Página 1 de 10 Código: 2BS-FR-0019	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021 Versión: 5 1449306118	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	

No. 1 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2024- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 13 de diciembre 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. 81-7-20258-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO___ O FINAL __X__

Periodo del informe de supervisión

Desde	**27/11/2024**	**Hasta**	**30/11/2024**

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

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2023-360758-RASES-GRUCO del 21/07/2023, el señor (a) CT YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ, obrando en calidad de Jefe de Grupo Contratos RASES No. 1, notifico como supervisor del contrato del asunto a la terapeuta física Grupo Prestador de atenciones en Salud UPRES Bogotá, el señor (a) SM 14, CLAUDIA ROLÓN CAMACHO
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _mensual_
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 0**

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20258-24
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL.

	ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Contratista	CORPORACION SINDROME DE DOWN
Representante legal	LUZ EUGENIA GARCIA DE GALINDO
Valor inicial del contrato	$ 156.000.000,00
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	$ 156.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	Hasta el 30 de abril de 2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	27-11-2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30-04-2025
Fecha inicio del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

Se remite a la entidad la información de los usuarios que asistirán a la entidad a la prestación del servicio mediante correo electrónico el día 27/11/2024.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1) Cumplir con el objeto contractual	SI	Ninguna
2) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	Ninguna
3) Responder en los plazos que la POLICIA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule	SI	Ninguna
4) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.		

5) Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UNIDAD EJECUTORA o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
6) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
7) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la UNIDAD EJECUTORA de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias	SI	Ninguna
8) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
9) Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado	SI	Ninguna
10) CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.	SI	Ninguna
11) El contratista anexará a la factura, los RIPS y el informe de tratamiento realizado durante el mes al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y firma del 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
12) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario.		
13) Cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de los parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
14) El contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato, a 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.		
15) El contratista el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carnet y constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario.		
16) 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 anexa en la histori clínica del usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha del inicio de tratamiento, los objetos terapeúticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas las recomendaciones y el compromiso de la familia.		
17) El oferente deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.		
18) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse	SI	Ninguna
19) Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna

20) El oferente se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre as entidades responsables del pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter Técnico:		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El oferente deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS para los servicios de Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia ocupacional y Psicología, - en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
El Contratista garantiza que desarrollará: Programa de rehabilitación funcional encaminado a los beneficiarios con diagnóstico de Síndrome de Down, a través de actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias eficaces para conseguir su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño en sus actividades de la vida diaria. Todas las actividades deben facilitar la construcción de su proyecto de vida. Se establece de acuerdo a la edad y al grado de severidad de la discapacidad, así: • **Programa presencial de estimulación temprana**: dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de facilitar el estimular y mejorar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para mejorar su calidad de vida personal y familiar. Para los usuarios que están en edad escolar (mayores de 2 años) se debe prestar, además, el apoyo y asesorías de pedagógica terapéutica a los docentes, usuario y familia. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación (refrigerio). • **Programa presencial para usuarios con inclusión escolar:** dirigido a usuarios mayores de 6 años, integrados a un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico-pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación. (refrigerio) • **Programa presencial para usuarios sin inclusión escolar**: dirigido a usuarios mayores de 17 años sin inclusión escolar, con el fin de potencializar prácticas de autonomía en destrezas de la vida diaria y habilidades de ejecución ocupacional, de acuerdo a sus perfiles ocupacionales e intereses, facilitando oportunidades de participación social y la construcción de su proyecto de vida. El servicio prestado deberá ser de 100 sesiones, incluye el servicio de alimentación (almuerzo). El programa incluye: a) Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. b) Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular c) Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Educación Especial, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. d) Entrenamiento prevocacional y vocacional, según su grado de autonomía Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad, empoderándolos en temas relacionados con el proceso y los objetivos terapéuticos para cada uno de ellos, ajuste y apoyo emocional, pautas de crianza, educación sexual fomento de la independencia y de la autonomía, educación sexual, etc. Se deberá desarrollar un (1) taller de forma trimensual,	SI	Ninguna

durante la ejecución del contrato y entregar un acta por cada actividad realizada con sus anexos fotográficos y firmas de asistencia al supervisor del contrato		
CONDICIONES ESPECIFICAS		
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa al cual pertenece el usuario y a sus necesidades especificas, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.	SI	Ninguna
2. El Contratista realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración al supervisor del contrato para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.	SI	Ninguna
3. El Contratista prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.	SI	Ninguna
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades de cada uno de los usuarios, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento	SI	Ninguna
5. Antes de iniciar el tratamiento, El Contratista deberá comunicar al grupo familiar el Plan individual de tratamiento (PIT) a realizar de acuerdo con el resultado de la valoración inicial, con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada una de las áreas terapéuticas, así como el compromiso de participación activa y permanente para el desarrollo del mismo. Además, cada una de las áreas terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado	SI	Ninguna
6. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos	SI	Ninguna
7. En caso de requerirse ajustes en el programa, se concertará una sesión de estudio del caso con el equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
El Contratista deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicio de salud en el SISAP WEB, la generación de las autorizaciones de servicios debe realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo	SI	Ninguna
8. El Contratista deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias y escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una asistencia efectiva a las mismas. Así mismo, asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitando que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboración y empatía.	SI	Ninguna
9 El Contratista deberá asesorar a las familias y/o cuidador sobre los Procesos de inclusión social del usuario en actividades educativas, sociales y/o laborales acordes a su desempeño e interés, así mismo a contactarse con las entidades competentes dentro del marco de la Ley Estatutaria de Discapacidad	SI	Ninguna
10. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y se anexará en la historia Clínica de cada usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
11. Al finalizar el contrato, El Contratista deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna

12. El Contratista permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato	SI	Ninguna
13. El Contratista se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos, sin previo aviso.	SI	Ninguna
14. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.	SI	Ninguna
15. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.	SI	Ninguna
16. El Contratista deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.	SI	Ninguna
17. El Contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.	SI	Ninguna
18. El Contratista deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.	SI	Ninguna
19. El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.	SI	Ninguna
20. El Contratista dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
21. El Contratista informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre o Madre y del usuario que presenta la inasistencia.	SI	Ninguna
22. El Contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	SI	Ninguna
23. RECURSO HUMANO Personal Profesional: El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: ➢ Dos profesionales en Fonoaudiología ➢ Dos profesionales en Fisioterapia ➢ Dos profesionales en Terapia Ocupacional ➢ Dos profesionales en Psicología ➢ Un profesional en Trabajo Social ➢ Dos profesionales en Educación Especial ➢ Un profesional en Nutrición (Asesoría Nutricional) Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel. Todos los profesionales presentados en la oferta deben acreditar experiencia mínima de un (1) año.	SI	Ninguna

24. INSTALACIONES: El Contratista deberá contar con un espacio Mínimo para la prestación del servicio en las siguientes áreas: ➢ Dos (2) Áreas terapéuticas para trabajo grupal, con un máximo de 8 niños por grupo. ➢ Seis (6) consultorios independientes para trabajo individual, uno por cada área terapéutica contemplada en el estudio previo ➢ Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas. ➢ Una (1) Zona de comedor ➢ Un (1) baño para hombres y un (1) baño para mujeres, con adaptaciones cada uno ➢ Las instalaciones de la institución deben contar con una rampa de acceso	SI	Ninguna
25. 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
26. **DOTACIÓN:** El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar como MÍNIMO con la siguiente dotación: • Mesas de trabajo y sillas (Para trabajo en grupo: Mesas máximo de 5 puestos con sus respectivas sillas. Para Trabajo individual: mesas con escotadura.) • Materiales lúdicos y terapéuticos (30 juguetes, 10 láminas de categorías, 2 tableros acrílicos, 5 rompecabezas, 10 pinturas, 5 encajes, 5 ensartados, 5 pelotas, 5 instrumentos musicales, 1 biblioteca) • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación del desarrollo motor • Una Batería o instrumentos de pruebas para evaluación de procesos fonológicos • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación psicológica • Una Batería o instrumentos de pruebas para definir perfiles ocupacionales. • Instrumentos de seguimiento y control de habilidades de independencia, de autonomía, de inteligencia, matemáticas, escritura y lectura (uno de cada uno) • Material para apoyo de desarrollo lógico matemático y manejo del dinero (dos) • Material con ayudas visuales para proceso de lecto-escritura (dos) • Instrumentos de seguimiento y control en contexto escolar, de habilidades de independencia, de autonomía y de procesos mentales superiores (uno de cada uno) • Dos kits materiales de terapia Miofuncional: cuchara, cepillos, sopladores, vasos de escotadura. (muestra para adquisición por padres de familia, por ser de uso personal) • Un bipedestador. • Un gimnasio: colchonetas, rampa, escalera, plano inclinado, cilindro, tabla de equilibrio, rampa rodante, espejo de pared y balones terapéuticos. • Dos (2) Ayudas Audiovisuales (Televisor, Reproductor de CD, VHS o DVD u otro) • Dos espejos de pared de cuerpo completo. • Materiales para el desarrollo de los entrenamiento prevocacional y vocacional El Contratista DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional.	SI	Ninguna
27. El Contratista deberá tener documentados los programas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, de acuerdo a la normatividad vigente	SI	Ninguna
28. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN El contratista deberá suministrar el servicio de alimentación a los usuarios e informará mensualmente al Supervisor del Contrato y a los padres, el menú ofrecido. Dicho menú debe estar avalado por una Nutricionista ofrecida por el Contratista y se realizará la respectiva verificación por parte del Supervisor del contrato. Solo en casos especiales, cuando se requiera por su patología de base alimentación diferente o complementaria, se deberán tener en cuenta las recomendaciones del médico tratante y/o nutricionista de la UPRES Bogotá y la UPRES Cundinamarca.	SI	Ninguna
29. El Contratista deberá mantener vigente el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique	SI	Ninguna

o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA
Ninguna

25. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:
A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (3) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (120) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

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

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

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

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

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

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

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

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

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.

- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de consentimiento informado en la modalidad no presencial o Telesalud.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 "la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, valida por 6 meses.
- Acreditación de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 114-1 del estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

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

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.

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

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

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

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS

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

CAUSALES DE NO PAGO

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

El servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité

técnico científico CTC DISAN (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

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

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

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

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 156.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	0	0%
Valor total facturado	$ 9.934.307,00	6%
Valor facturado pendiente de pago	$ 9.934.307,00	6%
Valor pagado	0	0%
Valor pendiente de entrega	$ 146.065.693,00	94%

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. 1 del 10/12/2024	$9.934.307	Del 27/11/2024 al 30/11/2024	$9.934.307	38126 a 38159	Pendiente	Pendiente	Pendiente

5. RECOMENDACIONES

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

6. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

Firma_____

SM 14 **CLAUDIA ROLON CAMACHO**
Terapeuta Física GUPAS UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20258-24
Correo electrónico: claudia.rolon@correo.policia.gov.co

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

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 10 de diciembre de 2024
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato No.	81-7-20258-24
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT del contratista:	800037619-0
Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios:	NO APLICA
Valor del contrato:	Valor inicial del contrato: $ 156.000.000,00 Vigencia 2024: $ 36.000.000,00 Vigencia 2024: $ 120.000.000,00 Valor total del contrato: $ 156.000.000,00
Plazo de ejecución:	Del 27-11-2024 al 30-04-2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 49 No 99-10
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud
Fecha de entrega certificada:	Del: 27/11/2024 al 30/11/2024

DIRECCION DE SANIDAD
BASES 1
GRUPO FINANCIERO
10 DIC 2024
SUJETO A VERIFICACIÓN

1449306118

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

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 PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE USUARIOS CON SINDROME DE DOWN	**$9.934.307**	**$9.934.307**	**$0,00**	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
38126	09/12/2024	$ 220.167		$ 220.167
38127	09/12/2024	$ 73.389		$ 73.389
38128	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38129	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38130	09/12/2024	$ 457.578		$ 457.578
38131	09/12/2024	$ 457.578		$ 457.578
38132	09/12/2024	$ 381.315		$ 381.315
38133	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38134	09/12/2024	$ 228.789		$ 228.789
38135	09/12/2024	$ 457.578		$ 457.578
38136	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38137	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38138	09/12/2024	$ 228.789		$ 228.789
38139	09/12/2024	$ 76.263		$ 76.263
38140	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38141	09/12/2024	$ 228.789		$ 228.789
38142	09/12/2024	$ 101.684		$ 101.684
38143	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38144	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38145	09/12/2024	$ 457.578		$ 457.578
38146	09/12/2024	$ 152.526		$ 152.526
38147	09/12/2024	$ 76.263		$ 76.263

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

38148	09/12/2024	$ 355.894		$ 355.894
38149	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38150	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38151	09/12/2024	$ 228.789		$ 228.789
38152	09/12/2024	$ 203.368		$ 203.368
38153	09/12/2024	$ 305.052		$ 305.052
38154	09/12/2024	$ 372.294		$ 372.294
38155	09/12/2024	$ 351.611		$ 351.611
38156	09/12/2024	$ 351.611		$ 351.611
38157	09/12/2024	$ 330.928		$ 330.928
38158	09/12/2024	$ 434.343		$ 434.343
38159	09/12/2024	$ 351.611		$ 351.611
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 9.934.307,00**		**$ 9.934.307,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCION DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. EL SERVICIO FUE PRESTADO DURANTE LOS DÍAS DEL 27 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024. FACTURACIÓN Y SOPORTES SUJETA A VERIFICACIÓN DE AUDITORIA DE CUENTAS. (SOPORTES ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO Y EN CD ADJUNTO)

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

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
10 DIC 2024
SUJETO A VERIFICACIÓN
FOLIO 1

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

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

El Revisor Fiscal de la

CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN

C E R T I F I C A:

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

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

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
BASES 1
GRUPO FINANCIERO
16 DIC 2024
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

VIGILADO Supersalud

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38126

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA PAZ QUINTERO PIÑERES	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1089636091	9 de dic. de 2024 11:06:57 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 24 A # 56 - 35 INT 1 APT 101 CONJUNTO PORTAL DEL SALITRE	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3104627452 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 98d8cbf110ab0d96f544f34f7c8c9ed138d5f7686de67bcb869146ab68177a58b6a7ccf375bcf62cfe3fe9c56fbc100e **Fecha validación:** 9/12/2024 11:06 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	9	$24.463	0	$0	$220.167	8825681			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20153-23;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTE MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$220.167
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$220.167
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$220.167

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38127

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANIEL ALEJANDRO SANCHEZ MARTINEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011254332	9 de dic. de 2024 11:15:55 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 45 N #58 C 11 SUR	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212585325 (Madre)	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 25264163516ffeb94f0d3408d431a9449376175c57c341ac720aa806fa0bbb582fc2a9307cd7384ee23c211d74b3b41c

Fecha validación: 9/12/2024 11:15 a. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	3	$24.463	0	$0	$73.389	8825755			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$73.389
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$73.389
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$73.389

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38128

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SOFIA ARIZA VILLAMIL	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011206942	9 de dic. de 2024 8:24:32 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 41 a sur 50 a 17	8 de ene. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**			
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: b96618a59a98949c3bae49a2f6325db4c7dec69ceab17eabc70a8291a51fb4e6a7f3eeecfd5954afa3b6633bc0e7dd0c

Fecha validación: 9/12/2024 8:24 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8825813			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38129

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA BEJARANO PIÑEROS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1027300517	9 de dic. de 2024 8:27:04 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 50 No 165-50	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112484209 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		
CUFE: e83b50867c5425d4f34af202f6a355567f397f5d80f720b6707f1e993dd069c74c09178b177b08d672fe1982e85c7b7f				**Fecha validación:**	9/12/2024 8:27 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8825919			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38130

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JOSEPH SEBASTIAN BELTRAN NIETO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220576	9 de dic. de 2024 8:28:47 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Avenida CARRERA 104 No 71 D - 29	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	6333229	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: bd94400043dd31ab4e86bbb478f76e09fe9463044cd8461b16fe59557653fec32c18d8b2d18ea6af79f162c1c8c663d2 — **Fecha validación:** 9/12/2024 8:28 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	18	$25.421	0	$0	$457.578	8825943			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$457.578
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$457.578
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$457.578

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38131

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MAGDA LORENA BETANCOURT CUCAITA	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220634	9 de dic. de 2024 8:30:08 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 24 DNo 11 - 80 sur Apto 304 Bloque 10	8 de ene. de 2025
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202635	
		Tipo Usuario:	NA	

CUFE: d21e7e9eee2c54fdb113836d40e430e7ac9fa339dc131179e5e8c74baddffe74ea8010bfec19c3ca3a68f96c7ec07280

Fecha validación: 9/12/2024 8:30 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	18	$25.421	0	$0	$457.578	8826054			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024.#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$457.578
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$457.578
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$457.578

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38132

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANA JOHANA CALDERON PINZON	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011212102	9 de dic. de 2024 8:31:23 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 140 B No 103 f - 45	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103456818 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a694edb4381724af8f1ecb3bea1999301049cce96742ff7675e4093d7a5153b8816ea181ea373c6610d6e76896087c94 **Fecha validación:** 9/12/2024 8:31 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	15	$25.421	0	$0	$381.315	8826155			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$381.315
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$381.315
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$381.315

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38133

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JULIANA CASTILLO MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1021400951	9 de dic. de 2024 8:34:59 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diag 151 b No 136 a -50 casa 123	8 de ene. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3123797119		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 6b12e2b762b7a92287f26fcff3d88aefc406152e9d250ccf94531ecf34832326b9d3e7ebd6d8e3032d975850b2813441

Fecha validación: 9/12/2024 8:34 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826247			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38134

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	PABLO ELMER CONTRERAS SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1071549408	9 de dic. de 2024 8:36:23 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	DIAGONAL 15 B 104-45	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103434839 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 6b825e3595299433aebaccc75bb87e525a112e8d3c6f161ec89c87a147044c7e776d2e54000a8d8628fd415df4235cdc **Fecha validación:** 9/12/2024 8:36 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	8826270			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$228.789
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$228.789
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$228.789

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38135

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	KIMBERLY DAYANA CORDOBA VERGARA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1028840870	9 de dic. de 2024 8:38:27 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213349423 (MAMA)	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: f6480b6565ea2e3e0a1f6e70187113c275c84434f4ec0c6fb5d2d7a78753f7e751d98229aa8b02f15de73ef5e9300032 — **Fecha validación:** 9/12/2024 8:38 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CODIGO	CODIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	18	$25.421	0	$0	$457.578	8826285			0,00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$457.578
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$457.578
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$457.578

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38136

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN FORERO PEÑARANDA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011222840	9 de dic. de 2024 8:41:22 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 95 A # 26 sur - 49 Bloque 4 Apt 101	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	.	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: e2575635818c804ed3eb9788bd47cd91925fc2266ecfffa934d5af65e1f6fa17decccb88a45ad964fd09e8f944201af8 — **Fecha validación:** 9/12/2024 8:41 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826310			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38137

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SAMUEL GOMEZ CAICEDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023386421	9 de dic. de 2024 8:46:14 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 7 A No 3-35 Torre 20 Apt 603 PARQUE CAMPESTRE	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209530603 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 6442c3e5b1002c7438b23985ee475114e8345a5f6fb2694194eacb812141691735ad0c147202f3617ba9729c6344cabc **Fecha validación:** 9/12/2024 8:46 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826332			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000
No. -38138

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL HERNANDEZ ABREO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1025555216	9 de dic. de 2024 8:48:45 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CRA 2 B No 13-140 NORMANDIA DEL PARQUE 1(BARRIO EL HATO)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3012506319 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 67bf7d98befda4bf3c3ccb4e409f90bc4713fbc79e374bf7c41780f1d076d5659969db57bc668ac1e116ebaff939b4a6 | **Fecha validación:** 9/12/2024 8:48 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	8826356			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$228.789
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$228.789
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$228.789

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38139

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	TOMAS HERRERA PEÑA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011328314	9 de dic. de 2024 8:50:15 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 167 a No 16 D-42	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3133271873	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 5d80124262cba52624dbada1a8052da91dae92621c9e156c6826a0722a59b48a524f397fe50ba2745f3b86161a30cb95 — **Fecha validación:** 9/12/2024 8:50 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	3	$25.421	0	$0	$76.263	8826364			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$76.263
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$76.263
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$76.263

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38140

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	VALENTINA JIMENEZ HERRERA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220679	9 de dic. de 2024 8:52:47 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 65 bis 57-67sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 316fce795159464286 8f4853b531d8907c925f276e8452326c60e02e2ace4aa020707c1a4fbca4f61fbc610017c23c70 — **Fecha validación:** 9/12/2024 8:52 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826386			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000
No. -38141

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN LLOREDA SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023166684	9 de dic. de 2024 8:56:05 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 78 No 41 b-20 Sur Int 3 apto 203	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3218162736 madre	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 9c019bac2cfcb7eefe5ac0dab12618727578db3a5e3161fe9849b7f73fca4d9580786ab3829d21ac1e813d8b36eac50b

Fecha validación: 9/12/2024 8:56 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	8826409			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$228.789
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$228.789
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$228.789

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38142

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MATHIAS MENDEZ GUERRERO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020005650	9 de dic. de 2024 10:01:39 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 18 N. 110 – 61 tore 1 ap 802	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3195804360 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: e0bae596978535f6e9ffa41f74caeb69e970ff556732394be95314d2dad507e39f790e1b053ab4547e2b208c6d6dfb15 — **Fecha validación:** 9/12/2024 10:01 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	4	$25.421	0	$0	$101.684	8826429			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CIENTO UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$101.684
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$101.684
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$101.684

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000
No. -38143

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA YAZMIN MUÑOZ ALEGRIA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140931035	9 de dic. de 2024 10:07:50 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 92 sur No 9-49(El Virrey)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112140917 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 5268702ac61981822c3117fa7369f225fb6b487285fe3713006e91b10f3a02ed2609b7e5efa2f1d959bc5d96a36825ca | **Fecha validación:** 9/12/2024 10:07 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	PENDIENTE ENVIO DIAN
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826457			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38144

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANDRES FELIPE OCAMPO GIRALDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1032467580	9 de dic. de 2024 10:13:32 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de Identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3502767727 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 536eaff4ba777dfb5f09dacbedf003d0ed2a6c834ac8af4a0acdd788ebc45d62c06c0b4f7f7560988360e1c336b638f5 — **Fecha validación:** 9/12/2024 10:13 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826661			0,00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38145

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	CAROLINA PARRA SALINAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1014979012	9 de dic. de 2024 10:16:36 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diagonal 16b No 106 - 40 int 11 apto 301	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3058339 3054079487 (	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: f4813678342136c19133930cae1a7b2026af093a8a70819f81d9c8ea93e1e91551292c40455b5bee89e35b525d9e990e — **Fecha validación:** 9/12/2024 10:16 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	18	$25.421	0	$0	$457.578	8826683			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039: 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$457.578
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$457.578
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$457.578

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38146

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL JOSUE PRIETO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031825144	9 de dic. de 2024 10:23:30 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 142 c bis No 138 a -59	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213782288 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 07ed7e5ef279b4e63968a28ffc6e607a3be910ee7b944c96348d168ca476e90d5ee28558706aaca4133b039e1b63669f | **Fecha validación:** 9/12/2024 10:23 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	8826703			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039: 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTISEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$152.526
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$152.526
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$152.526

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38147

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	LUCIANA PULGARIN VEGA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1070982066	9 de dic. de 2024 10:28:16 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 137 # 85-40 Ap. 101 Torre 3 Los pinos Los NaranjSuba	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3162487434 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 77ad65904198bc6665ea88097187a6753c6970d7bbc8130e1c028fd059833ba478bac4db62914de522e65f96b975ee33 — **Fecha validación:** 9/12/2024 10:28 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	3	$25.421	0	$0	$76.263	8826712			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$76.263
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$76.263
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$76.263

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38148

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA ALEJANDRA PULIDO AGUILAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011231054	9 de dic. de 2024 10:30:35 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	carrera 68 D # 24 A – 50	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3007864010 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 5d7c639039ecc670b92c54af08fabbc81430c71f3739bc66bcf524240b18c6e3836a7c99209d6ce2e0d452e037ba0e94 **Fecha validación:** 9/12/2024 10:30 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	14	$25.421	0	$0	$355.894	8826722			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$355.894
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$355.894
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$355.894

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38149

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOL JULIANA RESTREPO VELANDIA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1012338297	9 de dic. de 2024 10:32:40 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 46 A N. 22 D - 28 Barrio los Olivos	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3102551695 (mama)	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: bf28851fa94dd4209364d8dea29695ffc8880019dc2f95e295efa63f01c511fb5e92b81036122d0e884fd0ea045f8c4b

Fecha validación: 9/12/2024 10:32 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826775			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38150

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SARA SOPHIA RIOS SALAZAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011208849	9 de dic. de 2024 10:37:06 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 9 # 9-80	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8374431	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 59c25b3add6eef365a89aafe747a9c2218ae7549fc647641430878fb110ad99d9e98ad9c264bb116ce5da52f83114f03

Fecha validación: 9/12/2024 10:37 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826819			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38151

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SHARON DANIELA RIVERA RODRIGUEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020000583	9 de dic. de 2024 10:39:43 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 98 A No 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202508599	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a4c2c4a4d268add05ee2280537bcd3c80df65b095e6adf9624432e9dab6a71ed199b1f649b4444b075c573288819d628 — **Fecha validación:** 9/12/2024 10:39 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	8826861			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$228.789
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$228.789
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$228.789

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38152

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGEL FELIPE ROMERO LIZARAZO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140930926	9 de dic. de 2024 10:45:14 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 9 NA A # 78 A - 10 SUR	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3132826663 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 39b85b933f151e339c614f17364c7c63fb839cd5286b13916aeb0d51a390442a83d986f472f92eee835f63349723b821

Fecha validación: 9/12/2024 10:45 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	8	$25.421	0	$0	$203.368	8826868			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$203.368
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$203.368
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$203.368

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

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

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000
No. -38153

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESUS DAVID TABARES PEREZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019154161	9 de dic. de 2024 10:48:58 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 129 N. 105 - 59	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212061379 mamá	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 442fdf6c50faeebac885341749ba2dcc232afd7e4359763214f9691def18d7c13d60abb55bbe7f8562bfb15201308dff — **Fecha validación:** 9/12/2024 10:48 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	8826882			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039: 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$305.052
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$305.052
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$305.052

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38154

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANNY MARCELA BAUTISTA CARDENAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000255672	9 de dic. de 2024 10:52:11 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 68 A No 73 a-32 BOYACA REAL	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3118481568 (MAMA)	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 7b061c297c9793315709aa05a5998ce191a3052b8213e7c15c995672cb115eea484df0e9057e674a212b9ae90b385736 — **Fecha validación:** 9/12/2024 10:52 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	18	$20.683	0	$0	$372.294	8828352			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$372.294
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$372.294
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$372.294

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38155

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA JIMENA CELY PARADA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000161808	9 de dic. de 2024 10:55:52 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CRA 87 No 18-53 torre 3 apt 404	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3204385526 (MAMA) 46	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 471aff7265631a9bccb0ed8cdd60b7d0b42e9e303575ff1c8c1da8b2bbcaa97e6b9309e9e7f42fb670e75753c41abb27 — **Fecha validación:** 9/12/2024 10:55 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	17	$20.683	0	$0	$351.611	8828534			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS ONCE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$351.611
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$351.611
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$351.611

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38156

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOLAS FLOREZ MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031642513	9 de dic. de 2024 11:02:21 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán 1 rincon de suba)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3208727019 (MAMA)	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 983e4ca85f1be2a1f384a63113f09c4f205615ae5e763740ae6664b58cd2c43556395c11eaabbfe4884a3042fa17e3e8 **Fecha validación:** 9/12/2024 11:02 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LOPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	17	$20.683	0	$0	$351.611	8828589			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS ONCE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$351.611
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$351.611
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$351.611

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38157

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESSICA LORENA PINZON MENDIVELSO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019046549	9 de dic. de 2024 11:04:38 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 103 B No 152 C - 64 APT 607 (Turingia)	8 de ene. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4728372		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 77ea6404593d4d1f208353cefcb33f9ca0b8a3c2c60b08c34fec6465526d0c69efabc56a1117cace72c3cdc66bd8ed7d

Fecha validación: 9/12/2024 11:04 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	16	$20.683	0	$0	$330.928	8828622			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$330.928
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$330.928
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$330.928

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38158

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JORDAN MAURICIO SOLIS VARGAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1007372169	9 de dic. de 2024 11:07:21 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 57g# 78-26 sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212719571 (mama)	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 8c0d45cfc601719a013c37bdb6927e93d191ac6d3904256b00a4ba6213f856f6e043521b1743ff082a2647285c35cafa **Fecha validación:** 9/12/2024 11:07 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	21	$20.683	0	$0	$434.343	8828648			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$434.343
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$434.343
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$434.343

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

claudia.rolon

GS-2024-671095-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619-0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA 36340 - 40000

No. -38159

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGELICA TORRES RIOS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220505	9 de dic. de 2024 11:09:52 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 67 No 84 - 09	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3124040716 (PAPA) 56	8 de ene. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 1935f5b7009d6cc3ca3ea661ff7f3bc64a2675b04475ba98f9064b5d3ff7c49dcd793028c7ab0c3653ef2eba8aa410d4 — **Fecha validación:** 9/12/2024 11:09 p. m.

Convenio:	81-7-20153-23	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2024-12-09	**Fecha final:**	2024-12-09
Cajero:	CLAUDIA JANETH PEREIRA LÓPEZ		
Modalidad contratación y pago:		**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	17	$20.683	0	$0	$351.611	8828663			0.00

OBSERVACIONES

27 A 30 NOVIEMBRE 2024 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS ONCE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$351.611
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$351.611
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$351.611

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

claudia.rolon