No 3 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

No. GS-2025-005161-REGI1

Bogotá, 10 de marzo del 2025

Señor mayor
YEZID GURERRERO RODRIGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 (E)
Bogotá D.C

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-7-020231-24**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X__ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/01/2025**	**Hasta**	**31/01/2025**

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 oficio de fecha 01 de noviembre del 2024 y sin comunicado oficial el señor capitán ISAAC AMADO CODINA GALLARDO obrando como responsable del grupo contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 notifica como supervisor del contrato del asunto al jefe Grupo de redes integrales de servicios en salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, al señor teniente JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 02**

1. Informe supervisión del mes de NOVIEMBRE de 2024 entre el 01/11/2024 Al 30/11/2024, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2025-002068-REGI1.

2. Informe supervisión del mes de DICIEMBRE de 2024 entre el 01/12/2024 Al 30/12/2024, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2025-002069-REGI1.

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20231-24
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**
Contratista	INSTITUTO ROOSEVELT
Representante legal	CARLOS ENQRIQUE MENDOZA BUITRAGO CC. 80196857 de BOGOTA DC
Valor inicial del contrato	$ 600.000.000
Valor total del contrato	$ 600.000.000
Valor adiciones del contrato	No aplica.
Valor total del contrato	$ 600.000.000
Plazo de ejecución	30 de abril de 2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	01 de noviembre de 2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30 de abril de 2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición (es)	No Aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)	No aplica
Adiciones	No aplica.
Modificatorios	No aplica.
Prorrogas	No aplica
Otros	No aplica.

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO.

1.1 Acciones adelantadas:

- ✓ Comunicación permanente con la oficina de referencia y contra referencia de la RASES 1, verificando la radicación de usuarios que requieren la atención establecidos en el presente contrato y la autorización de los mismos.

- ✓ Comunicación permanente y seguimiento con la entidad, con el fin de realizar el agendamiento oportuno a las atenciones requeridas de los usuarios en la vigencia 2024.

- ✓ Seguimiento telefónico permanente con la entidad, verificando la ejecución presupuestal a la fecha y la atención oportuna de las citas autorizadas por la oficina de referencia y contrarreferencia.

- ✓ Comunicación permanente con el enlace de la entidad para trámites administrativos frente a la ejecución y la prestación de los servicios de salud.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIO	OBSERVACIONES
1.El CONTRATISTA se obliga a cumplir el objeto del contrato cumpliendo con el 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	(SI)	Ninguna
2.En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	(SI)	Ninguna
3.El CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante, cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	(SI)	Ninguna
4.El CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	(SI)	Ninguna
5.El CONTRATISTA debe 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
6.El CONTRATISTA no debe 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 Regional de Aseguramiento en Salud N°1 y a las autoridades competente para que se adopte las medidas necesarias.	(SI)	Ninguna
7.El CONTRATISTA debe 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
8.El CONTRATISTA deberá cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad del servicio, responsabilidad civil, pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.	(SI)	Ninguna
9.El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales 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.	(SI)	Ninguna
10. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	(SI)	Ninguna

11.El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 Libro II Parte II Titulo VI Capítulo VI "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo.	(SI)	Ninguna
12.El Contratista deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	(SI)	Ninguna
13.El contratista deberá entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador.	(SI)	Ninguna
14.El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco (5) días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, con sus respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y al ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso prevenible.	(SI)	Ninguna
15.EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será decepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.	(SI)	Ninguna
16.EL CONTRATISTA se compromete a tener Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	(SI)	Ninguna
17.EL CONTRATISTA se compromete a tener Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	(SI)	Ninguna

18.EL CONTRATISTA se compromete a tener Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	(SI)	Ninguna
19.El suministro de toda la información relacionada con el paciente: historia clínica, sus respectivos anexos, consentimientos informados, resultados de estudios paraclínicos, etc, inclusive cuando exista proceso judicial de por medio, que involucre la participación de la red externa en la atención en salud del usuario.	(SI)	Ninguna
La revisión de los casos de eventos adversos y su sujeción a glosas. En caso de faltar a la anterior obligación considerar el incumplimiento del contrato, sin perjuicio de las quejas que se alleguen a la Supersalud.	(SI)	Ninguna
20.El contratista se obliga a cumplir con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981.	(SI)	Ninguna
21.El contratista se compromete a enviar al supervisor del contrato, informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados, así como los indicadores de oportunidad y calidad.	(SI)	Ninguna
22.El contratista se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado, dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes vencido, a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	Ninguna
23.El contratista se compromete a informar que una vez terminados los recursos o el tiempo pactado en el contrato, no se continuará prestando los servicios objeto del mismo.	(SI)	Ninguna
24. El contratista designara un funcionario, para que en coordinación con el supervisor del contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten en los que estar evitar la sobre ejecución del contrato que resulte del presente proceso.	(SI)	Ninguna
25. El contratista deberá realiza el respectivo análisis y plan de mejoramiento posterior a la ocurrencia de EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES, el cual deberá ser presentado a la Regional de Aseguramiento en Salud No1 oficina de garantía de calidad en salud al correo luz.martin@correo.policia.gov.co y/ a quien designe el supervisor del contrato.	(SI)	Ninguna
26.El contratista deberá reportar al Auditor de Garantía de Calidad al correo electrónico luz.martin@correo.policia.gov.co, en el área administrativa de la Regional de Aseguramiento en Salud No1 los indicadores de la Circular Externa Supersalud 030 de 2006 y la 058 de 2009, así como los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud quien expedirá Recibido a Satisfacción de la información (R.A.S) sobre la entrega de dicha información.	(SI)	Ninguna
27. En el caso de que sea necesitados y/o requeridos procedimientos, exámenes, servicios médicos que no estén incluidos en el contrato, podrán ser incluidos dentro del mismo bajo los siguientes parámetros;	(SI)	Ninguna

28. Deberán ser cotizados por la entidad contratista junto con dos cotizaciones adicionales.	(SI)	Ninguna
29. El contratista indicara y prestara la habilitación del servicio cotizado, acorde a la resolución 3100 de 25/11/2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de los prestadores y habilitación de servicios de salud"	(SI)	Ninguna
30. Se establecer apara el caso concreto si es un requerimiento por acción constitucional, tutela o desacato.	(SI)	Ninguna
31. Todo servicio se prestará con aval tenga aval del supervisor del contrato y la Regional de Aseguramiento en Salud No1, previa revisión, verificación y análisis de auditoría médica (referencia y contrarreferencia).	(SI)	Ninguna
32. La entidad contratista será notificada del servicio adicional incluido, el cual será facturado según lo pactado y con cargo al contrato suscrito.	(SI)	Ninguna
33. Esto con el fin de asegurar el tratamiento médico inmediato, oportuno y adecuado de los usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional que requieran procedimientos o servicios de salud, garantizando así, la recuperación, mejoramiento de salud y el derecho a la vida, de los mismos.	(SI)	Ninguna
34.El contratista se compromete a brindar la prestación de servicio.	(SI)	Ninguna
35. El contratista debe mantener vigente el certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la evaluación inicial o Autoevaluación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Enel Trabajo (SGSST). La calificación total de la evaluación inicial o autoevaluación (SGSST) será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	(SI)	Ninguna
36. El contratista se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capitulo 4 del titulo 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo al acuerdo s de voluntades entre entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores en servicios de tecnologías en salud.	(SI)	Ninguna
37. El contratista deberá informar al supervisor del contrato y el Jede de la Regional de Aseguramiento en Salud No1 cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50 % y en un setenta 70$ el valor del contrato.	(SI)	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

	CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES TÉCNICAS ESPECIFICAS EXIGIDAS	OBSERVACIONES
1	**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, 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, en el cual deberán estar habilitados en todos los servicios requeridos para la prestación relacionada con el objeto del contrato y como MÍNIMO los siguientes servicios: Laboratorio Clínico, Servicio farmacéutico ,Imágenes Diagnosticas-ionizantes, Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Terapia respiratoria, Imágenes diagnosticas - no ionizantes, Neurocirugía, Cirugía maxilofacial, Genética, Medicina física y rehabilitación, Neurología, Ortopedia y/o traumatología, Pediatría, Cirugía ortopédica otras consultas de especialidad, Enfermería, Anestesia, Cirugía pediátrica, Nutrición y dietética, Otorrinolaringología, Urología, Cirugía plástica y estética, Hospitalización	

	pediátrica, Hospitalización adultos, Cuidado intensivo pediátrico, Cuidado intermedio adultos, Cuidado intermedio pediátrico.	
2	El Oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación para la ciudad de Bogotá mediante oficio firmado por representante legal.	
3	El oferente debe anexar con su propuesta, certificación de soporte de suficiencia firmado por el representante legal a partir de su capacidad Instalada para prestar los servicios a contratar.	
4	Anexar instructivo o protocolo para la referencia de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que operen las 24 horas.	
5	(GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD), mediante certificación firmada por el Representante Legal de la IPS debe constar la existencia y disponibilidad de los equipos médicos que destinarán para la prestación de los servicios.	
6	El oferente asignará un número telefónico para los usuarios de la Regional de Aseguramiento en salud No 1 para la asignación de citas de lunes a viernes de 07:00 am a 07:00 pm jornada continua.	
7	El oferente atenderá con oportunidad los servicios autorizados de servicios de hospitalización y de consulta externa que se harán las 24 horas del día por parte de la Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1	
8	En caso de que se requieren remisiones de pacientes, según criterio médico, la IPS notificara a Central de referencia, CONTRAREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EL REQUERIMIENTO EN LOS ESTIPULADOS dando inicio a la apertura de bitácora para traslado de paciente. La remisión será notificada al correo electrónico disan.rases1-rc@policia.gov.co y verificada por medico telefónico por parte de la IPS ala Regional en Aseguramiento en Salud N°1 al teléfono 3505560928	
9	Mantener vigente la póliza de responsabilidad civil médica profesional que ampare los riesgos en el ejercicio de la actividad profesional.	
10	Oportunidad para la asignación de citas a pacientes de consulta externa: Para pacientes ambulatorios remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la asignación de cita en un plazo máximo de 48 Horas.	
11	Oportunidad para la aceptación de pacientes hospitalizados: Para pacientes hospitalizados en otra entidad hospitalaria que requieran remisión, el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la aceptación del paciente en un plazo máximo de 12 Horas.	
12	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad de la consulta especializada, Subespecialidad, procedimientos diagnósticos y procedimientos de los diferentes servicios ofertados en un tiempo no superior a 15 días calendario.	
13	El oferente en todos los casos se compromete a garantizar el tratamiento integral, a los pacientes del subsistema de salud de la Policía Nacional, en un tiempo no superior a 30 días calendario.	
14	El oferente se compromete a realizar el inicio del tratamiento una vez asignada la cita de la siguiente manera:	
	• Para Consulta externa máximo 15 días.	
	• Para tratamiento convencional máximo 8 Días.	
15	El oferente se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.	
16	TARIFA MEDICAMENTOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagara al contratista por concepto de medicamentos suministrados a los usuarios de la siguiente manera: si el oferente hace su oferta con tarifas institucionales no se pactará intermediación para el pago de los mismos, si la oferta se hace por factura de compra o manual tarifario de institución reconocida el porcentaje de intermediación no podrá ser superior al 10%.	
17	El oferente deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, en horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.	
18	El oferente se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades, procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información desagregada e individualizada por paciente del 100% de los servicios recibidos, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 y Resolución 611 del 2022 del Ministerio de la Protección Social que define los RIPS.	
19	En caso de requerir un procedimiento y/o insumo que no se encuentre relacionado en el presente contrato, aclarando que los mismos corresponden a casos específicos que por la condición clínica del paciente lo amerite y considerándose que son casos excepcionales; deben ser plenamente justificados y aprobados por el responsable del servicio de la especialidad pertinente y el supervisor del contrato, los cuales realizarán el estudio de mercado con mínimo dos cotizaciones o carta de exclusividad donde se tomará el menor valor cotizado y esta factura estará sujeta a verificación por parte del grupo de auditoría de cuentas. Para pacientes hospitalizados se podrá autorizar el procedimiento con una cotización teniendo en cuenta que el procedimiento se requiera realizar de forma prioritaria para evitar poner en riesgo la vida del paciente.	

20	El contratista debe garantizar la prestación del servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	
21	Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, Decreto 780 del 2016, Resolución 1043 del 2006 y demás normas que los modifiquen, complementen o adicionen, dentro del marco del mejoramiento continuo.	
22	Cumplir con las exigencias legales y éticas con el manejo de la Historia Clínica de los pacientes contenida en la Ley 23 del 18 de febrero 1981 por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica en su Artículo 34 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.	
23	El oferente prestara el servicio después de verificar la autorización expedida por parte de la oficina de referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1, la orden médica, el documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional presentados por el usuario.	
24	**CONDICIONES DEL SERVICIO - EXCUSA DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA:**	
	La Regional de Aseguramiento en Salud N°1, debe cumplir la Directiva Administrativa Permanente No 003 de 2023, la cual estipula "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios", o las normas que la modifiquen o deroguen, la cual estipula lo siguiente:	
	Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio:	
	Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento.	
	Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados).	
25	Abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que no sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.	
26	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.	
27	Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la profesión médica	
28	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.	
29	El oferente se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen d) El oferente se compromete a entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la circular 030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen.	
30	El oferente se compromete a designar un coordinador del contrato como apoyo de solución a los inconvenientes que den a lugar en la ejecución del mismo jornada continua. Para este ejercicio de su función deberá disponer de los medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información, que permita atender los requerimientos, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	
31	El oferente se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	
32	El oferente se compromete a informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado el 50% y el 70% del presupuesto del contrato	
33	Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado,	

	de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1.	
34	El OFERENTE deberá adjuntar a su propuesta, los siguientes documentos: Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	
	Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo).	
35	De requerirse el oferente debe entregar las imágenes en CD, de manera impresa o en portal de resultados web, indicando los datos personales del paciente, nombre y fecha del estudio realizado, sin costo adicional para la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 DE LA POLICÍA NACIONAL.	
36	El Oferente deberá contar con las guías de práctica clínica y/o protocolos en la evidencia científica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia, así como los estudios que se realizan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 del 25/11/2019, las cuáles serán objeto de verificación por parte de la Supervisión y disponibles para los especialistas del Dirección de Sanidad de Policía Nacional.	
37	El Oferente dará estricto cumplimiento con lo establecido dentro de la resolución No 1995 de 1999 del Ministerio de Salud *"Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica"*.	
38	El Oferente dará estricto cumplimiento con lo establecido dentro de la resolución No 1155 del 14 de Julio de 2020 *"Por medio del cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID – 19"* en la prestación de los servicios de salud, incluidas en las actividades administrativas de apoyo y alimentación, y demás que la sustituyan o la modifiquen.	
	El oferente (adjudicatario-futuro contratista) se compromete durante la ejecución del contrato que se llegare a suscribir a la entrega de todos los elementos de protección personal y de bioseguridad de todo el personal a su cargo durante el tiempo de ejecución del contrato, debiendo entregar entre otros, de conformidad por los lineamentos señalados por el Ministerio de la Protección Social y secretaria Distrital de Salud, durante el tiempo que estos lo establezcan y con posterioridad a la pandemia, en atención a la situación de la salud actual (pandemia COVID 19) decretada por la organización mundial de la salud.	
	Nota: Para el efecto, el contratista deberá llevar control de la entrega realizada a través de planilla (donde conste la entrega de los elementos de protección personal, indicando fechas, hora, nombres, ámbito de actividades y firmas de los profesionales) la cual será objeto de verificación por el supervisor, durante la ejecución del contrato.	
39	El oferente (futuro contratista), garantiza que no se encuentra incluido en el Registro Único de Infractores Ambientales –RUIA, de acuerdo a lo previsto en la Resolución 415 de 2010 expedida por el **Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, donde no deberá estar incluido.**	
40	El futuro adjudicatario deberá adjuntar los códigos CUPS de los servicios y procedimientos contratados, con el fin de ser ingresados en el sistema de autorizaciones de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	
41	El oferente se compromete a realizar la entrega del portafolio de servicio con sus respectivos CUPS para todos los procedimientos del presente contrato una vez se entregue la carta de inicio.	
42	El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten entre los que esta evitar la sobrejecucion del contrato que resulte del presente proceso.	
43	El CONTRATISTA deberá realizar el respectivo análisis y plan de mejoramiento posterior a la ocurrencia de EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES, el cual deberá ser presentado a la Regional de Aseguramiento en salud Nro. 1 oficina de garantía de calidad en salud al correo luz.martin@correo.policia.gov.co y a quien se designe como supervisor del contrato.	
44	El CONTRATISTA deberá reportar al Auditor de Garantía de Calidad correo electrónico luz.martin@correo.policia.gov.co , en el área administrativa de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, los indicadores de la Circular Externa Supersalud 030 de 2006 y las 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud quien expedirá Recibido a Satisfacción de la Información (R.A.S.) sobre la entrega de dicha información.	
45	En el caso de que sean necesitados y/o requeridos procedimientos, exámenes, servicios médicos que no estén incluidos en el contrato, podrán ser incluidos dentro del mismo bajo los siguientes parámetros;	
	Deberán ser cotizados por la entidad contratista por la entidad contrastista junto con dos cotizacioens adicionales.	
	El contratista indicará y presentará la habilitación del servicio cotizado, acorde a la resolución 3100 del 25-11-2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".	
	Se establecera para el caso concreto si es un requerimiento por accion constitucional, tutela, desacato.	

	Todo servicio se prestara una vez tenga el aval del supervisor del contrato y la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1, previa revisión, verificación y análisis de auditoria médica (referencia y contrareferencia).	
	La entidad contratista será notificada del servicio adicional incluido, el cual será facturado según lo pactado y con cargo al contrato suscrito.	
	Esto con el fin de asegurar el tratamiento inmediato, oportuno y adecuado de los usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional que requieran procedimientos o servicios de salud, garantizando así, la recuperación, mejoramiento de la salud y el derecho a la vida, de los mismos.	
46	El contratista se compromete a brindar la prestación de servicio	

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OFRECE	NO OFRECE
1	En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social REPS, de conformidad con la Ley 10 de 1990., Resolución 3100 de 2019 deberá ser habilitado para la prestación de todos los servicios requeridos en el presente proceso. **Nota:** El CONTRATISTA deberá mantener los servicios habilitados durante la ejecución del futuro contrato.	(SI)	Ninguna
2	El CONTRATISTA deberá entregar el instructivo o protocolo para la referencia de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que operen de 07:00 am a 05:00 pm en jornada continua de lunes a viernes, por el tiempo que dure el contrato.	(SI)	Ninguna
3	El CONTRATISTA deberá contar con un sistema de agendamiento para los usuarios que sean enviados desde la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 en donde las solicitudes de citas sean agendadas con las correspondientes indicaciones de preparación para la correcta toma del procedimiento diagnóstico o terapéutico y el informe de las respuestas a Referencia de la Regional para respectivo agendamiento.	(SI)	Ninguna
4	El CONTRATISTA deberá mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley o las autoridades administrativas o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.	(SI)	Ninguna
5	Oportunidad para la asignación de citas a pacientes de consulta externa: Para pacientes ambulatorios remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la asignación de cita en un plazo máximo de 72 Horas.	(SI)	Ninguna
6	Oportunidad para la aceptación de pacientes hospitalizados o del servicio de urgencias: para pacientes que requieran procedimientos diagnósticos o terapéuticos, el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la aceptación del paciente en un plazo máximo de 2 horas.	(SI)	Ninguna
7	El CONTRATISTA se compromete a garantizar la oportunidad de los procedimientos diagnósticos y procedimientos terapéuticos ambulatorios de los diferentes servicios ofertados en un tiempo no superior a 15 días calendario.	(SI)	Ninguna
8	El CONTRATISTA se compromete a realizar el inicio del tratamiento una vez asignada la cita de la siguiente manera: •Para Urgencias máximo 2 horas. •Para tratamiento convencional máximo 8 días.	(SI)	Ninguna
9	El CONTRATISTA garantiza que los medicamentos utilizados y suministrados por el oferente para el tratamiento integral; cuentan con el registro de INVIMA y BPM como prueba de calidad de los mismos.	(SI)	Ninguna
10	El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios ofertados al usuario después de verificar la presentación de los siguientes documentos: la orden médica, documento de identificación del paciente, carné de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional (excepto casos de retiro en proceso por medicina laboral) y la Orden de Servicio Externo generada por la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.	(SI)	Ninguna
11	El CONTRATISTA deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, en horario	(SI)	Ninguna

	de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.		
12	En el caso que se requiera un procedimiento que no esté contemplado dentro de la oferta inicial y el contratista se encuentre en la capacidad de realizarlo, este se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 de la Policía Nacional, y cancelado tomando como referencia la tarifa pactada, previo concepto del supervisor y solicitud de modificación del contrato.	(SI)	Ninguna
13	El CONTRATISTA que resulte adjudicatario no podrá en ningún caso repetir los estudios paraclínicos realizados en la fase de diagnóstico por la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, los cuales acompañan la orden de servicio externo expedida por el profesional tratante.	(SI)	Ninguna
14	El CONTRATISTA deberá garantizar la prestación del servicio en forma continua a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.	(SI)	Ninguna
15	El manejo del paciente debe comprender las complicaciones presentadas durante los procedimientos y hasta superar las mismas, sin que genere costo adicional a la Policía Nacional.	(SI)	Ninguna
16	MEDICAMENTOS: El oferente deberá conocer y adoptar en materia de medicamentos, el Acuerdo No 080 de 2022 por el cual se dio a conocer el Manual de medicamentos y terapéutica del Subsistema. Por lo tanto, toda prescripción médica para los usuarios y beneficiarios se deberá realizar basados en dicho manual. Cuando por la condición médica del paciente sea necesario prescribir medicamentos no incluidos en el POS, se deberá diligenciar el formato de Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud – EIPS (Anexo No. 4 Formato de justificación medicamentos por fuera del manual único de medicamentos y terapéutica del SSMP, suplementos nutricionales ambulatorios y medicamentos UNIRS), el diligenciamiento de este documento deberá realizarse dentro de la misma atención y en todo caso no deben generar una orden adicional para su expedición, teniendo en cuenta que la Policía Nacional pertenece al régimen especial.	(SI)	Ninguna
17	El CONTRATISTA se compromete a brindar en la prestación de los servicios oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	(SI)	Ninguna
18	El CONTRATISTA se compromete a informar al paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y se firme el consentimiento médico informado.	(SI)	Ninguna
19	El CONTRATISTA se compromete en todos los casos, una vez atendido el usuario, a enviar una contrarreferencia del tratamiento realizado una vez finalizado, dirigido al jefe de Referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, que incluya un resumen de historia clínica del paciente, especificando los procedimientos realizados, fecha de inicio del tratamiento, fecha de finalización, complicaciones presentadas y recomendaciones para controles posteriores.	(SI)	Ninguna
20	El CONTRATISTA se compromete a enviar al supervisor del contrato, informe mensual de la ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados, así como los indicadores de oportunidad y calidad.	(SI)	Ninguna
21	El CONTRATISTA se compromete a realizar procedimientos que no se encuentren dentro del Acuerdo No.002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, una vez se cuente con la aprobación del Comité EIPS de la Dirección de Sanidad, el cual será anexado por referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 a la orden médica.	(SI)	Ninguna
22	La asignación de las citas para procedimientos diagnósticos y procedimientos terapéuticos se realizará con la autorización expedida en Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1.	(SI)	Ninguna
23	Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la prestación del servicio de salud.	(SI)	Ninguna
24	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No.1, todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.	(SI)	Ninguna

25	El CONTRATISTA se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del Sistema General de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud, c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo sustituyan, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1011 de 2.006 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen, d) entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 requiera de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la Circular 030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen.	(SI)	Ninguna
26	El CONTRATISTA brindará atención médica con personal graduado y altamente calificado, mediante la aplicación de conocimientos, experiencias y la tecnología de punta de acuerdo al nivel de complejidad.	(SI)	Ninguna
27	El CONTRATISTA designará un par medico competente como apoyo de solución a los inconvenientes que den lugar en la ejecución del contrato, el cual disponga de medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información constante, que permita atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros	(SI)	Ninguna
28	El CONTRATISTA se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado, dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes vencido, a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	(SI)	Ninguna
29	El CONTRATISTA se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	(SI)	Ninguna
30	Una vez terminados los recursos o el tiempo pactado en el contrato, no se continuará prestando los servicios objeto del mismo.	(SI)	Ninguna
31	El CONTRATISTA se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades, procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información desagregada e individualizada por paciente del 100% de los servicios prestados, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 del Ministerio de Salud que define los RIPS, Resolución 1531 de 2014 en concordancia con la Circular 025 de 2020 del Ministerio de Salud.	(SI)	Ninguna
32	El CONTRATISTA se compromete a disponer de un sistema de información sistematizado de las historias clínicas que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la codificación establecida y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos para la presentación de la cuenta de cobro.	(SI)	Ninguna
33	El CONTRATISTA se compromete a cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo de la Historia Clínica de los pacientes.	(SI)	Ninguna
34	El CONTRATISTA se compromete a disponer de una línea de Atención e Información al Usuario para garantizar el buen servicio a nuestros afiliados, la cual se le debe dar a conocer a los usuarios que sean remitidos; el horario de atención telefónica debe ser de 07:00 am a 05:00 pm en jornada continua de lunes a viernes, por el tiempo que dure el contrato.	(SI)	Ninguna
35	CONDICIONES DEL SERVICIO - EXCUSA DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA: el oferente debe cumplir la Directiva Administrativa Permanente No.003 DIPON-DITAH del 2023, la cual estipula "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicios", o las normas que la modifiquen o deroguen, la cual estipula entre otras cosas, lo siguiente:	(SI)	Ninguna

	Excusa de Servicio por Incapacidad Médica. Es el documento mediante el cual se emite el concepto Médico u Odontológico de inhabilidad física y/o mental, que impida desempeñar en forma total o parcial su trabajo habitual. Se definen dos clases de excusa de servicio. Excusa de Servicio Parcial. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar algunas actividades propias de su labor. Los funcionarios deben acudir a la respectiva unidad diariamente, a fin de desarrollar labores las cuales pueden ser de tipo logístico - administrativo según el caso, de acuerdo a lo determinado por el profesional de la salud que emitió el documento. Excusa de Servicio Total. Es el documento que establece la inhabilidad física o mental, que impide al funcionario desempeñar su actividad laboral por un tiempo determinado. Los funcionarios deben cumplir la excusa en su residencia habitual o en la unidad a donde pertenecen (arranchados).		
36	El CONTRATISTA deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio).	(SI)	Ninguna
37	El CONTRATISTA garantizará la entrega al supervisor del contrato, de un informe mensual de la ejecución del contrato. El Contratista informará al supervisor del contrato cuando el presupuesto se encuentre en un 50 y 70% de ejecución, con el fin de tomar medidas para la continuidad de la prestación del servicio. De igual manera, deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un 100% con el fin de evitar la sobre ejecución y evitar incurrir en faltas penales, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado.	(SI)	Ninguna
38	El CONTRATISTA NO exigir que el usuario deba ser nuevamente valorado por médicos especialistas de su empresa, bajo la justificación de avalar la realización de otras valoraciones o procedimientos ya ordenados por médicos gastroenterológicos de otras entidades.	(SI)	Ninguna
39	TODAS LAS CONSULTAS, PROCEDIMEINTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS INCLUIDFOS SE DEBEN REALIZAR CON SEDACION Y TAL COSTO ESDTA INCLUIDO EN LAS TARIFAS PRESENTADAS.	(SI)	Ninguna
40	TODOS LOS PROCEDIEMITNOS INCLUIDOS SON PAQUETES DESDE EL INGRESO HASTA LA SLAIDA DEL USUARIO	(SI)	Ninguna
41	LOS DISPOSITIVOS MEDICOS, INSUMOS Y MEDICMANENTOS ESTAN INCLUIDOS DENTRO DE LOS PAQUETES.	(SI)	Ninguna
42	El CONTRATISTA debe asignar una consulta primera vez o control por gastroenterología en un tiempo menor de 7 días.	(SI)	Ninguna
43	El CONTRATISTA debe asignar una consulta primera vez o control por gastroenterología pediátrica en un tiempo menor de 15 días.	(SI)	Ninguna
44	El CONTRATISTA debe asignar una consulta primera vez o control por hepatología en un tiempo menor de 15 días.	(SI)	Ninguna
45	El CONTRATISTA debe asignar una consulta primera vez o control por coloproctología en un tiempo menor de 15 días.	(SI)	Ninguna

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna.

6. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión, han transcurrido (92) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (88) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

7. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

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

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado, 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 paciente o acudiente del mismo.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

El contratista deberá dar cumplimiento a la directiva presidencial 09 del 17/09/2022 "lineamientos para pago a los proveedores del estado". Obligación de facturar electrónicamente para el pago de bienes y servicios contratados.

Del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la resolución número 000042 del 05/05/2022 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y de dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación"

La factura también debe ser entregada físicamente, debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja en 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 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 DIAS 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 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.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica.
- Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

PARÁGRAFO 1: AUDITORÍA 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 auditoría, 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 N°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 pagada por el SSPN.

Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del comité técnico científico DISAN y aprobado por esa instancia del nivel central.
Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: INSTITUTO ROOSEVELT

BANCO: BANCO POPULAR
TIPO DE CUENTA: CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 110-040-040-107

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$ 600.000.000.00	100%
Valor total de las entregas	$ 129.788.060,00	22%
Valor total facturado	$ 116.669.817,00	19%
Valor facturado pendiente de pago	$ 483.330.183,00	81%
Valor pagado	$ 116.669.817,00	19%
Valor pendiente de entrega	$ 470.211.940,00	78%

b.

No. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No. 3 del 10/03/2025	$29.797.698.00	03/02/2025	$29.797.698.00	2870002 2870006 2870031 2868660 2868896 2868840 2869674 2869230 2869095 2871493 2869841 2869885 2869851 2869280 2869820 2869977 2869905 2873594 2873988 2873300 2873660 2872592 2872489 2872509 2872796 2872234 2872459 2872344 2872202 2872186 2875412 2875387 2875521	Pendiente	Pendiente	Pendiente

				2869889 2869889 2873131 2876795 2869127 2878455 2875616 2875606 2876495			

8. RECOMENDACIONES

No hay recomendaciones.

9. 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_____

Teniente **JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA**
Responsable Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud RASES 1
Supervisor Contrato No. 81-7-20231-24
Correo electrónico: juanc.cabrera@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3102717864

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 03 febrero de 2025
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.	No. 81-7-020231-24
Constancia de recibido No.	RAS: 04
Contratista:	INSTITUTO ROOSEVELT
NIT del contratista:	NIT: 860013874-7
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRASTORNOS NEUROLÓGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1
Valor del contrato	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $600.000.000.00** **Vigencia 2024**: $100.000.000.00 **Vigencia 2025:** $500.000.000.00
Plazo de ejecución:	**Fecha Inicio:** 01/11/2024 AL 30/04/2025
Lugar de ejecución y/o entrega	CRA 68 B BIS No 26-58
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO__X	N/A
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Teniente **JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA** Jefe Grupo Subred Integral Servicios en Salud
Fecha de entrega certificada:	**DEL 22/12/2024 al 29/01/2025**

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	**Unidad**	**Recurso**	**Descripción del bien o servicios recibidos**		**Valor recibido**	**Valor facturado**	**Valor a amortizar y/o descontar**	**Valor a pagar**
	RASES No.1	16	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRASTORNOS NEUROLÓGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL**		**$ 29.797.698.00**	**$29.797.698.00**	-	-

			ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1					

N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL	DX CIE 10	DESCRIPCION	VALOR DE LA FACTURA
2870002	9/01/2025	8/01/2025	GONZALEZ ALMODACID JOHN JAIRO	79660188	53114	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 607.939
2870006	9/01/2025	8/01/2025	OVALLE CASTILLO MARIA AGUDELA	20194394	53103	M160	COXARTROSIS PRIMARIA BILATERAL	$ 526.412
2870031	9/01/2025	8/01/2025	ARIAS DE ARIAS BLANCA EVA	41475812	53102	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 678.600
2868660	2/01/2025	2/01/2025	CUATIN SUAREZ IVANNA CAMILA	1073387150	891901	P90X	CONVULSIONES DEL RECIEN NACIDO	$ 958.800
2868896	3/01/2025	3/01/2025	DAZA ENCISO JESUS JACOB	1020004541	890275	G408	OTRAS EPILEPSIAS	$ 92.600
2868840	3/01/2025	3/01/2025	SANABRIA ACOSTA ANGELA MARIA	1023402633	891402	H82X	SINDROMES VERTIGINOSOS	$ 111.400
2869674	8/01/2025	8/01/2025	GOMEZ LANCHEROS ALISSON GERALDIN	1053341183	890243	G800	PARALISIS CEREBRAL	$ 75.000
2869230	7/01/2025	7/01/2025	GOMEZ LANCHEROS ALISSON GERALDIN	1053341183	890383	G800	PARALISIS CEREBRAL	$ 92.600
2869095	4/01/2025	2/01/2025	CUENCA MARTINEZ EMMANUEL	1033123267	891901	G403	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS	$ 1.917.600
2871493	14/01/2025	14/01/2025	MANCERA HERNANDEZ GABRIELA	1011224377	890381	M210	DEFORMIDAD EN VALGO	$ 92.600
2869841	8/01/2025	8/01/2025	ANGULO ALVAREZ SALMA SOFIA	1049663434	890281	R937	HALLAZGOS ANORMALES	$ 92.600
2869885	8/01/2025	8/01/2025	CARO JUAN SAUL	437490	890243	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2869851	8/01/2025	8/01/2025	VILLAMIZAR SERRANO ANIBAL	79693927	890343	M511	TRASTORNOS DISCO LUMBAR	$ 92.600
2869280	7/01/2025	7/01/2025	CIPAGAUTA DURAN ZAHIRA VALENTINA	1070753639	890275	F411	TRASTORNO DE ANSIEDAD	$ 92.600
2869820	8/01/2025	8/01/2025	RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA	1029524603	890281	G801	DIPLEJIA ESPASTICA	$ 92.600

2869977	9/01/2025	9/01/025	GARCIA GARCIA LUIS CARLOS	1026560678	890343	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2869905	8/01/2025	8/01/2025	MAECHA CLARA EUGENIA	51810392	890243	M791	MIALGIA	$ 92.600
2873594	20/01/2025	20/01/2025	CUELLAR BARAJAS MARIA JOSE	1033107258	890369	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS	$ 92.600
2873988	20/01/2025	20/01/2025	BERMUDEZ GARRIDO ANYELI YESI	1002029895	890280	S430	LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	$ 92.600
2873300	18/01/2025	18/01/2025	CARDENAS ESCOBAR ELIAS ALBEIRO	1106951266	890280	S835	ESGUINCES Y TORCEDURAS	$ 92.600
2873660	20/01/2025	20/01/2025	JAIMES BETANCOUR JOSE DAVID	1093800093	890280	M232	TRASTORNO DE MENISCO	$ 92.600
2872592	16/01/2025	16/01/2025	PEREZ GOMEZ GUSTAVO	1177362	890343	R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	$ 92.600
2872489	16/01/2025	16/01/2025	SCARPATTY SIERRA TULIA BELEN	33283799	890343	M542	CERVICALGIA	$ 92.600
2872509	16/01/2025	16/01/2025	BEDOYA TABARES PAULA ANDREA	50930209	890243	G570	LESION DEL NERVIO CIATICO	$ 92.600
2872796	16/01/2025	16/01/2025	GIRALDO DE HURTADO DOCTORLINA	20343359	890343	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2872234	15/01/2025	15/01/2025	DIAZ DIAZ FAUSTINA	3030544	890343	M993	ESTENOSIS OSEA	$ 92.600
2872459	16/01/2025	16/01/2025	GOMEZ LANCHEROS ALISSON GERALDIN	1053341183	890343	R522	OTRO DOLOR CRONICO	$ 92.600
2872344	16/01/2025	16/01/2025	HUERTAS DE DIAZ MARIA OLIVIA	41786163	890243	M169	COXARTROSIS NO ESPECIFICADA	$ 92.600
2872202	15/01/2025	15/01/2025	MERCHAN MALAGON ISNALDO	19103915	890243	R522	OTRO DOLOR CRONICO	$ 92.600
2872186	15/01/2025	15/01/2025	DIAZ DE LINAREZ ANA OLIVA	20276083	890243	R074	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2875412	22/01/2025	22/01/2025	GOMEZ GALLO JUAN PABLO	79984678	890243	M546	DOLOR DE COLUMNA DORSAL	$ 92.600
2875387	22/01/2025	22/01/2025	ACERO RODRIGUEZ SARA ESTEFANIA	1050611472	890281	M419	ESCOLIOSIS NO ESPECIFICADA	$ 92.600
2875521	22/01/2025	22/01/2025	SUAREZ CIFUENTES VALERY SOFIA	1069307250	930401	Q850	NEUROFIBROMATOSIS	$ 331.800
2869889	8/01/2025	8/01/2025	CAMARGO PENAGOS JUAN FELIPE	1025526696	891901	G400	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS	$ 15.340.800
2873131	17/01/2025	15/01/2025	FERNANDEZ RODRIGUEZ STEPHANIE	1201463201	770501	M211	DEFORMIDAD EN VARO	$ 5.305.847

			SOFIA					
2876795	24/01/2025	24/01/2025	GARCIA RODRIGUEZ EMMA ISABEL	35523684	890280	M201	HALLUX VALGUS	$ 92.600
2869127	6/01/2025	22/12/2024	GOMEZ CHAVEZ MARIA RUTH	26548994	891901	G400	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS	$ 319.600
2878455	29/01/2025	29/01/2025	GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID	1054865938	890502	M212	DEFORMIDAD EN FLEXION	$ 938.500
2875616	22/01/2025	22/01/2025	DIAZ BLANCO ANA VIRGINIA	33447985	890243	I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	$ 92.600
2875606	22/01/2025	22/01/2025	SANCHEZ FERNANDEZ DORIS SORAYA	51804403	890343	R522	OTRO DOLOR CRONICO	$ 92.600
2876495	24/01/2025	24/01/2025	SANDOVAL PEÑA EDWARD CAMILO	1050097999	890281	M211	DEFORMIDAD EN VARO	$ 92.600

TOTAL	**$ 29.797.698.00**

FIRMA DEL SUPERVISOR:

Teniente JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA
Supervisor del Contrato No. 81-7-020231-24

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 64344

Consecutivo de Envío Nro. 339

BOGOTÁ, 3 de Febrero de 2025

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524
CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO
BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	21 - 2876795	2025/01/24	814652	EMMA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	92,600.00	
010	21 - 2869127	2025/01/06	811421	MARIA RUTH GOMEZ CHAVEZ	319,600.00	
010	21 - 2878455	2025/01/29	427902	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	938,500.00	1
011	21 - 2875616	2025/01/22	813823	ANA VIRGINIA DIAZ BLANCO	92,600.00	
011	21 - 2875606	2025/01/22	807924	DORIS SORAYA SANCHEZ FERNANDEZ	92,600.00	
011	21 - 2876495	2025/01/24	811110	EDWARD CAMILO SANDOVAL PEÑA	92,600.00	
				Número de Documentos 6	Valor Total: $ 1,628,500.00	

Valor en Letras: UN MILLON SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

≡ DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SALIR DE RECUM (../Vista/frLogin.aspx)

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606601	Fecha Pre-Radicado	2/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1,
Cantidad de Facturas Registradas	6	Vlr Fin de Cargue	
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
4	8038723	2869127	1/6/2025 12:00:00 AM	26548994	GOMEZ CHAVEZ MARIA RUTH	$319,600.00	Aceptar	Eliminar
6	8038722	2875606	1/22/2025 12:00:00 AM	51804403	SANCHEZ FERNANDEZ DORIS SORAYA	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
1	8038718	2875616	1/22/2025 12:00:00 AM	33447985	DIAZ BLANCO ANA VIRGINIA	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
3	8038720	2876495	1/24/2025 12:00:00 AM	1050097999	SANDOVAL PEÑA EDWARD CAMILO	$92,600.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606601	Fecha Pre-Radicado	2/3/2025 9:00:59 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1,628,500
Cantidad de Facturas Registradas	6	Vlr Fin de Cargue	$1,628,500.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REG11		

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

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	A - 200 O MAS COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1198826568	9480224430	E	2025/01/20	2025/01/16	BANCO POPULAR	0	$657,151,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				489	$268,211,400	$0	$0	$268,211,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	57	$34,522,300	$0	$0	$34,522,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	158	$110,578,300	$0	$0	$110,578,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	178	$78,388,300	$0	$0	$78,388,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	90	$34,228,000	$0	$0	$34,228,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$10,494,500	$0	$0	$10,494,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 13)				522	$208,750,600	$0	$0	$208,750,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,435,700	$0	$0	$14,435,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$339,700	$0	$0	$339,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	150	$57,862,400	$0	$0	$57,862,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	56	$32,283,900	$0	$0	$32,283,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	79	$25,460,600	$0	$0	$25,460,600
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$617,700	$0	$0	$617,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$354,900	$0	$0	$354,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	27	$7,355,900	$0	$0	$7,355,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$994,600	$0	$0	$994,600
SALUD BOLIVAR	EPS047	901,438,242	5	1	$174,900	$0	$0	$174,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$11,908,800	$0	$0	$11,908,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	131	$55,482,700	$0	$0	$55,482,700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
TOTAL				522	$657,151,200	$0	$0	$657,151,200

2025/01/22 08:28 AM

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2876795
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	24	15:21
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	10	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 7f2695d3bde683035ec750701f5b9a0f390ac8e2ae51604a97fad8e0c312b8f3a653114070f54c24934ab160c861c8a7

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 814652-1
DOCUMENTO: 03-1155450-010

PACIENTE: GARCIA RODRIGUEZ EMMA ISABEL
ID: CC 35523684
TELEFONO: 3052740106
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9005889

FECHA INGRESO: 2025-01-24
FECHA EGRESO: 2025-01-24
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 10/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2876795-010 Prog: cayfac Usuario: foreroy YUDI FORERO 2025-01-24 15:21:30

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-24 15:21:49-05:00

Firma Digital:
v8uDnLxZ42Npwv7xNOWufp4frQlXl3nluYr0Ut7Sz7Ykz3KRs4ZCzhmBj6nAXuzB5T7ddI6w9WBj99ewoI+Dc2gyxKNV7bDTJWi8T5v+y/dEG0mjmNsc7O9jdeN6UF8j712jOW/2o98TUZ/pksDlXwuyjOATLR/3JL77+1NpQpsECkHBaIh4
Fgct8IUWlvmxFL6CSJWTHD+P6kIt9X3OWTN9YzdRvFFEjGav76OAiU5qNWKKDMnyfPdUEZF0IBJok8azYMuwvqvnlR5c0wyNvt6cn8c1ubC7Xeuu6aX1+x8PshPOUUEXAxmMhrioPrsgCK6IvpEUrQ88I9XfM0Nlw==

ASTAF
Auditoría

Miembro Independiente de
PrimeGlobal
www.primeglobal.net

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de diciembre de 2024 y planilla del mes de diciembre de 2024 pagada el día 16 de enero de 2025, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respecto al pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de diciembre del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

Mi firma como revisor fiscal se limita a la información de carácter contable según la ley 43 de 1990, la información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañía y va ligada contra soportes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación especifica, firmado a los veintidós (22) días del mes de enero del dos mil veinticinco (2025), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Camila Angel

Camila Andrea Ángel Gaitán
CC.1.010.005.989
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 316.687-T
Miembro de Astaf Auditores y consultores contables S.A.S

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@iolr.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869127
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	06	06:27
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	20	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : cddb4058ae289f43bdbbc794bd2cb0bd01c90832062aa297b15b20323eeb9403cdee56c52a0cfdfbbef5987e25afb711

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 811421-1
DOCUMENTO: 03-1144830-010

PACIENTE: GOMEZ CHAVEZ MARIA RUTH
ID: CC 26548994
TELEFONO: 3142744394
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

FECHA INGRESO: 2024-12-22
FECHA EGRESO: 2024-12-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	2,00	159.800,00		319.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 20/02/2025

SUBTOTAL	319.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	319.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	319.600,00

SON: TRESCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869127-010 Prog: cayfac Usuario: urregoa ANDRES FELIPE URREGO GOMEZ 2025-01-06 06:27

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-06 06:28:13-05:00

Firma Digital:
zPrLQUIIFfrle8ZBo3/g6OOwiEYldPRR54Eptv6y50ir5ht+oQGsd1h+O1h+3+zLlqijcIZ9JffPAw6y7I5J0IyWfdrLzrxGC7cFlOe28QgMqHcaxJIgUa5kHlpVSb3gm8wRilsuI4+lkOu0NsQS2NJ2hGwHp1XONQz0WKHofKcclGGVyCIIPqsJU2uW
S4629mb06WcYbwuY+zBv9vRbhQc2dSvNC6QlFBZN1qwLABqupZ371pMJJbLfX8t+6cksnLNLBDkZyFFYwrMdct96wzkc7eAp5ueEUD0X3f/nxCY5NhdSZBNcVXXDGXqlIPaypMaOSsLm/AAtFZEEHttUUA==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2878455
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	29	08:49
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	15	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 38b79f1a22242d0ec0907fe1977212ecc84274ec842c69b56b2f2744c8afebd4acbb0c95f38cca4ccf57847edabd29b4

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-3
DOCUMENTO: 03-1157225-010

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
TELEFONO: 3212892845 PRINCIPAL
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1

FECHA INGRESO: 2025-01-29
FECHA EGRESO: 2025-01-29
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)-JUNTA DE ESPASTICIDAD-UND:NAR	1,00	938.500,00		938.500,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 15/03/2025

SUBTOTAL	938.500,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	938.500,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	938.500,00

SON: NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

:nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2878455-010 Prog: cayfac Usuario: lcastro LISIBETH DEL CARMEN CASTRO BELLO 2025-01-29 08:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-29 08:50:16-05:00

Firma Digital:
vGv2Dxeq8m0ZkAD+yD9JlkaYC+DR5HowP8buf2JiofeWVK5uC57sJnaaWq5U9yvxXH4uy4j1G2FctLj+nF/megEbLRorJ55SfHxYwmjJEpSYYaGQsuSQsBE2u1xFEp8ol0w1VsSMav9VaMNCu99VZck0er8HkMvX0XwKCCwOkxC9eigxpO8
YCyP6iW/WBehTJlICTw0KeNLDNc8UTn7/UYuuTT4o3EB1wTIYtsweG9fXH4Mts7gwnA/RfRhrfD0lD2Ge542wP7Ht9+b+BVVFLDA34OQK9IOHeYAiyUyqPRs5BhPtYZiZEE0SVo7AyFsq935ORDw8ggfBLg7nGR1P8w==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2875616
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	22	16:18
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	08	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 940872193aeec3b8593e76387b9e2ea8ca548541b0409b3ea33804834789248d51a015ff1d8a7c0a2a18f4b335971bc1

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418

PACIENTE: DIAZ BLANCO ANA VIRGINIA
ID: CC 33447985
TELEFONO: 601 7474413
AUTORIZACIÓN: 8997889

FECHA INGRESO: 2025-01-22
FECHA EGRESO: 2025-01-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 813823-1
DOCUMENTO: 03-1154386-011

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 08/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2875616-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-22 16:18:45

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-22 16:19:06-05:00

Firma Digital:
EOZ+CIZY58A4I1WzGEC3iR8nyEf2gkqsbGTPOzse2cEhwJG2PySNZraolgvD2/TkaVr9w6dIy6r4ch1/UYDMDg1MlMQqLXHxJ+ZhDDlGab2qZ5Oa/Wvd4J/FE6/8DWl24sNl+HB9xJL0dg7IH+xMRcRXmvvNTS7N3h4IXIlPl4BcAt5hE6UxJ7
kr/eogkN+XJWdW/MxoXbcLyOtoBygSSBD/rgLeWbG3J8dpv0eHDLAIMpsu/qd1eWDlEhznAr0OWUnTAoGxBa5OcIojP7QcftF0xAOuxIkHuilkWrMbWb3e9+fHdNm1l8i0V6geuS7Gef+L5w1nnRSGKcfdQd/WNA==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2875606
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	22	16:06
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	08	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 709f209f8852291a2d94029e0585613512476 6f40a5b778ebc0f9ca80db222ff0e57056c967dbc823d2171188995ea02

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418

PACIENTE: SANCHEZ FERNANDEZ DORIS SORAYA
ID: CC 51804403
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9029926

FECHA INGRESO: 2025-01-22
FECHA EGRESO: 2025-01-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 807924-1
DOCUMENTO: 03-1154380-011

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 08/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2875606-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-22 16:06:50

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-22 16:08:25-05:00

Firma Digital:
xJmAdnZDTgkHtQcpri3Hk2E61xMz4Lj2/ITvJC+Wgk0S/64R06UyhaECzCJa3ZdnFQFrBAFlScFgJAQaXGZAv1OKeln4LGrQANPRv1uCIt3vh+GONuxau9HtK/C9DlUtZkhxyPXicCB7lCvVEiFJptuec/fQaQmPRc21gANUbjOdQ+TC6upqA3F DWKX0xo6Jh9lwOgRUN5vxJ/pTYRMprzFBu3K9O1i4fdZdIIFgXAIo0wHRDh+GNMJHBl71TMtAhBZ4gt3JlGuzuICf2eSUFJJK0smkFwJ+43n1jMvwtGq8kN24GNZHc1oHbNQzjQ3b7P5OCuBOfDM5nqoaoEKnMw==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2876495
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	24	10:59
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	10	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 9b3b2062912535e2a13fe20a9d6076adffb647a9423c4026030091e509e6f193bb05b1732c74e58a03ea9beef5d847d0

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 811110-1
DOCUMENTO: 03-1155404-011

PACIENTE: SANDOVAL PEÑA EDWARD CAMILO
ID: TI 1050097999
TELEFONO: 3232425614
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8770327

FECHA INGRESO: 2025-01-24
FECHA EGRESO: 2025-01-24
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 10/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2876495-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-24 10:59

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2025-01-24 11:00:56-05:00

Firma Digital:

nI30GhYo7+KMFYdsnAdAKJnWGshzBpA1yna6TuEuHvN5+SuYNd+dpVTaj9k1gXJJN2+XgWmRpyMw4W6+GJH9CBUsIPhBVdm5LOEpgi0vyX8xTqGxPlYaHGWQitoz4S1G3ww+8bwqcGhAHQ2hXNWyvSKMwSEQR8yW/TReOx6i3rlwx
pjKSZLJda41gN7zfZM9+eS+3nCgL6W0PT9XKYHDY+Jx3PvuI+YZZ4qXHUtH/AmQvfQCOV1QSx1HvUrXNhBIP/unC6UtL1SQCB+Jo/ljcAix6WP1j6NqmNm54gZBX+u4zFFZt7cHadobXKr/rjnLZIwJT3O5MRPTxF2PnDK5Jg==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 64166

Consecutivo de Envío Nro. 337

BOGOTÁ, 29 de Enero de 2025

Señores:

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524

CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO

BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	21 - 2869889	2025/01/08	811502	JUAN FELIPE CAMARGO PENAGOS	15,340,800.00	
			Número de Documentos 1	Valor Total: $	15,340,800.00	

Valor en Letras: QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

≡ DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SALIR DE RECUM (../Vista/frLogin.aspx)

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606579	Fecha Pre-Radicado	2/
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1
Cantidad de Facturas Registradas	1	Vlr Fin de Cargue	
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
1	8038065	2869889	1/8/2025 12:00:00 AM	1025526696	CAMARGO PENAGOS JUAN FELIPE	$15,340,800.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606579	Fecha Pre-Radicado	2/3/2025 8:47:27 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$15,340,800
Cantidad de Facturas Registradas	1	Vlr Fin de Cargue	$15,340,800.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

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

ASTAF
Auditoría

Miembro independiente de
PrimeGlobal
www.primeglobal.net

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de diciembre de 2024 y planilla del mes de diciembre de 2024 pagada el día 16 de enero de 2025, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respecto al pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de diciembre del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

Mi firma como revisor fiscal se limita a la información de carácter contable según la ley 43 de 1990, la información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañía y va ligada contra soportes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación especifica, firmado a los veintidós (22) días del mes de enero del dos mil veinticinco (2025), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Camila Angel

Camila Andrea Ángel Gaitán
CC.1.010.005.989
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 316.687-T
Miembro de Astaf Auditores y consultores contables S.A.S

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	A - 200 O MAS COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1198826568	9480224430	E	2025/01/20	2025/01/16	BANCO POPULAR	0	$657,151,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				489	$268,211,400	$0	$0	$268,211,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	57	$34,522,300	$0	$0	$34,522,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	158	$110,578,300	$0	$0	$110,578,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	178	$78,388,300	$0	$0	$78,388,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	90	$34,228,000	$0	$0	$34,228,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$10,494,500	$0	$0	$10,494,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 13)				522	$208,750,600	$0	$0	$208,750,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,435,700	$0	$0	$14,435,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$339,700	$0	$0	$339,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	150	$57,862,400	$0	$0	$57,862,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	56	$32,283,900	$0	$0	$32,283,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	79	$25,460,600	$0	$0	$25,460,600
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$617,700	$0	$0	$617,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$354,900	$0	$0	$354,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	27	$7,355,900	$0	$0	$7,355,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$994,600	$0	$0	$994,600
SALUD BOLIVAR	EPS047	901,438,242	5	1	$174,900	$0	$0	$174,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$11,908,800	$0	$0	$11,908,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	131	$55,482,700	$0	$0	$55,482,700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
TOTAL				**522**	**$657,151,200**	**$0**	**$0**	**$657,151,200**

2025/01/22 08:28 AM

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869889
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	08	15:23
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	22	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 0f27589d23497fe47873d7f5a80ad5d8b61fb682e299503d22201cec648ae39918194df95d03651f9704abfa98373116

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 811502-1
DOCUMENTO: 03-1148318-010

PACIENTE: CAMARGO PENAGOS JUAN FELIPE
ID: CC 1025526696
TELEFONO: 3114594905
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8687564

FECHA INGRESO: 2025-01-08
FECHA EGRESO: 2025-01-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	96,00	159.800,00		15.340.800,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 22/02/2025

SUBTOTAL	15.340.800,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	15.340.800,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	15.340.800,00

SON: QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869889-010 Prog: cayfac Usuario: albap PAOLA ANDREA ALBA TUTIVA 2025-01-08 15:23:21

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2025-01-08 15:23:45-05:00

Firma Digital:
EbTqZ5aCpE6HArelmmJcMn7nugoKZytEdTwkZfbPvTVINumjE116XrdZERBv57lu5tMdwqG6GEqG86PkBYp43LRa5JcuRl+oexJJ01di5wcpseHynxSSORrXK5w3Y/p9hKPUTJSL29YKcfaXmryK0m6qU3qi4z/IPr64TBhxq6G9e7K2c+wW1O
8SdvPbulezCDU8c+dOyHd1yVT3EvtruJC2TNrW17tFZOEE/XJLuXuFXlaGRlqPHhacI+Eslrx8tQd4LjazUKIh6evoXrBo3ttn2vWSrZTEkoK2Y7FxNWrD01S1seT2x7qfRFKz1OqUUEHFGYdX7tNU+2EZe9su6A==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010
NIT. 860013874
Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 63932
Consecutivo de Envío Nro. 334

BOGOTÁ, 16 de Enero de 2025

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524
CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO
BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	20 - 2870002	2025/01/09	808092	JOHN JAIRO GONZALEZ ALMONACID	607,939.00	79660188
010	20 - 2870006	2025/01/09	750250	MARIA AGUEDA OVALLE CASTILLO	526,412.00	20194394
010	20 - 2870031	2025/01/09	756210	BLANCA EVA ARIAS DE ARIAS	678,600.00	41475812
		Número de Documentos 3		Valor Total: $	1,812,951.00	

Valor en Letras: UN MILLON OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

ASTAF
Auditoría

Miembro independiente de
PrimeGlobal
www.primeglobal.net

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de diciembre de 2024 y planilla del mes de diciembre de 2024 pagada el día 16 de enero de 2025, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respecto al pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de diciembre del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

Mi firma como revisor fiscal se limita a la información de carácter contable según la ley 43 de 1990, la información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañía y va ligada contra soportes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación especifica, firmado a los veintidós (22) días del mes de enero del dos mil veinticinco (2025), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Camila Angel

Camila Andrea Ángel Gaitán
CC.1.010.005.989
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 316.687-T
Miembro de Astaf Auditores y consultores contables S.A.S

≡ DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SALIR DE RECUM (../Vista/frLogin.aspx)

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606539	Fecha Pre-Radicado	2/
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1,
Cantidad de Facturas Registradas	3	Vlr Fin de Cargue	
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
3	8037991	2870002	1/9/2025 12:00:00 AM	79660188	GONZALEZ ALMONACID JOHN JAIRO	$607,939.00	Aceptar	Eliminar
2	8037989	2870006	1/9/2025 12:00:00 AM	20194394	OVALLE CASTILLO MARIA AGUEDA	$526,412.00	Aceptar	Eliminar
1	8037988	2870031	1/9/2025 12:00:00 AM	41475812	ARIAS DE ARIAS BLANCA EVA	$678,600.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606539	Fecha Pre-Radicado	2/3/2025 8:06:16 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1,812,951
Cantidad de Facturas Registradas	3	Vlr Fin de Cargue	$1,812,951.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGII		

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

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	A - 200 O MAS COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1198826568	9480224430	E	2025/01/20	2025/01/16	BANCO POPULAR	0	$657,151,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				489	$268,211,400	$0	$0	$268,211,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	57	$34,522,300	$0	$0	$34,522,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	158	$110,578,300	$0	$0	$110,578,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	178	$78,388,300	$0	$0	$78,388,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	90	$34,228,000	$0	$0	$34,228,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$10,494,500	$0	$0	$10,494,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 13)				522	$208,750,600	$0	$0	$208,750,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,435,700	$0	$0	$14,435,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$339,700	$0	$0	$339,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	150	$57,862,400	$0	$0	$57,862,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	56	$32,283,900	$0	$0	$32,283,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	79	$25,460,600	$0	$0	$25,460,600
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$617,700	$0	$0	$617,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$354,900	$0	$0	$354,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	27	$7,355,900	$0	$0	$7,355,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$994,600	$0	$0	$994,600
SALUD BOLIVAR	EPS047	901,438,242	5	1	$174,900	$0	$0	$174,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$11,908,800	$0	$0	$11,908,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	131	$55,482,700	$0	$0	$55,482,700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
TOTAL				522	$657,151,200	$0	$0	$657,151,200

PLANILLA PAGADA

2025/01/22 08:28 AM

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2870002
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	09	11:36
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	23	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : d3c1af3edddf0754a2c3d837fbb3f7ba14aa857749b6ce70211599415ad3e55e3a956cb572c3e3edb3435e5e4240d5b9

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 808092-1
DOCUMENTO: 808092-1

PACIENTE: GONZALEZ ALMONACID JOHN JAIRO
ID: CC 79660188
TELEFONO: 3148215826
POLIZA: 79660188
AUTORIZACIÓN: 8902123

FECHA INGRESO: 2025-01-08 12:01:00
FECHA EGRESO: 2025-01-08 16:30:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	339.300,00		339.300.00
2	ART27	SI COMO APOYO A LA PRACTICA DEL PROCEDIMIENTO ES INDISPENSABLE LA UTILIZACIÒN DE FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES:$46305-UND:NAR	1,00	220.100,00		220.100.00
3	DG08205	ELECTRODO MONITOREO PEDIATRICO 3M REF 2248-50-UND:NAR	3,00	4.604,00		13.812.00
4	DG09501	EXTENSION PARA ANESTESIA PEDIATRICA X 75CM SHERLEG-UND:NAR	1,00	34.727,00		34.727.00

TOTAL LÍNEAS: 4

OBSERVACIONES:

Plazo: 23/02/2025

SUBTOTAL	607.939,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	607.939,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	607.939,00

SON: SEISCIENTOS SIETE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2870002-010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2025-01-09 11:36

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-10 03:16:49-05:00

Firma Digital:
1/XtYls884hpv1DWlXxGWX59ZXPJjQCJE7/m1JscpZ8vvPx5CPXNfRjmjwrYy5G23XRb4z1qHW9s2kHNuQAHB88V005ZBi/9UuiJkTbTYD8iY4XUTnI+uxlQKHsRua03OadEOLVd2oA0yHYJbt6q4bjlFj5qY1ZpyX1JizogkNnThagRKLF4iY3IVou/Q3DxM0goLR40acIvIT6Zut5G8mgRmf7tlrInEUGquRJxTSvxf4zCf8OBljcrnpQAdwOQzmFGbY1Am/N0Kt6sRD8p+Ly7xRD/B8mDMFPgj0a77MsRS1Ke5dUh/dI3wE00utsFwfDYOqdMVsbRVGU3W3RIrg==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2870006
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	09	11:44
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	23	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 45fd13cbf3142bc2bca6f3bac85085f8a97590839457b64c59fa23dfb54eab40231952e6052ad1ad4cf60fb35ff2a50f

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 750250-2
DOCUMENTO: 750250-2

PACIENTE: OVALLE CASTILLO MARIA AGUEDA
ID: CC 20194394
TELEFONO: 3112048187
POLIZA: 20194394
AUTORIZACIÓN: 8597660

FECHA INGRESO: 2025-01-08 13:33:00
FECHA EGRESO: 2025-01-08 17:44:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	339.300,00		339.300.00
2	881702	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION-UND:NAR	1,00	173.300,00		173.300.00
3	DG08205	ELECTRODO MONITOREO PEDIATRICO 3M REF 2248-50-UND:NAR	3,00	4.604,00		13.812.00
		TOTAL LÍNEAS: 3				

OBSERVACIONES:

Plazo: 23/02/2025

SUBTOTAL	526.412,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	526.412,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	526.412,00

SON: QUINIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ

FIRMA Y SELLO EMISOR

FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2870006-010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2025-01-09 11:44

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-10 03:18:09-05:00

Firma Digital:
M+arK5KD9kdxX5J8yJLbZ6c/ze6H+JRcV9/b2qJGp3DDB7bWMBAhGBeuxxPsFV7MLfnJzH9RsS6MnQCrgixLBdcZhQBvUjVPTHuoVVMUITNCcpeDOcdNpVVH4M/+NTsBl1o3MImGl8nS5JZ1mXkAUqRjowhHCnhQ+97rccUDO/XScUrvO4
gCqin3byK4Lwpheo3qkiO3mGWdqjf9qrT4FSIXE2euV4Q4soubRJfO83mXWknCs8aL9vEpBtB9fjnzOmOGwvbB8iaE0IwmHYyFaaTwGpZIrNhqGY5gaw5GxmUTy+xytCdzJ4KcNiCzI0GI9X1dF+rfwP0tqJ6fMqHbrg==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2870031
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	09	15:56
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	23	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : e458816a3530294ddcac9d77d5fa486c1d5a27114ba3e8fc8c5bd0f119415096d82091f6cc9bae558c8e495b65c3472b

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 756210-2
DOCUMENTO: 756210-2

PACIENTE: ARIAS DE ARIAS BLANCA EVA
ID: CC 41475812
TELEFONO: 3232510008
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 41475812
AUTORIZACIÓN: 8597823

FECHA INGRESO: 2025-01-08 13:04:00
FECHA EGRESO: 2025-01-08 17:19:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	339.300,00		339.300.00
2	053101	BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	339.300,00		339.300.00
		TOTAL LÍNEAS: 2				

OBSERVACIONES:

Plazo: 23/02/2025

SUBTOTAL	678.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	678.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	678.600,00

SON: SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

/enio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2870031-010 Prog: cfafac Usuario: jacruz JAVIER ANDRES BOHORQUEZ CRUZ 2025-01-09 15:5(

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-10 02:55:00-05:00

Firma Digital:
GwgD9H17GBc6xG8Br5tgIV/MM+4ShTcxN16Aj5PU2MTeIBpkZnL3/FAA/yKynBCJrLa/4vbKxZBLYvK1JkHLOdK462yuZzCjp5uxvSjcuCnqJD9MuByqzIGd2gSVxT/ovw9tVupWBFaGuKJ9oXzNaFN80baXsI31YqHc8ayVdHsR/2vMY+tv6+
KOCT+cl4lANr5ab+urUzIo+JT7oimyfic3ABPW2G14/UQu8h6mswpiOOC733O8H+B3FrDPQgqH9AwEA/L6J9kYLXG37HYhUrMVq3lH9l4bZCU0Tx5ENkQjdErVDug61xlvnEWSmnSBrtKCbmeEQ00Qp0KhGqIYRA==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 63933

Consecutivo de Envío Nro. 335

BOGOTÁ, 16 de Enero de 2025

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524
CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO
BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	21 - 2868660	2025/01/02	811901	IVANNA CAMILA CUATIN SUAREZ	958,800.00	2
010	21 - 2868896	2025/01/03	599266	JESUS JACOB DAZA ENCISO	92,600.00	
010	21 - 2868840	2025/01/03	812786	ANGELA MARIA SANABRIA ACOSTA	111,400.00	
010	21 - 2869674	2025/01/08	672788	ALISSON GERALDINE GOMEZ LANCHEROS	75,000.00	1
010	21 - 2869230	2025/01/07	672788	ALISSON GERALDINE GOMEZ LANCHEROS	92,600.00	2
010	21 - 2869095	2025/01/04	811899	EMMANUEL CUENCA MARTINEZ	1,917,600.00	1
010	21 - 2871493	2025/01/14	768830	GABRIELA MANCERA HERNANDEZ	92,600.00	2
011	21 - 2869841	2025/01/08	813369	SALMA SOFIA ANGULO ALVAREZ	92,600.00	
011	21 - 2869885	2025/01/08	809179	JUAN SAUL CARO	92,600.00	
011	21 - 2869851	2025/01/08	810482	ANIBAL VILLAMIZAR SERRANO	92,600.00	
011	21 - 2869280	2025/01/07	812930	ZAHIRA VALENTINA CIPAGAUTA DURAN	92,600.00	
011	21 - 2869820	2025/01/08	784794	ANA MARIA RODRIGUEZ GUTIERREZ	92,600.00	
011	21 - 2869977	2025/01/09	744956	LUIS CARLOS GARCIA GARCIA	92,600.00	
011	21 - 2869905	2025/01/08	807644	CLARA EUGENIA MAECHA	92,600.00	
				Número de Documentos 14	Valor Total: $ 3,988,800.00	

Valor en Letras: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

ASTAF
Auditoría

Miembro Independiente de
PrimeGlobal
www.primeglobal.net

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de diciembre de 2024 y planilla del mes de diciembre de 2024 pagada el día 16 de enero de 2025, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respecto al pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de diciembre del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

Mi firma como revisor fiscal se limita a la información de carácter contable según la ley 43 de 1990, la información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañía y va ligada contra soportes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, firmado a los veintidós (22) días del mes de enero del dos mil veinticinco (2025), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Camila Angel

Camila Andrea Ángel Gaitán
CC.1.010.005.989
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 316.687-T
Miembro de Astaf Auditores y consultores contables S.A.S

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	A - 200 O MAS COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1198826568	9480224430	E	2025/01/20	2025/01/16	BANCO POPULAR	0	$657,151,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				489	$268,211,400	$0	$0	$268,211,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	57	$34,522,300	$0	$0	$34,522,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	158	$110,578,300	$0	$0	$110,578,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	178	$78,388,300	$0	$0	$78,388,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	90	$34,228,000	$0	$0	$34,228,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$10,494,500	$0	$0	$10,494,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 13)				522	$208,750,600	$0	$0	$208,750,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,435,700	$0	$0	$14,435,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$339,700	$0	$0	$339,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	150	$57,862,400	$0	$0	$57,862,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	56	$32,283,900	$0	$0	$32,283,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	79	$25,460,600	$0	$0	$25,460,600
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$617,700	$0	$0	$617,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$354,900	$0	$0	$354,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	27	$7,355,900	$0	$0	$7,355,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$994,600	$0	$0	$994,600
SALUD BOLIVAR	EPS047	901,438,242	5	1	$174,900	$0	$0	$174,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$11,908,800	$0	$0	$11,908,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	131	$55,482,700	$0	$0	$55,482,700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
TOTAL				**522**	**$657,151,200**	**$0**	**$0**	**$657,151,200**

2025/01/22 08:28 AM

≡ DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SALIR DE RECUM (../Vista/frLogin.aspx)

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606543	Fecha Pre-Radicado	2/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$3,
Cantidad de Facturas Registradas	14	Vlr Fin de Cargue	
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
14	8038034	2868660	1/2/2025 12:00:00 AM	1073387150	CUATIN SUAREZ IVANNA CAMILA	$958,800.00	Aceptar	Eliminar
4	8038035	2868840	1/3/2025 12:00:00 AM	1023402633	SANABRIA ACOSTA ANGELA MARIA	$111,400.00	Aceptar	Eliminar
11	8038030	2868896	1/3/2025 12:00:00 AM	1020004541	DAZA ENCISO JESUS JACOB	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
13	8038033	2869095	1/4/2025 12:00:00 AM	1033123267	CUENCA MARTINEZ EMMANUEL	$1,917,600.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606543	Fecha Pre-Radicado	2/3/2025 8:13:02 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$3,988,800
Cantidad de Facturas Registradas	14	Vlr Fin de Cargue	$3,988,800.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

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

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@loir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2868660
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	02	13:47
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	16	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 53b2faf82fcacc52ef8a0c23f281d69116bfd5d3e9bf969ed03e9c53c19017965f2f952c62d06d8b663b1904c6984f86

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 811901-1
DOCUMENTO: 03-1146714-010

PACIENTE: CUATIN SUAREZ IVANNA CAMILA
ID: RC 1073387150
TELEFONO: 3176899250
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 2
AUTORIZACIÓN: 8681387

FECHA INGRESO: 2025-01-02
FECHA EGRESO: 2025-01-02
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	6,00	159.800,00		958.800,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Erika Julieth Urrea Sa... Auxiliar de Facturación
INSTITUTO ROOSEVELT

Plazo: 16/02/2025

SUBTOTAL	958.800,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	958.800,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	958.800,00

SON: NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

onvenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2868660-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-01-02 13:47:3

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-02 13:47:58-05:00

Firma Digital:
JMYEucakPIqcmZ4N77YIb2NtU8bbP5xmWX28UR1JJVFvrBfwOfr+20JZ87BkFX4E2Ln8eLW2zCKFFaXI6uIGoEcUF9Hqo6/MyovcAMujnW47EbJof8ABtrIp3tmKXV7C1KwHEy/hCS+RZuLE5jqFec/eFwCQ+AJKFTWHkpLLdftHE9cz8Tnnrh
aUGun+CPNRcA4w7nJ5XLdrCbbaZJR521BAMFlaKJC5slsF1MiW7KEWToFNLtflHvzkc6mQD7akxYwgJ1ZGdOaS6PzTVyjlFEiReA/N0+rT4+7LKHIvVSk0CD1W6HBYpazQfRgHIxaHdk8S0Z6WkrZaLtdepMV6Hg==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutorooseveit.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2868896
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	03	10:34
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	17	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : bef4e2e8d7c594f019ef812152e97d223e7d97e15c07fa30129e2bb83807446674856ed084d997d30fd1ddac7a672342

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 599266-1
DOCUMENTO: 03-1147016-010

PACIENTE: DAZA ENCISO JESUS JACOB
ID: TI 1020004541
TELEFONO: 3229469679
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8860604

FECHA INGRESO: 2025-01-03
FECHA EGRESO: 2025-01-03
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA-NEUROLOGIA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2868896-010 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-03 10:34

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-03 10:34:55-05:00

Firma Digital:
le73z511HsIjQnK1YvZD3bZxMdeth45WeYFIXLcOBYrYPpRxQrns5DAMqXWOvVAlpeUL/FMAVITMpEC/439D1JWkhXFHeEXDcKlg6kywOH6uYkHo2VFqQ6A14WJMyqrLmdQRjlrC+sYg4r8Q03o4hjzlrCSQ/h43LzNcxMepxwoqGdPu8x7D
YZXI58KiQI3H4AuETpqWjGRSqYCpJmJd6IHBOEk8AIBcaz5uwzPVEsf3tdSHCHPM60214+2wcAXT8eFccEVeRhowhvFRcRByMZEE9a6wBQUK6Mn7mLhrzTiEB8D+gfgE6D+Qpgu8MYEQ3knyh6zu5buWDvjIXQTLqOA==

INSTITUTO Roosevelt

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2868840
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	03	08:22
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	17	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 8c81acf4f13213e31e86fa63ed01d3192897c26d0712acdb8ec2676acbaa10efd9a02dc06102f6f73514caf8969be94a

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 812786-1
DOCUMENTO: 03-1146947-010

PACIENTE: SANABRIA ACOSTA ANGELA MARIA
ID: TI 1023402633
TELEFONO: 3114968312
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9016908

FECHA INGRESO: 2025-01-03
FECHA EGRESO: 2025-01-03
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO-UND:NAR	1,00	111.400,00		111.400,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/02/2025

SUBTOTAL	111.400,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	111.400,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	111.400,00

SON: CIENTO ONCE MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2868840-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-01-03 08:2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-03 08:23:13-05:00

Firma Digital:
ednFg4/F2nh7xYsDIV48XtfNC4HG8hhBorJUzNNrPcZZDCP/dd8mA1NOY6A3pUkxQ370ALkJsuHrm6tM1TvgX/apO3mkSCFMkEGwaiKZnV7NaapWyJVGV1NRTDTazioxTDpHsknmY2YeNLSCmS8BdAPCKgbbJRMEhp3onqqpfkK1bX2Aq09kH61HSBXMw0sQjqE0jZtb/GTLXjIChOI6nAEpKAzsCOOTR+euMIRj19tPR26wKZvawW2ogm02Pz7y2EUilq58e6PwtQKL4Q46J3yRRO40r6hg+/AccjWY7wTZ8TKH4ghFMv35QzyHkM2Aey1M0ss7fCdHAU6shb4xIQ==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869674
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	08	09:40
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	22	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 16b767b5ae56f50e019327007be7b008d9944531338b99c240012d776d66019bd225a084e6dfc7206c498208c88a9f3a

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 672788-1
DOCUMENTO: 03-1147999-010

PACIENTE: GOMEZ LANCHEROS ALISSON GERALDINE
ID: TI 1053341183
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 9005741

FECHA INGRESO: 2025-01-08
FECHA EGRESO: 2025-01-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	75.000,00		75.000,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

Erika Julieth Urrea Sáenz
Auxiliar de Facturación
INSTITUTO ROOSEVELT

OBSERVACIONES:

Plazo: 22/02/2025

SUBTOTAL	75.000,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	75.000,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	75.000,00

SON: SETENTA Y CINCO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869674-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-01-08 09:40:2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-08 09:40:48-05:00

Firma Digital:
RfTHOVquEWgJCCOooBfpF+IIzJVCQFpDBtv8Upp+4oMHZqX+lOzlQdENZsonfQ21XSo7v8lx4hH9maEIhd2WeUrYwKMBFxQr1XroRPv2gO5aE4KAC1BADKVidRrH3bqprHdSJvYNN2DeRHOtvpurEpeTVL5q9oG77Kh0kYpbgX0QN8O/SH
U52DBBsRWyoC8nni9hFPLSHuEBFfY1Zb0JjPlAXs8EKKp3RHyd3QF2ra1R3hrkV619VeEFhqywKRBOhR520Sm77x2GdM/RDoivuI2kN03O68NB9E8V3S9dMDZMoPs4++El7xMzDGZVbGRJfxJz7mPdwPnLLRg8yAGSGBw==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869230
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	07	08:07
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	21	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : c2e55096298858c774d25f1e18b4559dc4658210a617dcef3a9019f12ebc788fd0117f623f331d73c57a897f3f9d2500

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 672788-1
DOCUMENTO: 03-1147318-010

PACIENTE: GOMEZ LANCHEROS ALISSON GERALDINE
ID: TI 1053341183
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 2
AUTORIZACIÓN: 8985659

FECHA INGRESO: 2025-01-07
FECHA EGRESO: 2025-01-07
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA-PEDIATRIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Erika Julieth Urrea Sáenz
Auxiliar
de Facturación
INSTITUTO ROOSEVELT

Plazo: 21/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

onvenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869230-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-01-07 08:07:0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-07 08:07:27-05:00

Firma Digital:
JQFaxo0LvodacnIv7roTwWLkvUCUCPPC7smY...y/YRlA6X3O53R2da52S1LgxAtmq969YeRqNISUYbCPdEd5xO646pH7HRVoNerERQBvL9FXotDuLQ/glQ15RAUunTP8KUALqjf/ceaKnizpFeDloH9ZaIDPN3O1CLpdoBE0YIKRsmP9Gkcmre
eVo1ps/F/zlOW7Z9GfYYtTWbtx9ALdIIgk6wee2ag74UT144TebBth8l/bPxn+nmBCx+0nvz8v4srTR3WgzqhNMHis+KZ6dzgaey/eCN0GhcrJP7zqnaF8ecTq5JP/6GFZ8gibyUHiPnjk8xsw6S06scLw3+F6t0Q==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869095
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	04	15:57
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	18	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 591aa1c0bcbf497d43740286f11e4db37d375a6f727aeda232a0f4ed0ce897c08d1b140bec0483b41251a344c4f335db

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 811899-1
DOCUMENTO: 03-1146827-010

PACIENTE: CUENCA MARTINEZ EMMANUEL
ID: RC 1033123267
TELEFONO: 3223547915
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 8681331

FECHA INGRESO: 2025-01-02
FECHA EGRESO: 2025-01-02
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	12,00	159.800,00		1.917.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 18/02/2025

SUBTOTAL	1.917.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	1.917.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	1.917.600,00

SON: UN MILLON NOVECIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

'enio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869095-010 Prog: cayfac Usuario: dsantamari DANIELA SANTAMARIA CHAVEZ 2025-01-04 15:5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-04 15:58:01-05:00

Firma Digital:

Pq2JbfVBWLbFjrWwAcfJSmlUDonnxeLPs6gJ1PB/eGu51KDv8x6wlSHAeKtbPaKNZ/nsW/1j4gS6tCivJDzgnBiRKeh4lcFJBLb2TgvVjnzYmJLnI+X+Lx5ZpdQx74HJntAtWrArfsb/boOjHYMZaAJuHtKN8fY0mpUnh2NvPKZdBLEKjlOPyyLHXN
m//cq0RoyMa04Eh0CY4EjVNTPnUTkZxAOv02ymu1GxGk/TURyIXqsZkcL6RHRjcXmrgf6JhMVRXHItCNhZDTuJRISLPI+xYhyKtw1/HT3C+XiabHQymsSrf+tEAu1+plLz/5PsXqZQXFW4sIIUHa2WssVXPw==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2871493
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	14	10:33
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	28	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 6e41b42e15f2c2042158045dd68b8c5927768855355072a3ffb003bd6c16f41fa5562c0940225b7361ec58f553965690

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 768830-1
DOCUMENTO: 03-1150246-010

PACIENTE: MANCERA HERNANDEZ GABRIELA
ID: TI 1011224377
TELEFONO: 3057733213
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 2
AUTORIZACIÓN: 8859609

FECHA INGRESO: 2025-01-14
FECHA EGRESO: 2025-01-14
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00

TOTAL LÍNEAS: 1

★Erika Julieth Urrea Sáenz
Auxiliar de Facturación
INSTITUTO ROOSEVELT

OBSERVACIONES:

Plazo: 28/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2871493-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-01-14 10:33:0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-14 10:34:01-05:00

Firma Digital:
2tTfejsFyxocBbT94FRn3KgF6BzQBQ6oQxILdZyPNO+1JnPRrJ99HubpFCw2Ut34902mnIfHLa4UbcCo+17+CFMyJeUG/R6khb1RRng1dS0WfYk+ILz7dNl/J4uirl4NxtELAJfBhAHO9L8lxf0Q1MrpVcanboA6t2gFxr1aj8s/TD+6mtH+6jxGOk
nDl/hv+0JGPgWIpk/v91wq0cj7kMaS1lhDtFHm+6/oKcabCjwhGSNlo49mw9c/ryQbj8Tp2MjsIa+cpPYHI0OfUlczRw65OrAzFSQ1p2b8uzW7IK8WB++d8IBgNaEw7NJlsqqxtwCObQhUCeWkJOAZqcCbAA==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869841
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	08	14:21
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	22	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 31856700e5afc78c7ada89992fc7a244c535269437c8cc0da33a1d5b28ca8397a6d983b6f5a75dafe6e97ab646f70e32

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 813369-1
DOCUMENTO: 03-1148291-011

PACIENTE: ANGULO ALVAREZ SALMA SOFIA
ID: RC 1049663434
TELEFONO: 3213239854
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9005865

FECHA INGRESO: 2025-01-08
FECHA EGRESO: 2025-01-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 22/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869841-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-08 14:21

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-08 14:21:58-05:00

Firma Digital:
HmRQDkI5l0Xn+f7hmN3n9rLICFqMfYFMOqwZuXUlLq1hSIrBgVNLxlSZ10ecs+s5UQclTZSbeO/2QUsUhuu6Q+5Zzyxn2aO6yNJg/YTwe2MOntGfFxh6dEv1pjaPpKQxY8O/ga3m3hiK68Kqg4B3IVJyWpJG5CRSq3ghYgQ7Bj70pGdOf0X7
SyS0p71/ogpbjfZO0+srxOn7hXDHvKuFC6NB7ljVgFrW3YUn6Uorbi9V9OnV4ZEvCWRL2i58h6OzdRCr4H6gA6t0KJJfi/ajZSWArZxQ+YLwcnxIIi9/jr1ykQWOQjMf9FoJUoEpzBu6Cg2b4Stgd/fhuzO6VfZpvw==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869885
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	08	15:16
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	22	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : b919e7a2e3d177ea64c37d2ea2d0839ae6c2acf7e90d0f6c597a3ec1f69c5bc5d60c1398e90429589f0a5a8ec9f99de1

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 809179-1
DOCUMENTO: 03-1148316-011

PACIENTE: CARO JUAN SAUL
ID: CC 437490
TELEFONO: 3204056562
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8831848

FECHA INGRESO: 2025-01-08
FECHA EGRESO: 2025-01-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 22/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869885-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-08 15:1(

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-08 15:16:36-05:00

Firma Digital:
PKbtiCYYBDQks6TpI00pqZmWmyn40x5QjMz/ea1OA8vWBGZ+CsQHjIjeJf+FNlHoS8kOAOCR300X+zNWASRe0BzE01iwquFub7KI787Px8W0ian+xipz8MAWMiegLsYKjLcOYZ34MI7Lj/cSKYrOXF2OMvrByCI2IzGm6usIaB0YKGgkMK2
3bgWlaVqjo9mQuWOJsM6Ft/6ogQeAI3Hihd1PAeSpTSgvô4zMV5hsDNfd4RJWKMN47d0VrS6YhyXjEJRr2w32MHXMAY0TSXy29izs46MzDydGmSNQ2TsxTrrTPHXWae+QrBZRX+DHmWZRZyVwwN7cRWH54JM9ogRI1A==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869851
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	08	14:34
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	22	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : ceecb8b40d2defc5a07998834389fa2f3b1a9a94b7a5668cb4964c52d6025fc0238e2011c8c2a8a190ca0f404ed15aee

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418

PACIENTE: VILLAMIZAR SERRANO ANIBAL
ID: CC 79693927
TELEFONO: 3108542951
AUTORIZACIÓN: 8882534

FECHA INGRESO: 2025-01-08
FECHA EGRESO: 2025-01-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 810482-1
DOCUMENTO: CS-1148300-011

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Sandra Milena Torres Avila
Aux. Facturación de Hospitalización
C. C. 52.521.967

Plazo: 22/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869851-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-08 14:34:55

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-08 14:35:23-05:00

Firma Digital:
yB8LGeKBT6lfalwsiP3+NUMomvUrlVnVnsjITtTWbE7ZaFNWmP/QAS1kg2uVudBQP1V1U1bcNdZU3vN4Kk1BIZXXs8EORP7Pwht48BDqsHhkhlbXMhLPsi2R0Z46R/YibV0GLKB70pcsSpkuLGtZovfIpdEnEv/KZlBcvuc3UB/TJSRRy1CorIlr
UQYeHRIW3q+x7psXdVoZ2wEPEa23L9M3EiEq137AI/xXR91SFOqLYfJb8BX2CmPgEdAfMF07MvPKp7HC+45oShLHg5RJPiZY7iV/lcPJs5XGU7x5wHJizkQdbSnFclf20oHJ1zn6+NOpTYsH6bG8DSgEqxfyw==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869280
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	07	09:16
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	21	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : f94845265c26561b0279d27a588e84177e3acae4ce423bcfedff6aafab3da54f622790eaefbb2316e66beea2be6cd4c9

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 812930-1
DOCUMENTO: 03-1147383-011

PACIENTE: CIPAGAUTA DURAN ZAHIRA VALENTINA
ID: TI 1070753639
TELEFONO: 3125414661
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9012836

FECHA INGRESO: 2025-01-07
FECHA EGRESO: 2025-01-07
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA-NEUROLOGIA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 21/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869280-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-07 09:16

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2025-01-07 09:16:54-05:00

Firma Digital:

KkYZwTH0hMwz4pxbNVqE+YJcpPJrShGnnAj8YA2Nff91YcTkuRFPxI5qgLaFc7raajQa3PBwpN3NaOXincZ6eDKCR6WAjY6M3kpHTP3En7X2B4eRjWxbeIQ88yAihDefZJetY/84gqQ1M3BxUlXHTIbRS8buvmH347cTJw06yC7TACpiqCCXC
XQJCifqtDt49rIaUG9kN0UQhq6H05e0qwSvr+OfURgpOD90d+3tHbY0U0aNXT+uLO/c1nX8EfSrv7J7vSFt5BXy9EBeR9u6Kg0uBGFMiT/u2Q+pS2YKI/kVmUJ6ONX++0WaP1I9HGj4TIoQRXJJSzGKQRjYATWp7g==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869820

PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	08	13:54
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	22	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 64ff930a0f058aa6daf2567163a3157bfac5d7cf73778f59b93532bcc2f3dc463b0f696a6e5414c0545387310a902ff6

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 784794-1
DOCUMENTO: 03-1148260-011

PACIENTE: RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA
ID: RC 1029524603
TELEFONO: 3133583619
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8771091

FECHA INGRESO: 2025-01-08
FECHA EGRESO: 2025-01-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 22/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869820-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-01-08 13:54:56

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-08 13:55:26-05:00

Firma Digital:

wEY/OtLOYCm7YjsTBD56N0E/4lov0S+l0NxxdSQKTV3rwfRI23ZKjkRzslWM1ET+8lRJC63vOqMfUumLjeA6fqTHo2RN/3Tg5QCNjPlqVacClcRsqVUB/nMW9Taimm7pp43BHpt4hR19PlzCpSzVa157Q3SqakbWvUs+lgUgHe7PumSnMmN
0mXMSPbzfrMVHnat9R2J3l05HffYGltFZGDBQ3JhPTSPxZcWPDrZYMmlCyn4SKLlcSSjgHyYPe+udghaBk3dOZKWJSKa/0HoHPTuAtF21ngwGSAyg222BOmaB17dRLxxF0y9E9N7c+cVDEjFMEPaZyKqPAJnTksbLng==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869977
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	09	07:47
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	23	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 90faef91891a16374d545413cb0523089be1145c1a820826db02d874803699de95d560d9441d9f43f19cba07be4161ed

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 744956-1
DOCUMENTO: 03-1148495-011

PACIENTE: GARCIA GARCIA LUIS CARLOS
ID: CC 1026560678
TELEFONO: 3213855148
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8973365

FECHA INGRESO: 2025-01-09
FECHA EGRESO: 2025-01-09
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 23/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869977-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-09 07:47

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-09 23:14:21-05:00

Firma Digital:
cNhzClVEJulvYNK1rmzSFHveYUZNi7UMLOlwkul2GuPnGH8Jf2KnoP0ScXEgLLigB85UaBbu1rK/qRsqL9YeaIMi8u46kNfe0XrjCeRmFggru9E10uH0eNlYoSXtazUlNrEAP6kd/xEBSmdx88jnwYHum8u5giRJIjNQ8iSXubjV0mFgWdX4t9QZU
JRNLUuJslVIZLamlNaMVsOf+LE6Rph7Vf8tHMvznO1QXoe+YlGcBDjJ0UTWLIT3/nTsyRQDZj8uQWce79F0oAJzIUzlVUI0KDzn/F5vPXzL6fn/LPiPaqeue4/mQAmmXpIPq9CCZCnCcV1w1/9s2LFx5ZjD3w==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2869905
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	08	16:06
FECHA VENCIMIENTO			
2025	02	22	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 6152y106b96d1f15d76972aa8d8db8df14033d1cd7460222975825b3a3082ac1786de373a1a3e14b7c04b32370753cbc

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 807644-1
DOCUMENTO: 03-1148330-011

PACIENTE: MAECHA CLARA EUGENIA
ID: CC 51810392
TELEFONO: 3204463821
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8912348

FECHA INGRESO: 2025-01-08
FECHA EGRESO: 2025-01-08
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Sandro Milena Torres Avila
Aux Facturación de Hospitalización
C.C. 52.521.767

Plazo: 22/02/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2869905-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-08 16:06:17

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-08 16:06:39-05:00

Firma Digital:
ZHRb7Am73Ail1hUrBHFhYG9m3kM4fjdx0wUul1yA2cE9Li1ONdfwsuaNlleBVyd4qMbpPF6erc+7xM4LCT697nxOk6c8tcwC9a8ZM71+KAVaphOE8gVNB7gxgLfRo9lQtV+chTwP6IvXbLMRyWJAR9y7NCEKwCCRcdp/FNplMoSNhKBT7Kbz
nUvwSspWBcfiepw9ZqkWJR4D6W60eRY67oG9P9812J7zuHjhW4N5Q5Dt8rxhcU7dQ+JLvCbAPk8c9Z98zcL42cSBhnZAaL6Ovd+yJWvlyjCxeFD5h3eV1Jl3w4/nMLw3hxAEPuqN1lO4CYEpTPUaP32F5qGvTt5kOw==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010
NIT. 860013874
Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 64065
Consecutivo de Envío Nro. 336

BOGOTÁ, 23 de Enero de 2025

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524
CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO
BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
[redacted]	21 - 2873594	2025/01/20	179567	MARIA JOSE CUELLAR BARAJAS	92,600.00	
010	21 - 2873988	2025/01/20	809297	ANYELI YESI BERMUDEZ GARRIDO	92,600.00	
010	21 - 2873300	2025/01/18	812728	ELIAS ALBEIRO CARDENAS ESCOBAR	92,600.00	
010	21 - 2873660	2025/01/20	812872	JOSÉ DAVID JAIMES BETANCUR	92,600.00	
011	21 - 2872592	2025/01/16	746090	GUSTAVO PEREZ GOMEZ	92,600.00	
011	21 - 2872489	2025/01/16	748451	TULIA BELEN SCARPATTY SIERRA	92,600.00	
011	21 - 2872509	2025/01/16	812612	PAULA ANDREA BEDOYA TABARES	92,600.00	
011	21 - 2872796	2025/01/16	746114	DOCTORLINA GIRALDO DE HURTADO	92,600.00	
011	21 - 2872234	2025/01/15	811436	FAUSTINO DIAZ DIAZ	92,600.00	
011	21 - 2872459	2025/01/16	672788	ALISSON GERALDINE GOMEZ LANCHEROS	92,600.00	
011	21 - 2872344	2025/01/16	812198	MARIA OLIVA HUERTAS DE DIAZ	92,600.00	
011	21 - 2872202	2025/01/15	811434	ISNALDO MERCHAN MALAGON	92,600.00	
011	21 - 2872186	2025/01/15	810715	ANA OLIVA DIAZ DE LINAREZ	92,600.00	
011	21 - 2875412	2025/01/22	812877	JUAN PABLO GOMEZ GALLO	92,600.00	
010	21 - 2875387	2025/01/22	812481	SARA ESTEFANIA ACERO RODRIGUEZ	92,600.00	
010	21 - 2875521	2025/01/22	592034	VALERY SOFIA SUAREZ CIFUENTES	331,800.00	
				Número de Documentos 16	Valor Total: $	1,720,800.00

[redacted] en Letras: UN MILLON SETECIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

≡ DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SALIR DE RECUM (../Vista/frLogin.aspx)

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606569	Fecha Pre-Radicado	2/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1,
Cantidad de Facturas Registradas	16	Vlr Fin de Cargue	
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
11	8038059	2872186	1/15/2025 12:00:00 AM	20276083	DIAZ DE LINAREZ ANA OLIVA	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
6	8038054	2872202	1/15/2025 12:00:00 AM	19103915	MERCHAN MALAGON ISNALDO	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
5	8038053	2872234	1/15/2025 12:00:00 AM	3030544	DIAZ DIAZ FAUSTINO	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
1	8038049	2872344	1/16/2025 12:00:00 AM	41786163	HUERTAS DE DIAZ MARIA OLIVA	$92,600.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606569	Fecha Pre-Radicado	2/3/2025 8:40:06 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1,720,800
Cantidad de Facturas Registradas	16	Vlr Fin de Cargue	$1,720,800.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

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

ASTAF
Auditoría

Miembro Independiente de
PrimeGlobal
www.primeglobal.net

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de diciembre de 2024 y planilla del mes de diciembre de 2024 pagada el día 16 de enero de 2025, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respecto al pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de diciembre del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

Mi firma como revisor fiscal se limita a la información de carácter contable según la ley 43 de 1990, la información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañía y va ligada contra soportes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, firmado a los veintidós (22) días del mes de enero del dos mil veinticinco (2025), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Camila Angel

Camila Andrea Angel Gaitán
CC.1.010.005.989
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 316.687-T
Miembro de Astaf Auditores y consultores contables S.A.S

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	A - 200 O MAS COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1198826568	9480224430	E	2025/01/20	2025/01/16	BANCO POPULAR	0	$657,151,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				489	$268,211,400	$0	$0	$268,211,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	57	$34,522,300	$0	$0	$34,522,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	158	$110,578,300	$0	$0	$110,578,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	178	$78,388,300	$0	$0	$78,388,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	90	$34,228,000	$0	$0	$34,228,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$10,494,500	$0	$0	$10,494,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 13)				522	$208,750,600	$0	$0	$208,750,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,435,700	$0	$0	$14,435,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$339,700	$0	$0	$339,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	150	$57,862,400	$0	$0	$57,862,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	56	$32,283,900	$0	$0	$32,283,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	79	$25,460,600	$0	$0	$25,460,600
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$617,700	$0	$0	$617,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$354,900	$0	$0	$354,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	27	$7,355,900	$0	$0	$7,355,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$994,600	$0	$0	$994,600
SALUD BOLIVAR	EPS047	901,438,242	5	1	$174,900	$0	$0	$174,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$11,908,800	$0	$0	$11,908,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	131	$55,482,700	$0	$0	$55,482,700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
TOTAL				522	$657,151,200	$0	$0	$657,151,200

2025/01/22 08:28 AM

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2873594
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	20	06:54
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	06	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : c5f8d4601c647635d94617183bd5573040dc04524a53c781779ea7be6415c1737da2df8b3d8ff76b22ae14601a28001b

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 179567-2
DOCUMENTO: 03-1152467-010

PACIENTE: CUELLAR BARAJAS MARIA JOSE
ID: TI 1033107258
TELEFONO: 3102618181
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8867430

FECHA INGRESO: 2025-01-20
FECHA EGRESO: 2025-01-20
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890369	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA-NEFROLOGIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 06/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2873594-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-01-20 06:5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-20 06:54:55-05:00

Firma Digital:
uySPCDku2rmeQx7HmDtwPFY9c6gU8clpwm8Rdb1T6p4Bqi63fYee0MkBd/OGVYLHNrrNNhwcSxHbcKJzTFMBbkXF7nwAWr01oBtWwTZfMT0tqbBMlcG87tII2AJ9p1oqcMvTQs6+WIKPCOHORV0UXKLW85AT/W3tcfJ8H3ctvhIf6Bs+g3xwwKBfIQ4jHJ5Mbtg2ceSOnXTig9Y98rgHnzhZkOr8PI4Uo4G9GUZb6ccDQVjYN1/01V7onIP50o6qiPHtybJ+629faJ98a0+8IZgLH4TJvzVQRE6YVADamvPP4DBCkWuPEymxQRqu8aX5C0bTV5GnsyZS8Q6vys2mJQ==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2873988
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	20	14:59
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	06	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 175ebbb28ff34e0052b94e49d0afe2cd6d97ac3e96e6ca0b130f9a3f1e50312f91e139f5d27518f5d77cbc4fe6bbf48f

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 809297-1
DOCUMENTO: 03-1152983-010

PACIENTE: BERMUDEZ GARRIDO ANYELI YESI
ID: CC 1002029895
TELEFONO: 300664827
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8719890

FECHA INGRESO: 2025-01-20
FECHA EGRESO: 2025-01-20
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 06/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2873988-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-01-20 14:5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-20 15:00:17-05:00

Firma Digital:
d3IoGDv9xMm8FUy/Itbv0GJ3azX4D7X6m0/ZwUrhj5EiDelAgHAtqBksZDZCkrcn8SsmhZNnonIhjrK8K1pnhuaD7A0KclqF8wYOY1XRAMek/bUQjbk96txWBvHHQkAv9F8a9SXAJiCkgHuy75ByvhUtE/KxHFJEpO+M7xlvRJPpcSivIO6Z9W
ArF+QFDxKgglkneIvhFChWJ5d8UqgNwmi9UgcGuxK94ON8zhNBDS16s3dASIU3vZOCtzdT7PPYhr8xfE7/EFWjmqoNkquzeO7SlsMbsvXNoFsw3JduQkmY244GT/e6ilux9Wtb8aSx6CNZmHAfkxP+NNdAqM5nkQ==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2873300
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	18	09:48
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	04	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 523adc489d36f2e93511aa622dda3b5fb554cc0cb8d176424285dcb693b8cb7ea447a3e33baf5e87388b31656f07170a

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 812728-1
DOCUMENTO: 03-1152370-010

PACIENTE: CARDENAS ESCOBAR ELIAS ALBEIRO
ID: CC 1106951266
TELEFONO: 3212244695
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9003957

FECHA INGRESO: 2025-01-18
FECHA EGRESO: 2025-01-18
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 04/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Ésta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2873300-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-01-18 09:4

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-18 09:53:04-05:00

Firma Digital:

i44uuimqcusivwBlz3zGlGT0u85gloZRfV2MZMY9h+MmHjV8d/YXnm65e2rSvf2Dma0ZHR6kxrBz/Qr89l1Aj7rV4/YIdGrhtkObxV4MmfiBZfeMFJAUwDm+nnqlUo0+ki1sEY2jL0Dc3y7QZL+/ztOSScsb/TKHGBnGH9f/Yb3vBdQktpwmvyg
GFIi38EyTwQKIETGQFR1ely4hVpcyX7pnAxcZyNEiDQoPUSDn/7VISFbIhvYISsgRODFJOWnVjVNwV3+Bv2bNG+3CDcIHNZbO9N9fd/zAcoSiYjOuODIQyzdNIfmucJaXuDbZ2au7pQkZ6HZWRh0SF75ItvqBwA==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2873660
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	20	09:26
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	06	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 8e997f4d05c74008f9ad321b99467f9e15b092c316368ca0bc28ca6655a9db3ebefaf6191735d200d620bb5862f151cb

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 812872-1
DOCUMENTO: 03-1152683-010

PACIENTE: JAIMES BETANCUR JOSÉ DAVID
ID: CC 1093800093
TELEFONO: 3232049018
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8972634

FECHA INGRESO: 2025-01-20
FECHA EGRESO: 2025-01-20
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 06/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2873660-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2025-01-20

Fecha Validación DIAN: 2025-01-20 09:26:29-05:00

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Firma Digital:
Gl0dNhFltOHK4dWSBXcU44va6e2jRVmn1VthfqdQ0/2LhZ7a+j/6A92NtIFu0hWku/U9l129s4pgGPsNO9/SJx0KGwcZXDl3CCMlL4Spli2clHZIhETOxWkuBhNa3nXdHw1zkKd2vAfbK1FqbbsGX00hnT9hQgPaLSkez7nD5HMrnSDxyLjbkOjHSk2qu61HvuE70x4CtdwVgqsVJnxIda5b5uZHw+Pn0EYMypB13y+Ucmx+6QFKZoG0CQf7diNBOIAE7UustjZQ4zLSc7fEX/uYJ1gQp6HjbrF/EQL67lpvgogBIbEqB8YLrCYbzA2ok5Lk6+E6963xcmVf2Y5ouPg==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872592
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	16	11:46
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	02	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : ce4c91ee3ae298fd0f0d54a517da03d120c4967db261b16f951ee348584510798f5b5b93dee0a6236efebe04cd1a6048

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 746090-1
DOCUMENTO: 03-1151653-011

PACIENTE: PEREZ GOMEZ GUSTAVO
ID: CC 1177362
TELEFONO: 3125784117
AUTORIZACIÓN: 8973408

FECHA INGRESO: 2025-01-16
FECHA EGRESO: 2025-01-16
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATiVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 02/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872592-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-01-16 11:46:42

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-16 11:47:11-05:00

Firma Digital:

pMMFz3NOfi/uXritx/FGAIPa1nHIJwkVIMWID4r3kDrh94yGop6LDXvK4p7uDNuQ8Jf20o87x/BtSbPfIg+4tID19DqMpuzEn3tVeBg6087/geBPMf/HbkK7KpECBWsxiup8kczZygJGsqL77KHJDaijVOTpJUAl2Ik9v4h796OpyxckkpiDolXM9iIIWOQVqIbfhVl/3wkqaV7K2Q6Fq4/zIhhTt4cNO585Hqdygee+4Nq6KDkWZnYrcPeL6fRISIo7Rl6Dk5rEwQfQNdw4hczqC1TU1VfDhSsUUPz9kCbFGnK7gd/TApBbKA4eR1Tohm+VZYfc9pmcMTKUAhw/w==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872489
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	16	10:00
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	02	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 95073944d0b1dd3c9a9c899dff07c179f05c72fabab594d65c8b582961bdb29925983749dd8dc9043a92e4833af1f9c8

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 748451-1
DOCUMENTO: 03-1151561-011

PACIENTE: SCARPATTY SIERRA TULIA BELEN
ID: CC 33283799
TELEFONO: 3133784964
AUTORIZACIÓN: 9139877

FECHA INGRESO: 2025-01-16
FECHA EGRESO: 2025-01-16
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 02/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872489-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-01-16 10:00:09

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2025-01-16 10:00:37-05:00

Firma Digital:
ugPjHn7OClPozgP2gscz/42jHLd2uTgs4cZNzI0qcs+Z7CZv/lRVgKgQ4UfTWL/XYKfkeZ8dNV9ButkIUJZXODUz1yeUSISrMqJQ3eKM5w60W5Tnb0ftGH8GIW7K4PUbtbqmu1Ce9DN9gg2nnweurvn+2BLtjeuqM1ktsfOnN3urv7zh/wR7/vs
+VDB6tzX3QoVCidsxV7wz7hSCm+JAaeq0JogCaJZ+PxqTjSzdXIKYRPUYuB6EKDtv1EZ3n/O3ZMAdJV3SeSaORY62rHSeL2n0jvm2RE8+UI8wAUM53mHKXLjSJu4hWHCS3fOYkahzUo1vnilhHsh/FgjnXhj07A==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872509

PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	16	10:24
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	02	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 3c7646dcc1c0b20c48b48fb0df68745cce0a981b80e35cc89bb17a382befce7aaea60aba75ebe47c65bde79d2631cf9a

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 812612-1
DOCUMENTO: 03-1151584-011

PACIENTE: BEDOYA TABARES PAULA ANDREA
ID: CC 50930209
AUTORIZACIÓN: 9016687

FECHA INGRESO: 2025-01-16
FECHA EGRESO: 2025-01-16
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 02/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872509-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-01-16 10:24:57

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Fecha Validación DIAN: 2025-01-16 10:25:20-05:00

Firma Digital:

nLLy672AIE5eFQHy8PwdHP58wKqAmve6Mkvua3oShjTOv0TpHWUTFQOTdlNzKPbNtH20ZWpBJgD1ONo8LOZjrEJfiL7fo5Nsof2SU1MAVhCL0W/RvGhE9ZJCxPwm3CGd0Xb1iMYMBuEv7W9mS2Ao2s4lJBAYyxNsO7ppFdN4IZLWKTYC
DvqSzM+vsOAlUSwN9Mzh0DHrpbcZZlBh6U8Pe9nldOUWhqxAzEGUX/LqNICM3781xJ2O2Z7/stjHloPcUtPPRsqqzuAljwjcVVI/Fg68AscxP3Cz48myslEkhaSGNbGy1g0OpbE0TG7t1z1kHZUwZQbOtxJHr4fupQg1RA==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872796
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	16	16:32
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	02	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 36a45ecfa52a416f81150881cb3d18c3822c20103bf28e6584ba0bb57a5a47588ad92f647191d3a0ff01680c2bb861a1

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 746114-2
DOCUMENTO: 03-1151719-011

PACIENTE: GIRALDO DE HURTADO DOCTORLINA
ID: CC 20343359
TELEFONO: 3105641253
AUTORIZACIÓN: 8896223

FECHA INGRESO: 2025-01-16
FECHA EGRESO: 2025-01-16
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Sandra Milena Torres Avila
Aux. Facturación de Hospitalización
C. C. 52.521.967

Plazo: 02/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872796-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-16 16:32:47

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-16 16:33:24-05:00

Firma Digital:
eUDAyMzeAAytXxAuf4BbqdO5y63yNXjRhYIkU2W5jjuPpMxcsI1oKySIeCUNc6eUEX2hQPW9Fsst+4hznpeeTKGDFctvKbcFfz7cE662KhuozrZMPox/RgdAvhx9HRE9jpwQ90aRz9Saod8nIvfKNcveKykTB74SKUrtZrrQEh1ef0bX3oLMgt6B
ETG05gvQZG7+SS5TG3IX9vyjp+nD1wG9MrPqLzbR3HpjhpMfWrmpTRyFEv2I0M5f/XVAN7HoVRRVaTSR08fnUlr3fpTY2FBDI4VqrovSQKJk4gV7TD9G8pDrhDZ+tkAEH8SG7TQyuuRfnIJl9zYWJxOLOn0CreQ==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872234
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	15	16:09
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	01	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 7cda60a583a0160a77a42330eb6c254f6ca35a92d1babf63bb42ee3fd1c91df6955415e1ebabc18ee278e68c43aacfb0

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 811436-1
DOCUMENTO: 03-1151235-011

PACIENTE: DIAZ DIAZ FAUSTINO
ID: CC 3030544
TELEFONO: 6014134811
AUTORIZACIÓN: 8940439

FECHA INGRESO: 2025-01-15
FECHA EGRESO: 2025-01-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Sandra Milena Torres Avila
Aux. Facturacion de Hospitalización
C. C. 52.521.967

Plazo: 01/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y ratencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872234-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-15 16:09:34

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-15 16:18:47-05:00

Firma Digital:
B/VORpevcI1Pgxcytqx+o7HN+OaFdIxlVyWRwvMwQydg62CJC8b3jUOJTDyw1cqqAAvGIoOI12MlDvj9aSg0hgOvDaqL6Phn36tBpMIZUbMYTH4Z1AhEmi78vV5UITwRDZwuEU1IA4Rtpv37pyYrNnAMCwbhOXpyenclhUObytt8lH1P5bq
1XzC1jzWjfSAYx7aZBbCvavBy7yDLyQ8yAy2qIp4PtJK1Mp1eky8knL2lGhbiBetRpzOvYsbImaJshwyYTUFcyGzk9wly9Am+j6xUAEyBllQZ1jJOiCyBA1O1PH/EGhMKVav3GeJwNEZQhltpbY1oqxGiDB9aFDAG8A==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872459
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	16	09:10
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	02	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : afab7580400816ede783769ad7dec52ea00d29f1208552820fdfbd3040058962c57a8099567bbc33ce95d873b770be96

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418

PACIENTE: GOMEZ LANCHEROS ALISSON GERALDINE
ID: TI 1053341183
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9109358

FECHA INGRESO: 2025-01-16
FECHA EGRESO: 2025-01-16
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 672788-1
DOCUMENTO: 03-1151497-011

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROLO DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 02/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872459-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-16 09:1(

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-16 09:11:02-05:00

Firma Digital:
DppHON3FvG7+ksvVdO7ayaMQdr5YoniC0g+ezchX/Dob5qxfRx4WC5NdXEbxHqfMct2J3YmgtYDa97M63V6LjEN6oECT7TmP6fFkcR/MmPI/RjR48tY6eomsKI8U4iL7kwS0B1NfDUTZVrbHy1OHFzIoiLCL2wgqyYkOtBh2Degrt46R3N0jI
MOg4tp0XNHaSuNbvm+5NERn6LNv+q93Dv7yjJdQANe7olUYuVSgjFIULJCgkrag9TTMKcY0oaQXhqm3VriI9kgJQS56j5G1GRyWNa59DRlafWo35Vl4aNLdx6wkSH2qHgieAVCol9gFVvVPPtqcH0VS4encwz93uQ==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872344
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	16	06:50
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	02	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 192860d6ed154ad746a9dc1c290d85ccc28237cfbe6387af36ae3fdb586e8bb1d5a5be87f045e8461c2054efba6de07d

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 812198-1
DOCUMENTO: 03-1151325-011

PACIENTE: HUERTAS DE DIAZ MARIA OLIVA
ID: CC 41786163
TELEFONO: 3138738875
AUTORIZACIÓN: 8865182

FECHA INGRESO: 2025-01-16
FECHA EGRESO: 2025-01-16
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 02/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872344-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-16 06:5(

Fecha Validación DIAN: 2025-01-16 06:50:28-05:00

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Firma Digital:
MdPK8xFeOPuCI72YWMC8zXyAtJX1PpqbeBUwPibKO6bFQr+LPOuVvTFZ5ntnhBe0UU29QbNEQJPnvZtOKcMmfTnWNdB0YmJENiVViSYJIkGgEjIfni38P8M1yD3508WxcUo08Tln7Po/resCLNzZxeJM5L2krbwqO5TDSgOvh+652yH+qkb/
i0oRx1bOmH2tZfbaWMAwekTNqcUM4Ex0bz/z7BWFTC2CVqFi7xckH/By3FfhWX3TIEmco0oc5ttYamXcW00A+6HVps3bkF1aLCAIoGHMu+oU+6HkDGJyDw3ILFVF8KI1abSNFSy7VIs9HSZFAPDVGPjMKf+dSKu9ZA==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872202
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	15	15:14
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	01	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 76c47bc4c2fbad4313b561de2be447eb7cfb4fb3e5274dc249f1400e79d0dbc07c6405b56f6e33dab16e969e080fb079

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418

PACIENTE: MERCHAN MALAGON ISNALDO
ID: CC 19103915
TELEFONO: 3108583888
AUTORIZACIÓN: 8699634

FECHA INGRESO: 2025-01-15
FECHA EGRESO: 2025-01-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 811434-1
DOCUMENTO: 03-1151215-011

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 01/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872202-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-15 15:14

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-15 15:47:12-05:00

Firma Digital:

u5ysrb63aQgcrgIBw2vXh3+ALMS/FTFcFAVdIhJHcv1hGnx9egOyavOhMyVNPeoEYlD9GjjtnP0Y7HkbkZfcZfWT+IpVgCp9YvrU2+kaVgh8ZbyOmJpOtTtfLtNKXT8Zgxhc0aQq1K14gimZ+4V2qO3ce52TpR3s7MudLxZSJa7cUILvqH1KVn
9uH5JjZ4zff6siXwSdnG4YqWsdg7ZR/dgrAkDKvzEngFGJ77D4thfl1k+sjb0zw7rrDIRj/3cZrMho2DfZqJGmRpcnGva/V5+j/pJrF05oZFzGodynGuP5rtjccmPTlYW1uMtPHAUUU8LKtcOFiSiuo4VEqktyqw==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2872186
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	15	14:44
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	01	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 135e60574e373968bf62185ae8139bcd9432e49a589276cd111fcbdbea7821f2de3217aad6a3b265f0e32ccb7d4edc88

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 810715-1
DOCUMENTO: 03-1151195-011

PACIENTE: DIAZ DE LINAREZ ANA OLIVA
ID: CC 20276083
TELEFONO: 3173819915
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8889691

FECHA INGRESO: 2025-01-15
FECHA EGRESO: 2025-01-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 01/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2872186-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-15 14:4

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-15 15:32:21-05:00

Firma Digital:
qvZqHcRm5KoPrBypq3D5o40EGGUxIIp62N83tFNUQ9w+Iuwlb9OE1n0jtXxwRaqJtTxc2VIafW5+HdMIHhXInJ6RJvVqcRSlY3suJygG2EB6DeaekxTEE00HyyT4bBYni/wSoDwbSoGoFQK+97xrzeuWh5pfH4/RUXnMfA4f6M49Ax1CE0Yw
IgYUjIfiihstEojWCgDeyNcrrTSuYPHBHB/Qj0MYcmtCo3E7uK1LnAVH3/bUeNyyT3kg+CL6UaXEOcloqaEAVKfmR6JzB8IPU60g9RDxT5vKxEfhE6/RpFOxvn0tbb/boHZnPpbHvOD1Vu5XtKCaYHDV6uFNepeouQ==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 54 # 65-85 - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2875412
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	22	14:08
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	08	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 789a3a5196af981350e173b4f038c7f97f6056d6d8a5e6629a759199478292d21d95114020a78fd431c2d98f124727ad

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 812877-1
DOCUMENTO: 03-1154301-011

PACIENTE: GOMEZ GALLO JUAN PABLO
ID: CC 79984678
TELEFONO: 3117073245
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9027915

FECHA INGRESO: 2025-01-22
FECHA EGRESO: 2025-01-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS-CLINICA DEL DOLOR-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 08/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente
Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2875412-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-22 14:08

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-22 14:08:44-05:00

Firma Digital:
da8jQkJ4iV9tfAcpVZlfUHWVu3yp9m4xpAlLe18xlt+HvIUJ43vM4XPQqR1vkftyyd3DghfJvs1Ln53nflaftOahxp7PoKvdTX3pxmpPyla1NPpZ+89cYPRIidn0WictVOXbTGcFw1h93F4AVuShb27gVfueWrmnFCQoE9la3BhOy0Tto1L5jxZGyrC
bzWgISlqMc5GMH+X4HWqAfjYqf7ED1h+6vHWGKWNAl44yhh1z+P8US0G9yeZW3ONiyk932D/1NuGc7L6d0V6FCBUA1UX8GkFqPS1Hmpmr00kklYjm5+ym/jFSFTrCeIIJHYTbjBqlhSkJwsjHVXVSGaLHng==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2875387
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	22	13:33
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	08	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 8019f8b7d3306e611cbd99cfe68b33f36f120d82c7beba80c73fd5115bd04a26ad422b3574d465da81c90adbc7e4d315

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 812481-1
DOCUMENTO: 03-1154268-010

PACIENTE: ACERO RODRIGUEZ SARA ESTEFANIA
ID: TI 1050611472
TELEFONO: 3144030894
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9005915

FECHA INGRESO: 2025-01-22
FECHA EGRESO: 2025-01-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 08/03/2025

SUBTOTAL	92.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	92.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	92.600,00

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2875387-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-01-22 13:3

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-22 13:34:04-05:00

Firma Digital:
bTUzV0EuCnDa3XXU6o+jb3Ou5cY5MtOwhqB1DfTs7xAfzBoTE6CJVOjbDRxhTM3XRpqdiBKr/59/0I5jNB5WfCf/s2Yy3PlywQtyoqphrAUIfKWO6AxzRw44iil6J2p03I89Zp7Y5y+MLTuxerKSB40QSpHyg6Kkp3pHG/3bK0t4nzRkn/BjxAmlpjmqi7DpqVXvVnalFqRlBQLmtKa6js+v9Y7JT9bxkVvDhIhOKHDDPAD06C8mWuhjGQ6OZYI5JzJamMa/DJeYII3Fictj7h/2rDn9hQUFq8ygfnohgN9KPnD6H6/h7a59r0MXaiIhIguUKtyaQO1fOJ4k2kclIw==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2875521
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	22	15:20
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	08	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 1366474881bb2f12561e8ae42b331798a5b33e9d7e65b0f2c7fb79c54167c8209e0cc7e8d5261dc510c645bf13f3f80c

CLIENTE: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 592034-2
DOCUMENTO: 03-1154335-010

PACIENTE: SUAREZ CIFUENTES VALERY SOFIA
ID: RC 1069307250
TELEFONO: 3223557620
AUTORIZACIÓN: 8994435

FECHA INGRESO: 2025-01-22
FECHA EGRESO: 2025-01-22
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	930401	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR-EVALUACION FUNCIONAL MOTORA-UND:NAR	1,00	331.800,00		331.800,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 08/03/2025

SUBTOTAL	331.800,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	331.800,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	331.800,00

SON: TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2875521-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2025-01-22

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-22 15:20:35-05:00

Firma Digital:
vf9O6pUexeK31qkH1v5WSpdsuL1cZGSZctL7X/sPaVImISoXGb+yMGFL6v7VgDIur95MeMVYdg/SIOATIzyPPyfX9x5K6/cqNvpaB4xi7KAtgRR3ogTSJNhyDRAVtbYSKTJg7j9U3ZqHOtfeSnMe7s84wLefq6HBZBz4KHlb51yb96SW2zO4vrj
QRkZjnaMuyrlNnWwTpMDMOYeD0oSp7a7r6kEhzYxWrJQsobBUv3a3/a6PcHsd1unljcqticcGYxu2NQxtj9a+DwW38qeKv0bNihYuB/c09afLsZJBLQ42qYt5aW/ZEc48iL8qeMt+rztW5Hm00m1DkuAat6bLwg==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010
NIT. 860013874
Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 64343
Consecutivo de Envío Nro. 338

BOGOTÁ, 3 de Febrero de 2025

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA - 900336524
CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO
BOGOTA DC

Adjuntamos a esta relación de envío los documentos, entre facturas y notas, que corresponden a servicios prestados a pacientes con responsabilidad por parte de ustedes y que detallamos a continuación:

Est. Adm	DOCUMENTO	FECHA	HISTORIA	PACIENTE	VALOR	POLIZA
010	20 - 2873131	2025/01/17	201563	STEPHANIE SOFIA FERNANDEZ RODRIGUEZ	5,305,847.00	1201463201
			Número de Documentos 1	Valor Total: $	5,305,847.00	

Valor en Letras: CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

≡ DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SALIR DE RECUM (../Vista/frLogin.aspx)

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS >

Eliminar >

Validar Derechos >

Consultas >

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	606525	Fecha Pre-Radicado	2/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$5,
Cantidad de Facturas Registradas	1	Vlr Fin de Cargue	
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

Detalle del Pre Radicado

Secuencias	ID_Cargue	Factura	Fecha Factura	Identificacion	Nombre Paciente	Valor de Factura	Confirmar	Eliminar
1	8037945	2873131	1/17/2025 12:00:00 AM	1201463201	FERNANDEZ RODRIGUEZ STEPHANIE SOFIA	$5,305,847.00	(•) Aceptar	( ) Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre`-Radicado	606525	Fecha Pre-Radicado	2/3/2025 7:52:00 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	**$5,305,847**
Cantidad dc Facturas Registradas	1	Vlr Fin dc Carguc	**$5,305,847.00**
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI1		

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

ASTAF
Auditoría

Miembro independiente de
PrimeGlobal
www.primeglobal.net

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 31 de diciembre de 2024 y planilla del mes de diciembre de 2024 pagada el día 16 de enero de 2025, suministrada por la administración, el **INSTITUTO ROOSEVELT**, se encuentra al día en el cumplimiento respecto al pago de sus obligaciones legales con el sistema de seguridad social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, aportes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados, por el mes de diciembre del 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999 y demás normas concordantes.

Mi firma como revisor fiscal se limita a la información de carácter contable según la ley 43 de 1990, la información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañía y va ligada contra soportes.

La presente certificación se expide por solicitud de **INSTITUTO ROOSEVELT** sin destinación específica, firmado a los veintidós (22) días del mes de enero del dos mil veinticinco (2025), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Camila Angel

Camila Andrea Angel Gaitán
CC.1.010.005.989
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No 316.687-T
Miembro de Astaf Auditores y consultores contables S.A.S

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 860013874	7	INSTITUTO ROOSEVELT	A - 200 O MAS COTIZANTES	UNICA	CR 4 ESTE 17-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3534000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2025-01	1198826568	9480224430	E	2025/01/20	2025/01/16	BANCO POPULAR	0	$657,151,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				489	$268,211,400	$0	$0	$268,211,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	57	$34,522,300	$0	$0	$34,522,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	158	$110,578,300	$0	$0	$110,578,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	178	$78,388,300	$0	$0	$78,388,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	90	$34,228,000	$0	$0	$34,228,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$10,494,500	$0	$0	$10,494,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	512	$32,663,400	$0	$0	$32,663,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	502	$65,559,500	$0	$0	$65,559,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 13)				522	$208,750,600	$0	$0	$208,750,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,435,700	$0	$0	$14,435,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$339,700	$0	$0	$339,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	150	$57,862,400	$0	$0	$57,862,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	56	$32,283,900	$0	$0	$32,283,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	79	$25,460,600	$0	$0	$25,460,600
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$617,700	$0	$0	$617,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$354,900	$0	$0	$354,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	27	$7,355,900	$0	$0	$7,355,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$994,600	$0	$0	$994,600
SALUD BOLIVAR	EPS047	901,438,242	5	1	$174,900	$0	$0	$174,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	50	$11,908,800	$0	$0	$11,908,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	131	$55,482,700	$0	$0	$55,482,700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,478,800	$0	$0	$1,478,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	502	$49,174,900	$0	$0	$49,174,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	502	$32,791,400	$0	$0	$32,791,400
TOTAL				**522**	**$657,151,200**	**$0**	**$0**	**$657,151,200**

2025/01/22 08:28 AM

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2873131
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	17	15:05
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	03	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 18aac69db2c040e1662f2de316f0750adc3db82553da7412235e498e4ce71ab69dd4daddaca6e2ca8c88e46761fc16dd

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 201563-3
DOCUMENTO: 201563-3

PACIENTE: FERNANDEZ RODRIGUEZ STEPHANIE SOFIA
ID: TI 1201463201
TELEFONO: 3232054511
POLIZA: 1201463201
AUTORIZACIÓN: 8965008

FECHA INGRESO: 2025-01-15 08:33:00
FECHA EGRESO: 2025-01-15 16:39:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	1,00	124.200,00		124.200,00
2	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	259.800,00		259.800,00
3	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	454.125,00		454.125,00
4	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	353.025,00		353.025,00
5	770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	500.600,00		500.600,00
6	770701	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE-HONORARIOS DEL AYUDANTE-UND:NAR	1,00	165.600,00		165.600,00
7	770701	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	346.400,00		346.400,00
8	770701	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE-MATERIAL MEDICO QUIRURGICO-UND:NAR	1,00	470.700,00		470.700,00
9	770701	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE-DERECHOS DE SALA-UND:NAR	1,00	1.001.200,00		1.001.200,00
10	770701	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	605.500,00		605.500,00
11	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	139.050,00		139.050,00
12	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	90.850,00		90.850,00

OBSERVACIONES:

Plazo: 03/03/2025

SUBTOTAL	5.305.847,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	5.305.847,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	5.305.847,00

SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

Elizabeth Hernandez Ruiz
Auxiliar de facturación
INSTITUTO ROOSEVELT
C.C. 52.91.512

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2873131-010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2025-01-17 15:05

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-17 15:05:59-05:00

Firma Digital:
ZTPCQgCGObJo96KK94TDSoXdToBQ6sLFLTIAfhxrEQWST7a6BN83CAahMbgY/ShVYMjVLYoYNZyga10SS1wMWSrB8JILNhCJIvdjA3ARgENJR4kJn6D+9AzovO00s8SW2S3pnlnyIhjCaS6jeQ9ISFEzTLy1gJA+A5BWEkYQLfgrSb5kjZa3
NAv82NQpSgzTSR02rrBrEX0fM+lz7iLXIVtCg8lx8HCtnknEUNF8xlUaJpdPZVYytF9n7MMN1BlOu0ef7zyW2aJncROv1ehpKYFM9us1oXXYeqxWzkHa5f/tR4s4VS/ZgieHxIvdZBkYxVIPSRE4CHQe5ZofsbICug==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534000
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2873131
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	17	15:05
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	03	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 18aac69db2c040e1662f2de316f0750adc3db82553da7412235e498e4ce71ab69dd4daddaca6e2ca8c88e46761fc16dd

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 201563-3
DOCUMENTO: 201563-3 201563-3

PACIENTE: FERNANDEZ RODRIGUEZ STEPHANIE SOFIA
ID: TI 1201463201
TELEFONO: 3232054511
POLIZA: 1201463201
AUTORIZACIÓN: 8965008

FECHA INGRESO: 2025-01-15 08:33:00
FECHA EGRESO: 2025-01-15 16:39:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
13	786701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONE-HONORARIOS ANESTESIOLOGIA-UND:NAR	1,00	90.850,00		90.850,00
14	786701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONE-HONORARIOS DE CIRUJANO-UND:NAR	1,00	139.050,00		139.050,00
15	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL-UND:NAR	1,00	94.900,00		94.900,00
16	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES-UND:NAR	1,00	42.900,00		42.900,00
17	ART27P	SI COMO APOYO A LA PRACTICA DEL PROCEDIMIENTO ES NECESARIO REALIZAR ESTUDIOS RADIOLOGICOS SIMPLES-UND:NAR	1,00	76.300,00		76.300,00
18	DG04403	CATETER IV RADIOPACO 20G SAFETY SEGURIDAD REF: 4251644-04 POLIURETANO INTROCAN CERTO B.BRAUN-UND:NAR	1,00	18.823,00		18.823,00
19	DG06001	CATETER NELATON No 16 SHERLEG-UND:NAR	1,00	9.681,00		9.681,00
20	DG08102	ELECTRODO MONITOREO ADULTO 3M REF 2239-UND:NAR	3,00	5.308,00		15.924,00
21	DG09001	EQUIPO I.V. BOMBA INFUSION (MICROPUNTO) CON CLAVE ICUMEDICAL-UND:NAR	2,00	145.496,00		290.992,00
22	DG18106	LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST-UND:NAR	1,00	12.907,00		12.907,00
23	DG31401	VENDA ALGODON LAMINADO 6X5 YARDAS MER-MAX-UND:NAR	1,00	2.470,00		2.470,00
		TOTAL LÍNEAS: 23				

OBSERVACIONES:

Plazo: 03/03/2025

SUBTOTAL	5.305.847,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	5.305.847,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	5.305.847,00

SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un título valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

Elizabeth Hernandez Ruiz
Instituto Auxiliar de Facturación
C.C. 52.[illegible].513

ELABORÓ | FIRMA Y SELLO EMISOR | FIRMA Y SELLO CLIENTE
CC No.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2873131-2010 Prog: cfafac Usuario: ehernandez ELIZABETH HERNANDEZ RUIZ 2025-01-17 15:05

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-17 15:05:59-05:00

Firma Digital:
ZTPCQgCGObJo96KK94TDSoXdToBQ6sLFLTIAfhxrEQWST7a6BNB3CAahMbgY/ShVYMJVLYoYNZyga10SS1wMWSrB8JILNhCJIvdjA3ARgENJR4kJn6D+9AzovO00s8SW2S3pnlnyIhjCaS6jeQ9ISFEzTLy1gJA+A5BWEkYQLfgrSb5kjZa3
NAv82NQpSgzTSR02rrBrEX0fM+lz7iLXIVtCg8lx8HCtnknEUNF8xlUaJpdPZVYytf9n7MMN1BlOu0ef7zyW2aJncROv1ehpKYFM9us1oXXYeqxWzkHa5f/tR4s4VS/ZgieHxIvdZBkYxVIPSRE4CHQe5ZofsbICug==