscales, expedida por el representante legal y el revisor fiscal.

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

1409643596

GS-2024632489-MEBOG

RAC - Rehabilitación Visual Integral

odos por la inclusión

El suscrito, REVISOR FISCAL Y REPRESENTANTE LEGAL del CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS – CRAC- Nit.No.860.011.298-5 con vista a los comprobantes y libros oficiales de contabilidad, debidamente registrados ante la DIAN.

CERTIFICA

Que el Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos – CRAC-, identificado con el Nit.No.860.011.298-5, en los términos fijados, se han pagado de manera interrumpidamente en los últimos 06 meses hasta el periodo de octubre – Noviembre de 2024 la planilla seguridad social y los aportes parafiscales 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, encontrándose a paz y salvo en este concepto.

Esta certificación se expide en Bogotá a los siete (07) días del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024), de acuerdo al Artículo 50 de la Ley 789 de 2.002, modificado por el Articulo 1 de la Ley 828 de 2.003.

GERMAN TOVAR
REVISOR FISCAL
Matrícula 1501-T

GLADYS LOPERA RESTREPO
REPRESENTANTE LEGAL

Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos-CRAC
Sede Principal: Calle 8sur No. 31A-31 Teléfonos: (571) 7209046/ 7209055 Fax: 7201948
Sede Norte: Calle 127B No. 46-39 Teléfono: (571) 6266716
www.cracolombia.org

1409643596

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860011298-5	FUNDACION CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CI	CALLE 8 SUR 31 B 31	7209040	direccion@cracolombia.org.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				87	0
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81558448	TOTAL A PAGAR	
					$100,347,300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	312,500	0		0		0	0	0	0	312,500	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	570,700	0		0		0	0	0	0	570,700	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	2,683,800	0		0		0	0	0	0	2,683,800	10
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	10,631,400	0		0		0	0	0	0	10,631,400	24
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	8,963,400	0		0		0	0	0	0	8,963,400	21
EPS010	EPS Sura	800088702-2	675,600	0		0		0	0	0	0	675,600	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	6,545,800	0		0		0	0	0	0	6,545,800	13
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	2,917,600	0		0		0	0	0	0	2,917,600	10
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	273,000	0		0		0	0	0	0	273,000	2
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	312,500	0		0		0	0	0	0	312,500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	8,768,300	0	0	69,600	69,600	0	0		8,907,900	20
230301	Porvenir	800224808-5	12,129,700	0	0	71,200	71,200	0	0		12,272,100	26
231001	Colfondos	800227940-5	2,185,300	0	0	0	0	0	0		2,185,300	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	17,568,900	0	0	126,900	126,900	0	0		17,822,700	31

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	1,407,400		0	0	1,407,400	0	0	1,407,400	0	0	14,074	1,407,400	87

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF03	Comfenalco Antioquia	890900842-6	62,200	0	0	62,200	1
CCF07	Comfamiliar Atlantico	890101994-9	104,700	0	0	104,700	1
CCF09	Comp. Filar Cartago	890480110-1	206,000	0	0	206,000	2
CCF10	Comfaboy	891800213-8	114,000	0	0	114,000	1
CCF14	Comfacauca	891500182-0	242,500	0	0	242,500	2
CCF15	Comfacesar	892399969-8	100,000	0	0	100,000	1
CCF16	Comfacor	891080005-1	120,000	0	0	120,000	1

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

claudia.rolon

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

GS-2024-632489-MEBOG

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860011298-5	FUNDACION CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CI		CALLE 8 SUR 31 B 31	7209040	direccion@cracolombia.org.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
CONVENIO	B – menos de 200 c			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				87	0
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81556448	TOTAL A PAGAR	
					$100.347.300	

CCF21	Cafam	860013570-3	8.943.600	0	0	8.943.600	68
CCF32	Comfamiliar Huila	891180008-2	70.000	0	0	70.000	1
CCF33	Caja Filar Magdalena	891780093-3	114.000	0	0	114.000	1
CCF35	Caja Filar Nariño	891280008-1	171.100	0	0	171.100	2
CCF44	Comfamiliar Risaralda	891480000-1	100.000	0	0	100.000	1
CCF50	Comfenalco	890700148-4	106.200	0	0	106.200	1
CCF58	Comfenalco Valle	890303093-8	100.000	0	0	100.000	1
CCF03	Comfamiliar Putumayo	891280337-9	52.000	0	0	52.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
5.304.100	0	0	5.304.100	86
ICBF				
7.955.200	0	0	7.955.200	86
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	10	33.886.300	33.886.300
Pensión	4	41.186.000	41.186.000
Riesgos Laborales	1	1.407.400	1.407.400
CCF	15	10.606.300	10.606.300
ESAP	0	0	0
ICBF	1	7.955.200	7.955.200
MEN	0	0	0
SENA	1	5.304.100	5.304.100
TOTALES	32	100.347.300	100.347.300

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

claudia.rolon

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860011298-6	FUNDACION CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS ...	CALLE 8 SUR 31 B 31	7209040	direccion@cracolombia.org.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 87 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81558448	$100.347.300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. en Exterior	Extranjero	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1018503436	ACERO ALARCON LINA FERNANDA	1	0			N										X							231001	271,113	43,400	0	0	0	0	EPS008	271,113	33,900	14-7	271,113	1	0	CCF21	0	0	271,113	0	0	0	0
CC	1018503436	ACERO ALARCON LINA FERNANDA	1	0			N																	231001	2,708,887	433,500	0	0	0	0	EPS008	2,708,887	338,700	14-7	2,708,887	1	14,200	CCF21	2,700,000	108,000	2,708,000	64,000	81,000	0	0
CC	1083044585	AGUIRRE MENDEZ JANNETTE VANESSA	1	0			N																	230301	2,650,000	424,000	0	0	0	0	EPS037	2,650,000	331,300	14-7	2,650,000	1	13,900	CCF09	2,650,000	106,000	2,650,000	63,000	79,500	0	0
CC	1023844222	ALBA CRUZ GERALDINE VANESSA	1	0			N																	230201	3,000,000	480,000	0	0	0	0	EPS005	3,000,000	375,000	14-7	3,000,000	1	15,700	CCF21	3,000,000	120,000	3,000,000	69,000	90,000	0	0
CC	1019021184	ANGEL CARABALLO CAROLINA	1	0			N																	231001	4,143,000	662,900	0	0	0	0	EPS017	4,143,000	517,900	14-7	4,143,000	1	21,700	CCF21	4,143,000	165,800	4,143,000	82,900	124,300	0	0
CC	1013593515	ARENAS LOZANO LAURA PATRICIA	1	0			N																	25-14	3,534,000	566,500	0	0	0	0	EPS005	3,534,000	441,800	14-7	3,534,000	1	18,600	CCF21	3,534,000	141,400	3,534,000	70,700	106,100	0	0
CC	1012437045	AVELLANEDA DIAZ DIANA CAROLINA	1	0			N																	25-14	2,601,000	416,200	0	0	0	0	EPS005	2,601,000	325,200	14-7	2,601,000	1	13,600	CCF21	2,601,000	104,100	2,601,000	52,100	78,100	0	0
CC	1013649092	AZUERO CORDOBA JULIAN MAURICIO	1	0			N																	230301	3,000,000	480,000	0	0	0	0	EPS008	3,000,000	375,000	14-7	3,000,000	1	15,700	CCF21	3,000,000	120,000	3,000,000	60,000	90,000	0	0
CC	52391049	BAQUERO GODOY NELSON ENRIQUE	1	0			N																	230301	4,040,000	646,400	0	0	0	0	EPS017	4,040,000	505,000	14-7	4,040,000	1	21,100	CCF21	4,040,000	161,600	4,040,000	80,800	121,200	0	0
CC	1033765104	BARRETO URRUTIA ANGIE KATHERINE	1	0			N																	230301	1,700,000	272,000	0	0	0	0	EPS002	1,700,000	212,500	14-7	1,700,000	1	8,900	CCF21	1,700,000	68,000	1,700,000	34,000	51,000	0	0
CC	1095842368	BELTRAN GARCIA LINA MARIA	1	0			N											L						230301	257,334	41,200	0	0	1,300	1,300	EPS005	257,334	32,200	14-7	257,334	1	0	CCF21	257,334	10,300	257,334	5,200	7,800	0	0
CC	1095842368	BELTRAN GARCIA LINA MARIA	1	0			N																	230301	7,462,667	1,194,100	0	0	37,400	37,400	EPS005	7,462,667	932,800	14-7	7,462,667	1	39,000	CCF21	7,462,667	298,500	7,462,667	149,300	223,900	0	0
CC	1019079651	BELTRAN PEDRAZA JORGE ANDRES	1	0			N																	230301	3,000,000	480,000	0	0	0	0	EPS008	3,000,000	375,000	14-7	3,000,000	1	15,700	CCF21	3,000,000	120,000	3,000,000	60,000	90,000	0	0
CC	53039398	BELTRAN RODRIGUEZ YEIMMY CAROLINA	1	0			N																	25-14	94,434	15,200	0	0	0	0	EPS017	94,434	11,800	14-7	94,434	1	0	CCF21	94,434	3,800	94,434	2,000	0	0	0
CC	53039398	BELTRAN RODRIGUEZ YEIMMY CAROLINA	1	0			N																	25-14	2,736,567	438,200	0	0	0	0	EPS017	2,736,567	342,400	14-7	2,736,567	1	14,300	CCF21	2,736,567	109,500	2,736,567	54,800	82,200	0	0
CC	27264911	BENAVIDES BENAVIDES GUADALUPE DEL CARMEN	1	1			N																		0	0	0	0	0	0	EPS005	2,200,000	275,000	14-7	2,200,000	1	11,500	CCF36	2,200,000	88,000	2,200,000	44,000	66,000	0	0
CC	63178420	BERMUDEZ SALAMANCA GRACE	1	0			N																	25-14	1,850,000	296,000	0	0	0	0	EPS005	1,850,000	231,300	14-7	1,850,000	1	9,700	CCF21	1,850,000	74,000	1,850,000	37,000	55,500	0	0
CC	1019007007	BETANCOURT ACUÑA LUZ ALEXANDRA	1	0			N										X							25-14	164,000	26,300	0	0	0	0	EPS005	164,000	20,500	14-7	164,000	1	0	CCF21	0	0	164,000	0	0	0	0
CC	1019007007	BETANCOURT ACUÑA LUZ ALEXANDRA	1	0			N																	25-14	2,296,000	367,400	0	0	0	0	EPS008	2,296,000	287,000	14-7	2,296,000	1	12,000	CCF21	2,296,000	91,900	2,296,000	46,000	68,900	0	0
CC	52243437	BETANCOURT OLIVEROS MARIA AMPARO	1	0			N																24	230201	1,184,334	189,500	0	0	0	0	EPS002	1,184,334	148,100	14-7	1,184,334	1	0	CCF21	0	0	1,184,334	0	0	0	0
CC	52243437	BETANCOURT OLIVEROS MARIA AMPARO	1	0			N																	230201	430,666	69,000	0	0	0	0	EPS002	430,666	53,900	14-7	430,666	1	2,300	CCF21	323,000	13,000	323,000	8,500	8,700	0	0
CC	1024505631	BRIÑEZ RODRIGUEZ INGRID JOANA	1	0			N										X							230301	225,554	36,100	0	0	0	0	EPS002	225,554	28,200	14-7	225,554	1	0	CCF21	0	0	225,554	0	0	0	0
CC	1024505631	BRIÑEZ RODRIGUEZ INGRID JOANA	1	0			N										X							230301	203,556	32,600	0	0	0	0	EPS002	203,556	25,500	14-7	203,556	1	0	CCF21	0	0	203,556	0	0	0	0
CC	1024505631	BRIÑEZ RODRIGUEZ INGRID JOANA	1	0			N																	230301	1,191,557	190,700	0	0	0	0	EPS002	1,191,557	149,000	14-7	1,191,557	1	6,300	CCF21	1,190,000	47,600	1,190,000	23,800	35,700	0	0
CC	1019098390	BUITRAGO ZAMBRANO SERGIO DANIEL	1	0			N										X							25-14	750,000	120,000	0	0	0	0	EPS017	750,000	93,800	14-7	750,000	1	0	CCF32	0	0	750,000	0	0	0	0
CC	1019098390	BUITRAGO ZAMBRANO SERGIO DANIEL	1	0			N																	25-14	2,500,000	400,000	0	0	0	0	EPS017	2,500,000	312,500	14-7	2,500,000	1	13,100	CCF32	1,750,000	70,000	1,750,000	35,000	52,500	0	0
CC	1035872260	CAICEDO VANEGAS YENY ANDREA	1	0			N																	230301	1,554,000	248,700	0	0	0	0	EPS010	1,554,000	194,300	14-7	1,554,000	1	8,200	CCF03	1,554,000	62,200	1,554,000	31,100	46,700	0	0
CC	37939594	CASAS CONTRERAS ELLADIRA	1	0			N																	25-14	6,485,000	1,037,600	0	0	32,500	32,500	EPS017	6,485,000	810,700	14-7	6,485,000	1	33,900	CCF21	6,485,000	259,400	6,485,000	129,700	194,600	0	0
CC	1110593579	CASTAÑO FERIA ALEJANDRA	1	0			N											L						230301	88,334	14,200	0	0	0	0	EPS037	88,334	11,100	14-7	88,334	1	0	CCF50	88,334	3,500	88,334	1,800	2,700	0	0
CC	1110593579	CASTAÑO FERIA ALEJANDRA	1	0			N											L						230301	88,334	14,200	0	0	0	0	EPS037	88,334	11,100	14-7	88,334	1	0	CCF50	88,334	3,500	88,334	1,800	2,700	0	0
CC	1110593579	CASTAÑO FERIA ALEJANDRA	1	0			N																	230301	2,473,334	395,800	0	0	0	0	EPS037	2,473,334	309,200	14-7	2,473,334	1	13,000	CCF50	2,473,334	99,000	2,473,334	49,500	74,300	0	0
CC	1026301576	CASTIBLANCO RIAÑO LAURA CAMILA	1	0			N																	230301	2,500,000	400,000	0	0	0	0	EPS008	2,500,000	312,500	14-7	2,500,000	1	13,100	CCF56	2,500,000	100,000	2,500,000	50,000	75,000	0	0
CC	52357875	CASTRO SAENZ EDNA MARGARITA	1	0			N										X							25-14	272,887	43,700	0	0	0	0	EPS017	272,887	34,200	14-7	272,887	1	0	CCF21	0	0	272,887	0	0	0	0
CC	52357875	CASTRO SAENZ EDNA MARGARITA	1	0			N																	25-14	3,820,134	611,300	0	0	0	0	EPS017	3,820,134	477,600	14-7	3,820,134	1	20,000	CCF21	3,820,134	152,800	3,820,134	76,500	114,700	0	0
CC	52983860	CHAVEZ LOPEZ NASLY TATIANA	1	0			N																	230201	3,146,000	503,400	0	0	0	0	EPS008	3,146,000	393,300	14-7	3,146,000	1	16,500	CCF21	3,146,000	125,900	3,146,000	63,000	94,400	0	0
CC	1003100631	CLEMENTE ANAYA LEIDER	19	0			N	X																	0	0	0	0	0	0	EPS010	650,000	81,300	14-7	650,000	1	3,400		0	0	0	0	0	0	0
CC	53074135	CRUZ SANCHEZ JEICY MAGNOLIA	1	0			N																	25-14	2,833,000	453,300	0	0	0	0	EPS017	2,833,000	354,200	14-7	2,833,000	1	14,800	CCF21	2,833,000	113,400	2,833,000	56,700	85,000	0	0
CC	1049796513	DUCHE PERILLA IVETH MAYERLI	1	0			N																	230301	1,830,000	292,800	0	0	0	0	EPS005	1,830,000	228,800	14-7	1,830,000	1	9,600	CCF21	1,830,000	73,200	1,830,000	36,600	54,900	0	0
CC	79923087	ERAZO JOHN JAIRO	1	0			N																	230201	6,485,000	1,037,600	0	0	32,500	32,500	EPS005	6,485,000	810,700	14-7	6,485,000	1	33,900	CCF21	6,485,000	259,400	6,485,000	129,700	194,600	0	0

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

GS-2024-632489-MEBOG

claudia.rolon

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860011298-6	FUNDACION CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CI	CALLE 8 SUR 31 B 31	7209040	direccion@cracolombia.org.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 87 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81558448	$100,347,300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colpensiones	Sustitución	Extranjero	Cotiz. estudiante	Extranjero no obligado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	SAN	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52429350	ESTEBAN REVEREND CATALINA	1	0			N																	230201	7,460,000	1,193,600	0	0	37,300	37,300	EPS017	7,460,000	932,500	14-7	7,460,000	1	39,000	CCF21	7,460,000	298,400	7,460,000	149,200	223,800	0	0
CC	1124356836	FAJARDO GARCIA JHOAN SEBASTIAN	1	0			N																	25-14	1,300,000	208,000	0	0	0	0	ESSC18	1,300,000	162,500	14-7	1,300,000	3	31,700	CCF83	1,300,000	52,000	1,300,000	26,000	39,000	0	0
CC	1052396074	FONSECA GONZALEZ MAYRA JULIETH	1	0			N																	230301	3,146,000	503,400	0	0	0	0	EPS008	3,146,000	393,300	14-7	3,146,000	1	15,500	CCF21	3,146,000	125,800	3,146,000	62,900	94,400	0	0
CC	52987635	FONSECA RINCON ANDREA DEL PILAR	1	0			N	X																230301	800,000	128,000	0	0	0	0	EPS005	800,000	100,000	14-7	4,200	1	4,200	CCF21	800,000	32,000	800,000	16,000	24,000	0	0
CC	1018471699	GALLO CHAMIZA LEYDI TATIANA	1	0			N																	230201	2,850,000	456,000	0	0	0	0	EPS002	2,850,000	356,300	14-7	2,850,000	1	14,900	CCF33	2,850,000	114,000	2,850,000	57,000	85,500	0	0
CC	52095941	GARCIA MARTINEZ SANDRA EUGENIA	1	0			N																	25-14	3,534,000	565,500	0	0	0	0	EPS017	3,534,000	441,800	14-7	3,534,000	1	18,600	CCF21	3,534,000	141,400	3,534,000	70,700	106,100	0	0
CC	1071166700	GAVILAN PEDRAZA NORMA MAYBE	1	0			N																	230301	8,486,000	1,357,800	0	0	32,500	32,500	EPS005	8,486,000	810,700	14-7	8,486,000	1	33,800	CCF21	8,486,000	259,400	8,486,000	129,700	194,600	0	0
CC	20381249	GONZALEZ CORTES MARIELA	1	0			N										X							25-14	729,948	116,800	0	0	0	0	EPS037	729,948	91,300	14-7	0	1	0	CCF21	0	0	0	0	0	0	0
CC	20381249	GONZALEZ CORTES MARIELA	1	0			N																	25-14	2,118,054	338,900	0	0	0	0	EPS037	2,118,054	264,800	14-7	2,118,054	1	11,100	CCF21	1,899,667	76,000	1,899,667	38,000	57,000	0	0
CC	1022430214	GONZALEZ VASQUEZ NICOL	1	0			N																	230201	2,500,000	400,000	0	0	0	0	EPS005	2,500,000	312,500	14-7	2,500,000	1	13,100	CCF21	2,500,000	100,000	2,500,000	50,000	75,000	0	0
CC	1013811711	HERNANDEZ LEGUIZAMON ZULLY YAZMIN	1	0			N																	230301	2,920,000	467,200	0	0	0	0	EPS005	2,920,000	365,000	14-7	2,920,000	1	15,300	CCF14	2,920,000	116,800	2,920,000	58,400	87,600	0	0
CC	51821742	HERNANDEZ LOPEZ FANNY ELIZABETH	1	0			N																	230201	2,460,000	393,600	0	0	0	0	EPS017	2,460,000	307,500	14-7	2,460,000	1	12,900	CCF21	2,460,000	98,400	2,460,000	49,200	73,800	0	0
CC	1143243237	HERNANDEZ PALMA MARLEINNYS JUDITH	1	0			N															L		25-14	523,500	83,800	0	0	0	0	EPS002	523,500	65,500	14-7	523,500	1	2,800	CCF07	0	0	0	0	0	0	0
CC	1143243237	HERNANDEZ PALMA MARLEINNYS JUDITH	1	0			N																	25-14	2,617,500	418,800	0	0	0	0	EPS002	2,617,500	327,200	14-7	2,617,500	1	13,700	CCF07	2,617,500	104,700	2,617,500	52,400	78,600	0	0
CC	1031123677	LEON LINARES DIEGO MAURICIO	1	0			N																	25-14	4,093,000	654,900	0	0	0	0	EPS017	4,093,000	511,700	14-7	4,093,000	1	21,400	CCF21	4,093,000	163,800	4,093,000	81,900	122,800	0	0
CC	51997178	LEON NIÑO NELIDA	1	0			N																	25-14	1,615,000	258,400	0	0	0	0	EPS037	1,615,000	201,900	14-7	1,615,000	1	8,500	CCF21	1,615,000	64,600	1,615,000	32,300	48,500	0	0
CC	32342580	LOPERA RESTREPO GLADYS DE LAS MERCEDES	1	1			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	11,830,000	1,478,800	14-7	11,830,000	1	61,800	CCF21	11,830,000	473,200	11,830,000	236,600	354,900	0	0
CC	52035661	LOPEZ CARDONA ADRIANA	1	0			N																	25-14	3,534,000	565,500	0	0	0	0	EPS008	3,534,000	441,800	14-7	3,534,000	1	18,600	CCF21	3,534,000	141,400	3,534,000	70,700	106,100	0	0
CC	1030657556	LOPEZ DIAZ YASOLEIDY	1	0			N																	230301	1,700,000	272,000	0	0	0	0	EPS010	1,700,000	212,500	14-7	1,700,000	1	8,900	CCF34	1,700,000	68,000	1,700,000	34,000	51,000	0	0
CC	22547405	LOPEZ MARTINEZ ERIKA PATRICIA	1	0			N																	230201	2,500,000	400,000	0	0	0	0	CCFC55	2,500,000	312,500	14-7	2,500,000	1	13,100	CCF09	2,500,000	100,000	2,500,000	50,000	75,000	0	0
CC	1048814876	SOLANO LUNA RICHARD ANDERSON	1	0			N																	230301	3,000,000	480,000	0	0	0	0	EPS037	3,000,000	375,000	14-7	3,000,000	1	15,700	CCF18	3,000,000	120,000	3,000,000	60,000	90,000	0	0
CC	1033751138	MACA BOJACA JHON JAIRO	1	0			N														X			230201	61,000	9,800	0	0	0	0	EPS008	61,000	7,700	14-7	61,000	1	0	CCF21	61,000	2,500	61,000	1,300	1,900	0	0
CC	1033751138	MACA BOJACA JHON JAIRO	1	0			N																	230201	1,769,000	283,100	0	0	0	0	EPS005	1,769,000	221,200	14-7	1,769,000	1	9,300	CCF21	1,769,000	70,800	1,769,000	35,400	53,100	0	0
CC	51936578	MENDIETA CEBALLOS GLORIA HELENA	1	0			N											X						25-14	136,434	21,900	0	0	0	0	EPS017	136,434	11,600	14-7	136,434	1	0	CCF21	0	0	0	0	0	0	0
CC	51936576	MENDIETA CEBALLOS GLORIA HELENA	1	0			N																	25-14	4,093,001	654,900	0	0	0	0	EPS017	4,093,001	511,700	14-7	4,093,001	1	21,400	CCF21	3,956,567	158,300	3,956,567	79,200	118,700	0	0
CC	1023888908	MENDIVELSO BOHORQUEZ JULIETH ANDREA	1	0			N																	25-14	3,534,000	565,500	0	0	0	0	EPS005	3,534,000	441,800	14-7	3,534,000	1	18,600	CCF21	3,534,000	141,400	3,534,000	70,700	106,100	0	0
CC	43062204	MIRANDA ROJAS GLORIA INES	1	0			N															L		25-14	216,167	34,600	0	0	1,100	1,100	EPS005	216,167	27,100	14-7	216,167	1	0	CCF21	216,167	8,700	216,167	4,400	6,500	0	0
CC	43062204	MIRANDA ROJAS GLORIA INES	1	0			N															L		25-14	216,167	34,600	0	0	1,100	1,100	EPS005	216,167	27,100	14-7	216,167	1	0	CCF21	216,167	8,700	216,167	4,400	6,500	0	0
CC	43062204	MIRANDA ROJAS GLORIA INES	1	0			N																	25-14	6,052,667	968,500	0	0	30,300	30,300	EPS005	6,052,667	756,600	14-7	6,052,667	1	31,600	CCF21	6,052,667	242,200	6,052,667	121,100	181,600	0	0
CC	1013626426	MOLINA JURADO LILI JHOANA	1	0			N															L		231001	100,000	16,000	0	0	0	0	EPS017	100,000	12,500	14-7	100,000	1	0	CCF21	100,000	4,000	100,000	2,000	3,000	0	0
CC	1013626426	MOLINA JURADO LILI JHOANA	1	0			N																	231001	2,900,000	464,000	0	0	0	0	EPS017	2,900,000	362,500	14-7	2,900,000	1	15,200	CCF21	2,900,000	116,000	2,900,000	58,000	87,000	0	0
CC	1088340848	MONTOYA SUAREZ FLOR ISAMAR	1	0			N																	25-14	2,500,000	400,000	0	0	0	0	ESSC62	2,500,000	312,500	14-7	2,500,000	1	13,100	CCF44	2,500,000	100,000	2,500,000	50,000	75,000	0	0
CC	1085254873	MORA GRANJA DIANA MARCELA	1	0			N		X															230201	883,333	141,400	0	0	0	0	ESSC18	883,333	110,500	14-7	883,333	1	4,700	CCF35	2,075,833	83,100	2,075,833	41,600	62,300	0	0
CC	1015443981	MORENO JIMENEZ DIANA ISABEL	1	0			N									X								230201	3,140,625	502,500	0	0	0	0	EPS002	3,140,625	392,600	14-7	3,140,625	1	16,400	CCF21	3,140,625	125,700	3,140,625	62,900	94,300	0	0
CC	1023027739	MORENO PICO KELLY DAYANA	1	0			N																	230301	2,850,000	456,000	0	0	0	0	EPS008	2,850,000	356,300	14-7	2,850,000	1	14,900	CCF10	2,850,000	114,000	2,850,000	57,000	85,500	0	0
CC	1000596824	MOSQUERA GONZALEZ PAULA ANDREA	1	0			N																	230201	2,500,000	400,000	0	0	0	0	EPS037	2,500,000	312,500	14-7	2,500,000	1	13,100	CCF21	2,500,000	100,000	2,500,000	50,000	75,000	0	0
CC	1032472453	MURILLO MALPICA LEIDY ROCSANA	1	0			N												X					230301	200,000	32,000	0	0	0	0	EPS008	200,000	25,000	14-7	200,000	1	0	CCF21	0	0	200,000	0	0	0	0
CC	1032472453	MURILLO MALPICA LEIDY ROCSANA	1	0			N																	230301	2,800,000	448,000	0	0	0	0	EPS008	2,800,000	350,000	14-7	2,800,000	1	14,700	CCF21	2,800,000	112,000	2,800,000	56,000	84,000	0	0
CC	35415980	NIÑO CUBILLOS ROSA STELLA	1	0			N																	25-14	4,565,000	730,400	0	0	0	0	EPS008	4,565,000	570,700	14-7	4,565,000	1	23,900	CCF21	4,565,000	182,600	4,565,000	91,300	137,000	0	0
CC	52261216	NIÑO DUARTE MARTHA LUCIA	1	0			N																	25-14	4,093,000	654,900	0	0	0	0	EPS005	4,093,000	511,700	14-7	4,093,000	1	21,400	CCF21	4,093,000	163,800	4,093,000	81,900	122,800	0	0
CC	1023009643	ORTIZ VANEGAS JUAN DAVID	1	0			N																	230301	1,800,000	288,000	0	0	0	0	EPS002	1,800,000	225,000	14-7	1,800,000	1	9,400	CCF21	1,800,000	72,000	1,800,000	36,000	54,000	0	0

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

GS-2024-632489-MEBOG

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

1409643596

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860011298-5	FUNDACION CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS	CALLE 8 SUR 31 B 31	7209040	direccion@cracolombia.org.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					87	8
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81556446	$100,347,300	

ETALLE POR COTIZANTE

Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia
CC	51652526	PARRA MURILLO MARTHA JEANNETTE	1	0			N																	25-14	4.565.000	730.400	0	0	0	0
CC	1031178118	PEDRAZA MOYANO LAURA DANIELA	1	0			N										X							230201	200.000	32.000	0	0	0	0
CC	1031178118	PEDRAZA MOYANO LAURA DANIELA	1	0			N												L					230201	100.000	16.000	0	0	0	0
CC	1031178118	PEDRAZA MOYANO LAURA DANIELA	1	0			N																	230201	2.700.000	432.000	0	0	0	0
CC	1023884378	PENAGOS CABEZA LEIDY NATALY	1	0			N										X							230301	100.000	16.000	0	0	0	0
CC	1023884378	PENAGOS CABEZA LEIDY NATALY	1	0			N																	230301	1.400.000	224.000	0	0	0	0
CC	79871627	PERALTA GONZALEZ JAVIER HERNANDO	1	1			N																		0	0	0	0	0	0
CC	52068988	PINEDA PINEDA NAYIBE	1	0			N																	25-14	1.616.000	258.400	0	0	0	0
CC	1030684791	PINTOR CASTILLO LAURA CAMILA	1	0			N										X							230301	100.000	16.000	0	0	0	0
CC	1030684701	PINTOR CASTILLO LAURA CAMILA	1	0			N										X							230301	453.778	72.700	0	0	0	0
CC	1030684791	PINTOR CASTILLO LAURA CAMILA	1	0			N										X							230301	50.000	8.000	0	0	0	0
CC	1030684791	PINTOR CASTILLO LAURA CAMILA	1	0			N																	230301	850.000	136.000	0	0	0	0
CC	1022417654	PINZON SANCHEZ ANGIE PAOLA	1	0			N																	230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0
CC	1020723358	QUEVEDO SANCHEZ ARIADNA CRISTINA	1	0			N																	231001	3.534.000	565.500	0	0	0	0
CC	1023026079	RAMIREZ ALTURO NATHALIA ANDREA	1	0			N																	230201	2.650.000	424.000	0	0	0	0
CC	1023879078	RAMIREZ ARDILA GINNA ROCIO	1	0			N																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0
CC	1030556143	REYES REYES LEIDY JOHANNA	1	0			N																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0
CC	52804768	ROCHA OVALLE ANDREA PAOLA	1	0			N												L					25-14	117.800	18.900	0	0	0	0
CC	52804768	ROCHA OVALLE ANDREA PAOLA	1	0			N																	25-14	3.416.200	546.600	0	0	0	0
CC	1023949147	RODRIGUEZ CUBAQUE LUZ ALEJANDRA	1	0			N																	230301	3.146.000	503.400	0	0	0	0
CC	52499856	ROZO MOSCOSO JOHANA	1	0			N																	25-14	6.485.000	1.037.600	0	0	32.500	32.500
CC	53032304	RUIZ JIMENEZ CLAUDIA MARITZA	1	0			N																	230201	1.780.000	284.800	0	0	0	0
CC	1234843743	RUIZ ROA ISIS VERONICA	1	0			N																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0
CC	1079604673	SAENZ LOPEZ SCHNARDI DUBANI	1	0			N																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0
CC	1003403171	SALGADO PEREIRA SILVIA PATRICIA	1	0			N																	230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0
CC	52423910	SANCHEZ RODRIGUEZ JENNY MILENA	1	0			N																	25-14	4.143.000	662.900	0	0	0	0
CC	1007107965	SIERRA SUAREZ LIZ ANYELA	1	0			N																	230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0
CC	79452429	TAPIAS PEÑALOZA JAIME ALBERTO	1	0			N																	25-14	4.565.000	730.400	0	0	0	0
CC	1000156964	TELLEZ GARZON SANTIAGO ALEXANDER	1	0			N																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0
CC	1023869107	TORRES GUZMAN DILAN SANTIAGO	1	0			N																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0
CC	1020805850	VANEGAS RAMIREZ JHON NICOLAS	1	0			N												L					25-14	195.367	31.300	0	0	1.000	1.000
CC	1020805850	VANEGAS RAMIREZ JHON NICOLAS	1	0			N												L					25-14	195.367	31.300	0	0	1.000	1.000
CC	1020805850	VANEGAS RAMIREZ JHON NICOLAS	1	0			N																	25-14	5.470.267	875.300	0	0	27.400	27.400
CC	1061601993	VELASCO LUNA MARIA ALEJANDRA	1	0			N																	230301	3.141.000	502.600	0	0	0	0

No. de identificación	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
51652526	EPS005	4.565.000	570.700	14-7	4.565.000	1	23.900	CCF21	4.565.000	182.600	4.565.000	91.300	137.000	0	0
1031178118	EPS005	200.000	25.000	14-7	200.000	1	0	CCF21	0	0	200.000	0	0	0	0
1031178118	EPS005	100.000	12.500	14-7	100.000	1	0	CCF21	100.000	4.000	100.000	2.000	3.000	0	0
1031178118	EPS005	2.700.000	337.500	14-7	2.700.000	1	14.100	CCF21	2.700.000	108.000	2.700.000	54.000	81.000	0	0
1023884378	EPS005	100.000	12.500	14-7	100.000	1	0	CCF21	0	0	100.000	0	0	0	0
1023884378	EPS005	1.400.000	175.000	14-7	1.400.000	1	7.400	CCF21	1.400.000	56.000	1.400.000	28.000	42.000	0	0
79871627	EPS008	2.600.000	325.000	14-7	2.600.000	1	13.600	CCF21	2.600.000	104.000	2.600.000	52.000	78.000	0	0
52068988	EPS037	1.616.000	201.900	14-7	1.616.000	1	8.500	CCF21	1.616.000	64.600	1.616.000	32.300	48.500	0	0
1030684791	EPS005	100.000	12.500	14-7	100.000	1	0	CCF21	0	0	100.000	0	0	0	0
1030684701	EPS005	453.778	56.800	14-7	453.778	1	0	CCF21	0	0	453.778	0	0	0	0
1030684791	EPS005	50.000	6.300	14-7	50.000	1	0	CCF21	0	0	50.000	0	0	0	0
1030684791	EPS005	850.000	106.300	14-7	850.000	1	4.500	CCF21	850.000	34.000	850.000	17.000	25.500	0	0
1022417654	EPS005	3.000.000	375.000	14-7	3.000.000	1	15.700	CCF21	3.000.000	120.000	3.000.000	60.000	90.000	0	0
1020723358	EPS008	3.534.000	441.800	14-7	3.534.000	1	18.500	CCF21	3.534.000	141.400	3.534.000	70.700	106.100	0	0
1023026079	EPS017	2.650.000	331.300	14-7	2.650.000	1	13.900	CCF21	2.650.000	106.000	2.650.000	53.000	79.500	0	0
1023879078	EPS002	1.500.000	187.500	14-7	1.500.000	1	7.900	CCF21	1.500.000	60.000	1.500.000	30.000	45.000	0	0
1030556143	EPS008	1.500.000	187.500	14-7	1.500.000	1	7.900	CCF21	1.500.000	60.000	1.500.000	30.000	45.000	0	0
52804768	EPS005	117.800	14.800	14-7	117.800	1	0	CCF21	117.800	4.800	117.800	2.400	3.600	0	0
52804768	EPS005	3.416.200	427.100	14-7	3.416.200	1	17.900	CCF21	3.416.200	136.700	3.416.200	68.400	102.500	0	0
1023949147	EPS005	3.146.000	393.300	14-7	3.146.000	1	16.600	CCF21	3.146.000	125.900	3.146.000	63.000	94.400	0	0
52499856	EPS005	6.485.000	810.700	14-7	6.485.000	1	33.900	CCF21	6.485.000	259.400	6.485.000	129.700	194.600	0	0
53032304	EPS005	1.780.000	222.500	14-7	1.780.000	1	9.300	CCF21	1.780.000	71.200	1.780.000	35.600	53.400	0	0
1234843743	EPS037	2.500.000	312.500	14-7	2.500.000	1	13.100	CCF21	2.500.000	100.000	2.500.000	50.000	75.000	0	0
1079604673	EPS037	1.500.000	187.500	14-7	1.500.000	1	7.900	CCF21	1.500.000	60.000	1.500.000	30.000	45.000	0	0
1003403171	EPS010	1.500.000	187.500	14-7	1.500.000	1	7.900	CCF21	1.500.000	60.000	1.500.000	30.000	45.000	0	0
52423910	EPS008	4.143.000	517.900	14-7	4.143.000	1	21.700	CCF21	4.143.000	165.600	4.143.000	82.900	124.300	0	0
1007107965	EPS002	2.500.000	312.500	14-7	2.500.000	1	13.100	CCF15	2.500.000	100.000	2.500.000	50.000	75.000	0	0
79452429	EPS001	4.565.000	570.700	14-7	4.565.000	1	23.900	CCF21	4.565.000	182.600	4.565.000	91.300	137.000	0	0
1000156964	EPS005	1.600.000	200.000	14-7	1.600.000	1	8.400	CCF21	1.600.000	64.000	1.600.000	32.000	48.000	0	0
1023869107	EPS002	1.600.000	200.000	14-7	1.600.000	1	8.400	CCF21	1.600.000	64.000	1.600.000	32.000	48.000	0	0
1020805850	EPS008	195.367	24.500	14-7	195.367	1	0	CCF21	195.367	7.800	195.367	4.000	5.900	0	0
1020805850	EPS008	195.367	24.500	14-7	195.367	1	0	CCF21	195.367	7.800	195.367	4.000	5.900	0	0
1020805850	EPS008	5.470.267	683.800	14-7	5.470.267	1	28.600	CCF21	5.470.267	218.800	5.470.267	109.500	164.200	0	0
1061601993	EPS005	3.141.000	392.700	14-7	3.141.000	1	16.400	CCF14	3.141.000	125.700	3.141.000	62.800	94.300	0	0

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

claudia.rolon

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

GS-2024-632489-MEBOG

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860011298-5	FUNDACION CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS		CALLE 8 SUR 31 B 31	7209040	direccion@cracolombia.org.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
CONVENIO	B – menos de 200 c			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					87	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81558448	$100,347,300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Multipa	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IGE	ABT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COR/REDUCCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52040320	VERA BELTRAN SANDRA PATRICIA	1	0			N																	25-14	2,020,000	323,200	0	0	0	0	EPS008	2,020,000	262,500	14-7	2,020,000	1	10,500	CCF21	2,020,000	80,800	2,020,000	40,400	60,600	0	0

PAGADA

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

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

AREA DE SERVICIO	IPS	NIT	NUMERO DE RADICACION	FECHA DE RADICACION DE LA FACTURA	N° DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NUMERO DE AUTORIZACION	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE	DX DE INGRESO	VALOR DE LA FACTURA	EDAD PACIENTE
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42432	05/11/2024	OCTUBRE 2024	86116[illegible]2	01/11/2024-26/10/2024	REINA GUTIERREZ HERMITH ESPERANZA	1074128500	1074128500	9430[illegible]0	ANEMIA CRONICA	$309.600,00	19 AÑOS
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42433	05/11/2024	OCTUBRE 2024	86116[illegible]279	01/11/2024-26/10/2024	CANCERO DIOS MARTHA LUCIA	51915114	51915114	9430[illegible]0313	CARCINOMA CORDOMA	$177.600,00	57 AÑOS
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42435	05/11/2024	OCTUBRE 2024	86116[illegible]7856	01/11/2024-26/10/2024	MARINA ORTIZ MARIA EVANGELINA	1016067846	1016067846	9430[illegible]0313	RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD	$710.400,00	30 AÑOS
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42434	05/11/2024	OCTUBRE 2024	86116[illegible]9[illegible]4	01/11/2024-26/10/2024	HERNANDEZ SUAREZ OLGA PATRICIA	41555667	41555667	8[illegible]315	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	$212.000,00	72 AÑOS
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42435	05/11/2024	OCTUBRE 2024	4166[illegible]337	05/09/2024	HERNANDEZ PEREZ MARIA ADELA	41663337	41663337	5[illegible]331	MIOPIA DEGENERATIVA	$150.000,00	71 AÑOS
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42436	05/11/2024	OCTUBRE 2024	1345[illegible]0	01/10/2024	CRUZ PALOMEQUE DIEGO	1045523897	1045523897	0[illegible]281	MALFORMACION CONGENITA DEL DESARROLLO	$150.000,00	1 AÑO 7 MESES
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42437	06/11/2024	OCTUBRE 2024	8611[illegible]5	26/10/2024	CASTAÑEDA RUBIANO HILDA	51553870	51553870	9431[illegible]0313	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO CERRADO	$316.800,00	65 AÑOS
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42438	06/11/2024	OCTUBRE 2024	8611[illegible]7	26/10/2024	PEREZ ARIAS FERNANDO	79456894	79456894	9430[illegible]0313	RETINOPATIA DIABETICA CON EDEMA CARACTER CRONICO	$403.200,00	58 AÑOS
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42502	06/11/2024	OCTUBRE 2024	8611[illegible]3	26/10/2024	FLOREZ PABLO ADRIANO	3220468	3220468	9430[illegible]0313	RETINOPATIA DIABETICA CON EDEMA CARACTER CRONICO	$145.200,00	61 AÑOS
CUNDINAMARCA	CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC	860011283-5			FES-42503	06/11/2024	OCTUBRE 2024	8611[illegible]4	26/10/2024	GUTIERREZ DELGADO JULIO ROBERTO	79467389	79467389	9430[illegible]0313	RETINOPATIA HEREDITARIA DE LA RETINA	$490.400,00	56 AÑOS
														TOTAL	$2.851.100,00	

1409643596

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7438421 - 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42500

Datos de la Empresa

Prestado a : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Periodo Facturado** : Noviembre 2024
Contrato : 051-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 06/11/2024
Dirección : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 06/11/2024
Teléfono : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 06/12/2024
Observación : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024
Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación : CC - 51552620 **Paciente** : HILDA CASTAÑEDA RUBIANO
Fecha Nacimiento: : 1958/03/05 **Edad** : 66 años **Régimen** : Otro
Dirección : CRA 32 43-34 SUR **Teléfono** : 3125417048-3102881519-3115523511
No Historia : CC51552620 **Estudio** : 385435

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/21	8611635	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/29	8611635	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
3	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/01	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/01	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/21	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/22	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
7	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/22	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
8	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/28	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
9	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/28	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/29	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
11	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/29	8611635	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00

Valor en Letras: TRESCIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$316,400.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$316,400.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 995d0156518dcc39c0631ae5b97f7c0b8e27f113014176b437bcab53c6b73d67719556170b74c0a5d78d05af3f677fc8

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7438421 - 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42501

Datos de la Empresa

Prestado a : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Noviembre 2024
Contrato : 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 06/11/2024
Dirección : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 06/11/2024
Teléfono : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 06/12/2024
Observación : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024
Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación : CC - 79461884 **Paciente** : HERMES PEREZ ARIAS
Fecha Nacimiento: : 1968/09/23 **Edad** : 56 años **Régimen** : Otro
Dirección : CRA 72 G NO 39 F 19 SUR **Teléfono** : 3102795681-3107701015-5637934
No Historia : CC79461884 **Estudio** : 385310

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/10	8611632	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/22	8611632	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
3	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/17	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/17	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/17	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/17	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
7	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/01	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
8	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/01	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
9	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/01	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/01	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
11	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/03	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
12	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/03	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
13	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/03	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
14	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/03	8611632	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00

Valor en Letras: CUATROCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$403,400.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$403,400.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 7c5ab6846f8fd4eb0471eef4622e4704f485fcab868e26b694beffd5d8fea1392c2170b1c134cdc542db9059024a573b
Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7438421 - 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42502

Datos de la Empresa

Prestado a : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Noviembre 2024
Contrato : 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 06/11/2024
Dirección : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 06/11/2024
Teléfono : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 06/12/2024
Observación : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024
Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación : CC - 3220168 **Paciente** : PABLO ADELMO FLOREZ
Fecha Nacimiento: : 1962/11/07 **Edad** : 61 años **Régimen** : Otro
Dirección : CLL 13 BIS SUR NO 12 A-04 APT 302 BLOQ D **Teléfono** : 3204993710 - 3112783126
No Historia : CC3220168 **Estudio** : 386196

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/07	8611633	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/07	8611633	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
3	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/21	8611633	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/21	8611633	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/21	8611633	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00

Valor en Letras: CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$145,000.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$145,000.00**

Iveth Mayerli Duque Perilla

RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 7fefa9f92f081923a32d7b44acd95ccd4dca18ea68e889898fd21ae5b5767b66a6d861e9f3e0aaf3345ac90fb5d0407f

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7438421 - 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42503

Datos de la Empresa

Prestado a : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Noviembre 2024
Contrato : 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 06/11/2024
Dirección : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 06/11/2024
Teléfono : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 06/12/2024
Observación : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024
Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación : CC - 79497389 **Paciente** : JULIO ROBERTO GUTIERREZ DELGADO
Fecha Nacimiento: : 1967/12/18 **Edad** : 56 años **Régimen** : Otro
Dirección : CLL 38 A NO 72 P 10 SUR **Teléfono** : 3143568623-3165315589
No Historia : CC79497389 **Estudio** : 385822

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/24	8611634	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/31	8611634	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
3	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/31	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
4	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/31	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
5	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/31	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/31	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
7	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/03	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
8	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/03	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
9	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/03	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/03	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
11	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/07	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
12	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/07	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
13	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/07	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
14	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/15	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
15	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/24	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
16	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/24	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00
17	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	2024/10/24	8611634	1	$29,000.00	0.00	$29,000.00

Valor en Letras: CUATROCIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$490,400.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$490,400.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 13d4f2a51dad9eafe7aaef2eb9b08da2a321b42752e6c500958cdf976966a2c61dd88af715fc4cc25c9342ed348d2c65

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7438421 - 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42430

Datos de la Empresa

Prestado a : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Periodo Facturado** : Noviembre 2024
Contrato : 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 05/11/2024
Dirección : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 05/11/2024
Teléfono : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 05/12/2024
Observación : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024-
Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación : CC - 1074129000 **Paciente** : JULIETH ESPERANZA REINA GUTIERREZ
Fecha Nacimiento: : 1986/10/22 **Edad** : 38 años **Régimen** : Otro
Dirección : CRA 80 A NO 53 -17 SUR **Teléfono** : 3102320607-3123511109
No Historia : CC1074129000 **Estudio** : 388465

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	2024/10/23	8611640	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/23	8611640	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
3	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/24	8611640	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
4	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/23	8659776	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
5	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/23	8659776	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
6	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/23	8659776	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
7	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/24	8659776	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
8	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/24	8659776	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
9	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/24	8659776	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
10	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	2024/10/24	8611640	1	$23,000.00	0.00	$23,000.00

Valor en Letras: TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$389,600.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$389,600.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: b9198c55086c9aa373f23d94a49337fd1a47223b2d755bb7ec27c3b02e8f248b5dbcd184daaf687ed5c307778b7914f3
Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7438421 - 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42432

Datos de la Empresa

Prestado a : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Noviembre 2024
Contrato : 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 05/11/2024
Dirección : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 05/11/2024
Teléfono : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 05/12/2024
Observación : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024-
Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación : CC - 51899114 **Paciente** : MARTHA LUCIA CAICEDO RIOS
Fecha Nacimiento: : 1967/05/09 **Edad** : 57 años **Régimen** : Otro
Dirección : CRA 16 NO. 6 -65 SUR **Teléfono** : 3224160619
No Historia : CC51899114 **Estudio** : 387382

Detalles de la Factura

N°	CODIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/22	8611643	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/30	8611643	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
3	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/24	8611643	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
4	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/16	8659779	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
5	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/16	8659779	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00

Valor en Letras: CIENTO SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$177,600.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$177,600.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 8c8cc8206a1498953eaacfe34600507dae15bdace23818f392741956addcfc0c1372ae6a61b98c569cfaf0246c9b7a75

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos con la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 6266716 - 3124610897 - 3185852302
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42433

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	**Nit**	: 900336524-5	**Período Facturado**	: Noviembre 2024
Contrato	: 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL			**Fecha y Hora de Generación**	: 05/11/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			**Fecha y Hora de Expedición**	: 05/11/2024
Teléfono	: 0	**Manual** :	MANUAL POLICIA NACIONAL	**Fecha Vencimiento**	: 05/12/2024

Observación : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024-

Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación	: CC - 1016067846			**Paciente**	: MARIA EVANGELINA MOLINA ORTIZ
Fecha Nacimiento:	: 1994/01/15	**Edad**	: 30 años	**Régimen**	: Otro
Dirección	: DIAGONAL 15B 104 46 CASA 244			**Teléfono**	: 3229539374-3042394311
No Historia	: CC1016067846	**Estudio**	: 385951		

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	2024/10/04	8611637	1	$27,700.00	0.00	$27,700.00
2	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/04	8659768	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
3	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/04	8659768	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
4	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/08	8659768	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
5	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/08	8659768	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00

Valor en Letras: DOSCIENTOS DIECISEIS MIL SETECIENTOS PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$216,700.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$216,700.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 539120a081729453ee35088f1b2191a195980fc96fd8c65ca43fa8d8610041a0dbc8e6d715e900e32f73726186c9c8ac

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnológico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 6266716 - 3124610897 - 3185852302
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42434

Datos de la Empresa

Prestado a : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Periodo Facturado** : Noviembre 2024
Contrato : 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 05/11/2024
Dirección : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 05/11/2024
Teléfono : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 05/12/2024
Observación : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024-
Medio De Pago: Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación : CC - 41555667 **Paciente** : OLGA PATRICIA HERNANDEZ SUAREZ
Fecha Nacimiento: : 1952/08/12 **Edad** : 72 años **Régimen** : Otro
Dirección : CRA 6 NO 125 - 35 **Teléfono** : 3142182237
No Historia : CC41555667 **Estudio** : 388812

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/24	8659774	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
2	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/24	8659774	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
3	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/30	8659774	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
4	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	2024/10/30	8659774	1	$47,250.00	0.00	$47,250.00
5	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	2024/10/30	8611636	1	$23,000.00	0.00	$23,000.00

Valor en Letras: DOSCIENTOS DOCE MIL PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$212,000.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$212,000.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 55f0f8124bb6470da730078d18f8c4213dd6cdbb79c0d49e96a59f0280bd6dcd5c5c49e988502816fe0e57c01eec1389

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnológico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7438421 - 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42435

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	**Nit** : 900336524-5	**Período Facturado** : Noviembre 2024
Contrato	: 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL		**Fecha y Hora de Generación** : 05/11/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis		**Fecha y Hora de Expedición** : 05/11/2024
Teléfono	: 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL		**Fecha Vencimiento** : 05/12/2024
Observación	: POR CONCEPTO EVALUACION DE BAJA VISION BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024, ASI: - CONSULTA OPTOMETRIA ESPECIALIZADA BAJA VISION.		
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		**Forma De Pago:** Crédito	**Plazo Crédito:** 30 día(s)

Datos del Paciente

Identificación	: CC - 41663537	**Paciente**	: MARIA ADELA BERMUDEZ DE PEREZ
Fecha Nacimiento:	: 1953/08/30 **Edad** : 71 años	**Régimen**	: Otro
Dirección	: CRA 79 F NO 26 - 25 SUR	**Teléfono**	: 8077657-3138771426-3165327002
No Historia	: CC41663537 **Estudio** : 388154		

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	950201	EVALUACION DE BAJA VISION SOD	2024/10/22	41663537	1	$150,000.00	0.00	$150,000.00

Valor en Letras: CIENTO CINCUENTA MIL PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$150,000.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$150,000.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: 552272878108638284160 1c54883bf02c92ab0cfb69c0143335644ee2038392b3cee0ea66294fa9f94d33da847dcbca9

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon

GS-2024-632489-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC
Código del Prestador : 1100106913 **Nit: 860011298-5**
Dirección : CL 8 SUR 31 A 31
Teléfono: 7438421 - 3106780504
Email: direccion@cracolombia.org.co
Web: www.cracolombia.org.co

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES42436

Datos de la Empresa

Prestado a	: RES001 - POLICIA NACIONAL	**Nit**	: 900336524-5	**Período Facturado**	: Noviembre 2024
Contrato	: 081-7-020204-23 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 POLICIA NACIONAL			**Fecha y Hora de Generación**	: 05/11/2024
Dirección	: Carrera 68B Bis			**Fecha y Hora de Expedición**	: 05/11/2024
Teléfono	: 0	**Manual** :	MANUAL POLICIA NACIONAL	**Fecha Vencimiento**	: 05/12/2024
Observación	: POR CONCEPTO EVALUACION DE BAJA VISION BRINDADO DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2024, ASI: - CONSULTA OPTOMETRIA ESPECIALIZADA BAJA VISION.				
Medio De Pago: Acuerdo mutuo		**Forma De Pago:** Crédito		**Plazo Crédito:** 30 día(s)	

Datos del Paciente

Identificación	: RC - 1145936897			**Paciente**	: THIAGO CRUZ FAJARDO
Fecha Nacimiento:	: 2023/03/12	**Edad**	: 1 años 7 meses	**Régimen**	: Otro
Dirección	: CALLE 8 SUR # 70-80			**Teléfono**	: 3205596165-3213433245
No Historia	: RC1145936897	**Estudio**	: 389336		

Detalles de la Factura

Nº	CÓDIGO	DETALLE DEL SERVICIO	FECHA SERV	AUTORIZACION	CANT.	VALOR	VALOR IVA	TOTAL
1	950201	EVALUACION DE BAJA VISION SOD	2024/10/29	8456970	1	$150,000.00	0.00	$150,000.00

Valor en Letras: CIENTO CINCUENTA MIL PESOS MCTE

SUBTOTAL:	**$150,000.00**
IVA:	**0.00**
TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:	**0.00**
COPAGO/CUOTA MODERADORA:	**$0.00**
TOTAL:	**$150,000.00**

Iveth Mayerlli Duque Perilla
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

Cufe: c34d8d8cab012a27c0b97e767cb8485e88733246ce1b282abc1cf4cf01bce382a6fe597266d445af6937f05a097b93c0

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

claudia.rolon