No 4 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

No. GS-2025 - 005167-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	**01/02/2025**	**Hasta**	**28/02/2025**

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: 03**

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.

3. Informe supervisión del mes de ENERO de 2024 entre el 01/01//2025 Al 31/01/2025, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2025-005161-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	(SI)	Ninguna

información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.		
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 Nº 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 (150) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (30) 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	$ 225.731.221,00	38%
Valor total facturado	$ 212.612.978,00	35%
Valor facturado pendiente de pago	$ 387.387.022,00	65%
Valor pagado	$ 212.612.978,00	35%
Valor pendiente de entrega	$ 374.268.779,00	62%

b.

No. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No. 4 del 10/03/2025	$95.943.161.00	05/03/2025	$95.943.161.00	2879914 2879627 2886027 2879178 2877747 2875739 2876898 2877200 2879739 2879260 2879326 2875726 2875501 2875491 2879155 2879111 2880029 2889707 2886304 2881137 2887109 2884654 2883749 2884175 2884096 2884653 2883822 2880720 2882490 2882627 2883057 2880729 2881400 2882502 2881456 2881318 2880798 2886399 2886401	Pendiente	Pendiente	Pendiente

				2882591 2884329 2884334 2884340 2882928 2882785 2888345 2887752 2884233 2882762 2882514 2882181 2886573 2886565 2887676 2882392 2883015 2886939 2886664 2883751 2887654 2890680 2885978 2890015 2886873 2886943 2890072 2890372			

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

Página 1 de 6	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 05 marzo 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: 05
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 16/01/2025 al 27/02/2025**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
05 MAR 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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**		**$ 95.943.161.00**	**$95.943.161.00**	-	-

			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
2879914	31/01/2025	16/01/2025	BRAVO REYES DANNA SOFIA	1070391649	810018	M412	OTRAS ESCOLIOSIS IDIOPATICAS	$ 77.163.612
2879627	30/01/2025	30/01/2025	MURCIA VASQUEZ VALERY TATIANA	1071435768	930401	G800	PARALISIS CEREBRAL	$ 331.800
2886027	31/01/2025	31/01/2025	CASTRO VARELA ANA ISABEL	51579795	891901	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	$ 319.600
2879178	30/01/2025	30/01/2025	CELY DE RODRIGUEZ MYRIAN DEL SOCORRO	41597206	890280	M170	GONARTROSIS PRIMARIA	$ 92.600
2877747	28/01/2025	28/01/2025	CASTRO APONTE ANGEL THOMAS	1052840162	890380	M412	OTRAS ESCOLIOSIS IDIOPATICAS	$ 92.600
2875739	23/01/2025	23/01/2025	JIMENEZ BELLO SALOME	1075686839	890375	R51X	CEFALEA	$ 92.600
2876898	25/01/2025	19/01/2025	VARGAS MARIA DEL CARMEN	51587429	891901	G401	EY SESINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCFOCPAR Y ATAQUES PARCIAL	$ 1.278.400
2877200	27/01/2025	27/01/2025	HENAO SASTRE MAXIMILIANO	1036462082	890294	Q532	TESTICULO NO DESCENDIDO BILATERAL	$ 92.600
2879739	30/01/2025	30/01/2025	CIFUENTES CHITIVA BLANCA LEONOR	20437642	890343	R522	OTRO DOLOR CRONICO	$ 92.600
2879260	30/01/2025	30/01/2025	RODRIGUEZ JOSE PROSPERO	2917485	890343	M773	ESPOLON CALCANEO	$ 92.600
2879326	30/01/2025	30/01/2025	DE RIAÑO ZUREYA LUNA	27778228	890343	R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	$ 92.600
2875726	23/01/2025	23/01/2025	GOMEZ DE CASTRO SOLEDAD	25119199	890343	R522	OTRO DOLOR CRONICO	$ 92.600
2875501	22/01/2025	22/01/2025	SANTAMARIA RODRIGUEZ NUBIA LUCERO	46661985	890243	M545	LIMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600

2875491	22/01/2025	22/01/2025	SUAREZ RUIZ LICURGOS	17347819	890243	M546	DOLOR DE COLUMNA DORAL	$ 92.600
2879155	30/01/2025	30/01/2025	OSORIO MORA PEDRO	17117202	890343	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2879111	30/01/2025	30/01/2025	VARGAS SOLER LUZ MIRIAM	45621259	890243	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2880029	31/01/2025	31/10/2025	CASTILLO BELTRAN JUAN	19254496	933301	M461	SACROILIITIS NO CLASIFICADA	$ 1.130.400
2889707	26/02/2025	16/02/2025	CERON GUTIERREZ FABIO RAUL	3154043	871121	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	$ 2.184.549
2886304	19/02/2025	19/02/2025	CIFUENTES PRIETO IAN NICOLAS	1028409773	930401	G809	PARALISIS CEREBRAL	$ 331.800
2881137	11/02/2025	10/02/2025	RODRIGUEZ RODRIGUEZ MARGY YULIETH	1014276722	891901	G408	OTRAS EPILEPSIAS	$ 958.800
2887109	20/02/2025	20/02/2025	QUEMBA MERCHAN ALFREDO	9527188	890280	M169	COXARTROSIS NO ESPECIFICADA	$ 92.600
2884654	17/02/2025	7/02/2025	VALDERRAMA TELLEZ EMIGDIO	4084901	891901	G401	EY SESINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCFOCPAR Y ATAQUES PARCIAL	$ 958.800
2883749	14/02/2025	14/02/2025	GONGORA ROJAS JENNYFER TATIANA	40329483	890273	M513	OTRA DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERTBRAL	$ 92.600
2884175	14/02/2025	7/02/2025	RODRIGUEZ BARBOSA LAURA JULIANA	1104550936	890381	Q652	LUXACION CONGENITA DE LA CADERA NO ESPECIFICADA	$ 92.600
2884096	14/02/2025	4/02/2025	SUAREZ CIFUENTES VALERY SOFIA	1069307250	890381	Q871	SINDROME DE MALFORMACIONES CONGENITAS ASOCIADAS	$ 92.600
2884653	17/02/2025	6/02/2025	CIFUENTES PRIETO IAN NICOLAS	1028409773	930403	G809	PARALISIS CEREBRAL	$ 2.069.600
2883822	14/02/2025	10/02/2025	PINTO DE MOSQUERA ANA AMERICA	32658024	891901	G448	OTROS SINDROMES DE CEFALEA	$ 319.600
2880720	10/02/2025	4/02/2025	COLOMA FLOREZ JUAN DIEGO	1010239384	891901	F83X	TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO	$ 639.200
2882490	13/02/2025	13/02/2025	OSORIO BAZURDO ANA SOFIA	1105467997	891901	R55X	SINCOPE Y COLAPSO	$ 958.800
2882627	13/02/2025	13/02/2025	GONZALEZ GUEVARA MARIA ZULAY	1070704368	890280	S835	ESGUINCES Y TORCEDURAS	$ 92.600

2883057	13/02/2025	3/02/2025	SIERRA REINA MARTIN	1010764263	891901	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	$	639.200
2880729	11/02/2025	11/02/2025	TRIANA GUILLEN DEISSY	39522680	891901	G431	MIGRAÑA CON AURA	$	958.800
2881400	11/02/2025	11/02/2025	ALVARADO HERNANDEZ CUSTODIA	41318393	890243	A083	OTRAS ENTERITIS VIRALES	$	92.600
2882502	13/02/2025	12/02/2025	RODRIGUEZ NIETO JAIRO ALEJANDRO	1070588876	890243	S832	DESGARRO DE MENISCOS	$	92.600
2881456	11/02/2025	6/02/2025	MORENO NAVARRETE ERNESTO ALONSO	79358348	890243	S220	FX DE VERTEBRA TORACICA	$	92.600
2881318	11/02/2025	6/02/2025	ROJAS CORTES LILIANA ALEJANDRA	52059518	890243	K219	ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFAGICO	$	92.600
2880798	11/02/2025	5/02/2025	GUTIERREZ CASTRO JULIE ALEXANDRA	33377164	890243	M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR	$	92.600
2886399	19/02/2025	6/02/2025	VARGAS MARIA LUDIN	28468985	890243	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$	92.600
2886401	19/02/2025	6/02/2025	CARDENAS BAUTISTA JOSE MARIA	2903032	890243	I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	$	92.600
2882591	13/02/2025	4/02/2025	MORENO SUAREZ LULIAN CAMILO	1097120127	890281	M210	DEFORMIDAD EN VALGO	$	92.600
2884329	14/02/2025	5/02/2025	HERRERA FONSECA JOSE ANGEL	3693140	890243	R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	$	92.600
2884334	14/02/2025	5/02/2025	CARDENAS ARAGON MERCEDES	41500601	890243	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTADOR	$	92.600
2884340	14/02/2025	5/02/2025	ANGEL DUARTE AMRIA ISABELLA	1076246677	890281	M214	PIE PLANO	$	92.600
2882928	13/02/2025	13/02/2025	DAVILA DE GOMEZ CLOTILDE	20867184	890343	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$	92.600
2882785	13/02/2025	13/02/2025	MURCIA JOSE JUAN ESTEBAN	36126	890343	R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	$	92.600
2888345	24/02/2025	24/02/2025	CETINA GARCIA SARA VALENTINA	1023904878	890275	G409	EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO	$	92.600
2887752	21/02/2025	6/02/2025	GAMBOA GUERRERO MANUEL ANTONIO	19221335	890343	R103	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	$	92.600

2884233	14/02/2025	13/02/2025	BONILLA LINARES PABLO ANDRES	17117364	890343	M542	CEVICALGIA	$	92.600
2882762	13/02/2025	13/02/2025	PAEZ RONCANCIO NEILA SOFIA	41613457	890343	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$	92.600
2882514	13/02/2025	13/02/2025	MEJIA MARYEN DEL CARMEN	41492877	980343	G578	OTRAS MONONEUROPATIAS	$	92.600
2882181	12/02/2025	12/02/2025	LEON DE VELASQUEZ MARIA MERCEDES	20144245	890343	M199	ARTROSIS NO ESPECIFICADA	$	92.600
2886573	19/02/2025	19/02/2025	TRUJILLO RUBIO MERCEDES	55056717	890243	M544	LUMBAGO CON CIATICA	$	92.600
2886565	19/02/2025	19/02/2025	PEREZ VELASCO ERIKA PAOLA	1101756462	890243	M059	ARTRITIS REUMATOIDEA	$	92.600
2887676	21/02/2025	5/02/2025	GONZALEZ RIOS DUVAN	1024465044	890343	M461	SACROILITIS NO ESPECIFICADA	$	92.600
2882392	12/02/2025	12/02/2025	JOYA RIAÑO BLANCA IMELDA	41406058	890243	M544	LUMBAGO CON CIATICA	$	92.600
2883015	13/02/2025	13/02/2025	BELTRAN CELIS NORMA CONSTANZA	51976932	890343	M421	OSTEOCONDROSIS DE LA COLUMNA VERTEBRAL	$	92.600
2886939	20/02/2025	20/02/2025	BOLAÑOS GONZALEZ SILVIO	9350486	890343	M791	MIALGIA	$	92.600
2886664	19/02/2025	19/02/2025	GUERRERO TORRES NANCY ESMERALDA	39533009	890343	R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	$	92.600
2883751	14/02/2025	14/02/2025	SEGURA LIZARAZO LUAN DAVID	1015475434	890380	M217	LONGITUS DESIGUAL DE LOS MIEMBROS	$	92.600
2887654	21/02/2025	21/02/2025	MURCIA VASQUEZ VALERY TATIANA	1071435768	890381	G800	PARALISIS CEREBRAL	$	92.600
2890680	27/02/2025	27/02/2025	RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA	1029524603	890275	G800	PARALISIS CEREBRAL	$	92.600
2885978	18/02/2025	18/02/2025	CASTRO TORRES JUAN SEBASTIAN	1145933505	891901	R620	RETARDO DEL DESARROLLO	$	958.800
2890015	26/02/2025	13/02/2025	VARGAS GUERRERO MARIANA	1016951512	891402	F419	TRASTORNO DE LA ANSIEDAD	$	111.400
2886873	20/02/2025	19/02/2025	GUACANEME VELANDIA LUIS FERNANDO	1010003162	890343	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$	92.600

2886943	20/02/2025	20/02/2025	LUGO ZAPATA GLADYS	55063417	890343	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2890072	26/02/2025	26/02/2025	MARTINEZ GALINDO MARISOL FERNANDA	1013604819	890243	M796	DOLOR EN MIEMBRO	$ 92.600
2890372	27/02/2025	27/02/2025	PRIETO DE OSORIO BLANCA MARIA	41755410	890243	M548	OTRAS DORSALGIAS	$ 92.600

TOTAL	**$95.943.161.00**

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. 65168
Consecutivo de Envío Nro. 340

BOGOTÁ, 3 de Marzo 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 - 2879914	2025/01/31	803924	DANNA SOFIA BRAVO REYES		77,163,612.00	1070391649
			Número de Documentos 1		Valor Total: $	77,163,612.00	

Valor en Letras: SETENTA Y SIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DOCE 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	619081	Fecha Pre-Radicado	3/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$7
Cantidad de Facturas Registradas	1	Vlr Fin de Cargue	$7
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	8222970	2879914	1/31/2025 12:00:00 AM	1070391649	BRAVO REYES DANNA SOFIA	$77,163,612.00	Aceptar	Eliminar

Generar Soporte de PreRadicado

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	619081	Fecha Pre-Radicado	3/3/2025 8:17:37 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$77,163,612
Cantidad de Facturas Registradas	1	Vlr Fin de Cargue	$77,163,612.00
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

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 enero de 2025 y planilla del mes de enero de 2025 pagada el día 11 de febrero 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 enero del 2025.

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 once (11) días del mes de febrero 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 General de Pago

TOS GENERALES DEL APORTANTE

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

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
5-01	2025-02	1258463797	9481551599	E	2025/02/18	2025/02/11	BANCO POPULAR	0	$709.079.800

SUMEN DE PAGO

SGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E	VALOR A PAGAR
(ADMINISTRADORAS: 5)				489	$289.890.400	$0	$0	$289.890.400
COLFONDOS	231001	800.227.940	6	56	$34.802.900	$0	$0	$34.802.900
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	156	$120.356.900	$0	$0	$120.356.900
PORVENIR	230301	800.224.808	8	181	$85.314.800	$0	$0	$85.314.800
PROTECCION	230201	800.229.739	0	90	$38.289.200	$0	$0	$38.289.200
SKANDIA	230901	800.253.055	2	6	$11.126.600	$0	$0	$11.126.600
L (ADMINISTRADORAS: 1)				516	$31.661.100	$0	$0	$31.661.100
COLPATRIA ARP	14-4	860.002.183	9	516	$31.661.100	$0	$0	$31.661.100
F (ADMINISTRADORAS: 1)				504	$71.535.400	$0	$0	$71.535.400
COMPENSAR	CCF24	860.066.942	7	504	$71.535.400	$0	$0	$71.535.400
S (ADMINISTRADORAS: 13)				526	$226.553.100	$0	$0	$226.553.100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830.113.831	0	18	$15.248.800	$0	$0	$15.248.800
CAPITAL SALUD	EPSC34	900.298.372	9	2	$401.900	$0	$0	$401.900
COMPENSAR	EPS008	860.066.942	7	153	$63.167.700	$0	$0	$63.167.700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800.088.702	2	56	$32.315.500	$0	$0	$32.315.500
FAMISANAR	EPS017	830.003.564	7	80	$29.187.400	$0	$0	$29.187.400
FOSYGA	MIN001	901.037.916	1	2	$699.500	$0	$0	$699.500
MUTUAL SER	ESSC07	806.008.394	7	1	$375.200	$0	$0	$375.200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900.156.264	2	27	$8.353.600	$0	$0	$8.353.600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900.156.264	2	4	$1.037.100	$0	$0	$1.037.100
SALUD BOLIVAR	EPS047	901.438.242	5	1	$194.000	$0	$0	$194.000
SALUD TOTAL	EPS002	800.130.907	4	52	$13.661.500	$0	$0	$13.661.500
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	129	$60.279.700	$0	$0	$60.279.700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899.999.063	3	1	$1.631.200	$0	$0	$1.631.200
BF (ADMINISTRADORAS: 1)				504	$53.659.500	$0	$0	$53.659.500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR	PAICBF	899.999.239	2	504	$53.659.500	$0	$0	$53.659.500
NA (ADMINISTRADORAS: 1)				504	$35.780.300	$0	$0	$35.780.300
SENA	PASENA	899.999.034	1	504	$35.780.300	$0	$0	$35.780.300
OTAL				526	$709.079.800	$0	$0	$709.079.800

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. 2879914
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	31	08:36
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	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 : ca754b2f25870e49ee487db82ec9b1af2188981f0b234d8b951d46239faa4cfddfe32a9036fdcb931a6fc3fc3107b7e4

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: 803924-1
DOCUMENTO: 803924-1

PACIENTE: BRAVO REYES DANNA SOFIA
ID: TI 1070391649
TELEFONO: 3057174817
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1070391649
AUTORIZACIÓN: 8772102

FECHA INGRESO: 2025-01-16 07:02:00
FECHA EGRESO: 2025-01-23 14:23:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 7.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	810018	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VERTEBRAS VIA ANTERIOR TRES O MAS TIEMPOS-PAQUETE CIRUGIA-UND:NAR	1,00	28.228.800,00		28.228.800.00
2	891907	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DE COLUMNA VERTEBRAL Y MÉDULA ESPINAL-MONITOREO NEUROFISIOLOGICO-UND:NAR	1,00	6.408.800,00		6.408.800.00
3	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)-UND:NAR	1,00	57.400,00		57.400.00
4	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)-UND:NAR	1,00	56.000,00		56.000.00
5	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) METODO AUTOMATICO-UND:NAR	2,00	39.400,00		78.800.00
6	902211	HEMATOCRITO-UND:NAR	4,00	7.100,00		28.400.00
7	902213	HEMOGLOBINA-UND:NAR	4,00	14.700,00		58.800.00
8	903810	CALCIO POR COLORIMETRIA *-UND:NAR	5,00	33.700,00		168.500.00
9	903813	CLORO (CLORURO)-UND:NAR	5,00	18.000,00		90.000.00
10	903835	FOSFORO INORGANICO (FOSFATOS)-UND:NAR	1,00	31.800,00		31.800.00
11	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA-UND:NAR	4,00	23.700,00		94.800.00
12	903854	MAGNESIO-UND:NAR	1,00	36.500,00		36.500.00
13	903859	POTASIO-UND:NAR	5,00	56.500,00		282.500.00

OBSERVACIONES:

Auxiliar de Facturación

Plazo: 17/03/2025

SUBTOTAL	77.163.612,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	77.163.612,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	77.163.612,00

SON: SETENTA Y SIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DOCE 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: 20-2879914-010 Prog: cfafac Usuario: diazl LAURA CAMILA DIAZ LANCHEROS 2025-01-31 08:36:0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-31 08:36:41-05:00

Firma Digital:
klxTdR2Rk/FD8OzNZKtjV6Ap2F3/BFKslY1cfxo8GpXsGBlu4jfi9dWj5YztGJ6PEB/Xua1weDwdLST2DKlDP9RKPRJGvDF5c4ggc2MFGbM6toA0PMp5tBpEn/WgI8L92g00RbNBFhPAXwSoSna/FBlWi1LC050OlkDs3DO+cnSSHTkcccreC/MnrUXabiJ/1/U216EZQHyVQqkZGK0RqfPOAqjbgVQT8+6cXiNUrD3SCRZ+SvOpcS84qxb+yqVS2GsOSLJRKlG8QSdBaO5CINq0M8frR/7E2ADNYZL8PKd2Tf1oliuvpb9KfXAJVuPX6yG+0QHpAJIaLW2HRKC84g==

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. 2879914
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	31	08:36
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	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 : ca754b2f25870e49ee487db82ec9b1af2188981f0b234d8b951d46239faa4cfddfe32a9036fdcb931a6fc3fc3107b7e4

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: 803924-1
DOCUMENTO: 803924-1 803924-1

PACIENTE: BRAVO REYES DANNA SOFIA
ID: TI 1070391649
TELEFONO: 3057174817
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1070391649
AUTORIZACIÓN: 8772102

FECHA INGRESO: 2025-01-16 07:02:00
FECHA EGRESO: 2025-01-23 14:23:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 7.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
14	903864	SODIO-UND:NAR	5,00	46.500,00		232.500,00
15	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA-UND:NAR	1,00	29.400,00		29.400,00
16	CYD0047	CHIPS CORTICO ESPONJOSO 50 CC LIOFILIZADO-UND:NAR	2,00	3.127.040,00		6.254.080,00
17	IMP0005	REVERE TOR PEDICULAR 5.5 POLIAXIAL 35MM-UND:NAR	7,00	1.254.804,29		8.783.630,00
18	IMP0007	REVERE TOR PEDICULAR 6.5 POLIAXIAL 35MM-UND:NAR	1,00	1.254.804,00		1.254.804,00
19	IMP0028	REVERE TOR PEDICULAR 5.5 POLIAXIAL 30MM-UND:NAR	2,00	1.254.804,50		2.509.609,00
20	IMP0187	REVERE TORNILLO DE BLOQUEO-UND:NAR	21,00	183.456,00		3.852.576,00
21	IMP2024	BARRA RECTA 5.5 X 500 MM COCR-UND:NAR	2,00	1.949.808,00		3.899.616,00
22	IMP2028	REVERE TOR PEDICULAR 5.5 POLIAXIAL 40MM REF 124-454-UND:NAR	1,00	1.254.804,00		1.254.804,00
23	IMP2029	REVERE TOR PEDICULAR 6.5 POLIAXIAL 40MM-UND:NAR	10,00	1.254.804,30		12.548.043,00
24	SYN2065	5 MM FLUTED BALL-UND:NAR	1,00	923.450,00		923.450,00
		TOTAL LÍNEAS: 24				

OBSERVACIONES:

Auxiliar de Facturación

Plazo: 17/03/2025

SUBTOTAL	77.163.612,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	77.163.612,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	77.163.612,00

SON: SETENTA Y SIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS 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.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2879914-010 Prog: cfafac Usuario: diazl LAURA CAMILA DIAZ LANCHEROS 2025-01-31 08:36:0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-31 08:36:41-05:00

Firma Digital:
klxTdR2Rk/FD8OzNZKtjV6Ap2F3/BFKslY1cfxo8GpXsGBlu4jfi9dWj5Yat0J6PEB/Xua1weDwdLST2DKlDP9RKPRJGvDF5c4ggc2MFGbM6toA0PMp5tBpEn/Wgl8L92g00RbNBFhPAXwSoSna/FBiWi1LC050OlkDs3DO+cnSSHTkcccreC/MnrUXabi)/1/U216EZQHyVQqkZGK0RqfPOAqjbgVQT8+6cXiNUrD3SCRZaSvOpcS84qxb+yqVS2GsOSLJRKlG8QSdBaO5CINq0M8fr8/7E2ADNYZL8PKd2Tf1qlluvpb9KfXAJVuPX6yG+0QHpAjIaLW2HRKC84g==

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

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 65169
Consecutivo de Envío Nro. 341

BOGOTÁ, 3 de Marzo 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 - 2879627	2025/01/30	464940	VALERY TATIANA MURCIA VASQUEZ	331,800.00	
010	21 - 2880627	2025/01/31	816786	ANA ISABEL CASTRO VARELA	319,600.00	
010	21 - 2879178	2025/01/30	815835	MYRIAN DEL SOCORRO CELY DE RODRIGUE	92,600.00	
010	21 - 2877747	2025/01/28	796484	ANGEL THOMAS CASTRO APONTE	92,600.00	2
010	21 - 2875739	2025/01/23	796206	SALOME JIMENEZ BELLO	92,600.00	
010	21 - 2876898	2025/01/25	809983	MARÍA DEL CARMEN VARGAS	1,278,400.00	
010	21 - 2877200	2025/01/27	808308	MAXIMILIANO HENAO SASTRE	92,600.00	1
011	21 - 2879739	2025/01/30	756224	BLANCA LEONOR CIFUENTES CHITIVA	92,600.00	
011	21 - 2879260	2025/01/30	755878	JOSE PROSPERO RODRIGUEZ	92,600.00	
011	21 - 2879326	2025/01/30	771478	ZUREYA LUNA DE RIAÑO	92,600.00	
011	21 - 2875726	2025/01/23	746108	SOLEDAD GOMEZ DE CASTRO	92,600.00	
011	21 - 2875501	2025/01/22	811772	NUBIA LUCERO SANTAMARIA RODRIGUEZ	92,600.00	
011	21 - 2875491	2025/01/22	811388	LICURGOS SUAREZ RUIZ	92,600.00	
011	21 - 2879155	2025/01/30	756253	PEDRO OSORIO MORA	92,600.00	
011	21 - 2879111	2025/01/30	809999	LUZ MIRIAM VARGAS SOLER	92,600.00	
013	21 - 2880029	2025/01/31	757430	JUAN CASTILLO BELTRAN	1,130,400.00	3
				Número de Documentos 16	Valor Total: $ 4,171,400.00	

Valor en Letras: CUATRO MILLONES CIENTO SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS 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	619426	Fecha Pre-Radicado	3/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$4,
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
6	8225497	2875491	1/22/2025 12:00:00 AM	17347819	SUAREZ RUIZ LICURGOS	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
10	8225501	2875501	1/22/2025 12:00:00 AM	46661985	SANTAMARIA RODRIGUEZ NUBIA LUCERO	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
8	8225499	2875726	1/23/2025 12:00:00 AM	25119199	GOMEZ DE CASTRO SOLEDAD	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
9	8225500	2875739	1/23/2025 12:00:00 AM	1075686839	JIMENEZ BELLO SALOME	$92,600.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	619426	Fecha Pre-Radicado	3/3/2025 10:31:10 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$4,171,400
Cantidad de Facturas Registradas	16	Vlr Fin de Cargue	$4,171,400.00
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

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 enero de 2025 y planilla del mes de enero de 2025 pagada el día 11 de febrero 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 enero del 2025.

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 once (11) días del mes de febrero 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 General de Pago

TOS GENERALES DEL APORTANTE

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

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
25-01	2025-02	1258463797	9481551599	E	2025/02/18	2025/02/11	BANCO POPULAR	0	$709.079.800

ESUMEN DE PAGO

ESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E	VALOR A PAGAR
P (ADMINISTRADORAS: 5)				489	$289.890.400	$0	$0	$289.890.400
COLFONDOS	231001	800.227.940	6	56	$34.802.900	$0	$0	$34.802.900
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	156	$120.356.900	$0	$0	$120.356.900
PORVENIR	230301	800.224.808	8	181	$85.314.800	$0	$0	$85.314.800
PROTECCION	230201	800.229.739	0	90	$38.289.200	$0	$0	$38.289.200
SKANDIA	230901	800.253.055	2	6	$11.126.600	$0	$0	$11.126.600
L (ADMINISTRADORAS: 1)				516	$31.661.100	$0	$0	$31.661.100
COLPATRIA ARP	14-4	860.002.183	9	516	$31.661.100	$0	$0	$31.661.100
F (ADMINISTRADORAS: 1)				504	$71.535.400	$0	$0	$71.535.400
COMPENSAR	CCF24	860.066.942	7	504	$71.535.400	$0	$0	$71.535.400
S (ADMINISTRADORAS: 13)				526	$226.553.100	$0	$0	$226.553.100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830.113.831	0	18	$15.248.800	$0	$0	$15.248.800
CAPITAL SALUD	EPSC34	900.298.372	9	2	$401.900	$0	$0	$401.900
COMPENSAR	EPS008	860.066.942	7	153	$63.167.700	$0	$0	$63.167.700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800.088.702	2	56	$32.315.500	$0	$0	$32.315.500
FAMISANAR	EPS017	830.003.564	7	80	$29.187.400	$0	$0	$29.187.400
FOSYGA	MIN001	901.037.916	1	2	$699.500	$0	$0	$699.500
MUTUAL SER	ESSC07	806.008.394	7	1	$375.200	$0	$0	$375.200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900.156.264	2	27	$8.353.600	$0	$0	$8.353.600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900.156.264	2	4	$1.037.100	$0	$0	$1.037.100
SALUD BOLIVAR	EPS047	901.438.242	5	1	$194.000	$0	$0	$194.000
SALUD TOTAL	EPS002	800.130.907	4	52	$13.661.500	$0	$0	$13.661.500
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	129	$60.279.700	$0	$0	$60.279.700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899.999.063	3	1	$1.631.200	$0	$0	$1.631.200
BF (ADMINISTRADORAS: 1)				504	$53.659.500	$0	$0	$53.659.500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR	PAICBF	899.999.239	2	504	$53.659.500	$0	$0	$53.659.500
NA (ADMINISTRADORAS: 1)				504	$35.780.300	$0	$0	$35.780.300
SENA	PASENA	899.999.034	1	504	$35.780.300	$0	$0	$35.780.300
OTAL				526	$709.079.800	$0	$0	$709.079.800

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. 2879627
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	30	14:44
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	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 : c0e4cbf45d4e9990031c7f805d9166d40e195521fb59376d0d94dee8b52f845af3cd9f588e05934235c254dbabb33f95

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: 464940-2
DOCUMENTO: 03-1158272-010

PACIENTE: MURCIA VASQUEZ VALERY TATIANA
ID: TI 1071435768
TELEFONO: 3103373342
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8765410

FECHA INGRESO: 2025-01-30
FECHA EGRESO: 2025-01-30
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: 16/03/2025

SUBTOTAL	331.800,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
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 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: 21-2879627-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-01-30 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: 2025-01-30 14:44:25-05:00

Firma Digital:
Hnf+nZmlRN2TD19//Vqoq4yob4jR9U2gtlSIBkkZcwjyvay02bxEbNh/pce3N9P+tb7oxd5GWvkfccKFJQkRtFMwE3oKLh57F23bcpkhPvkKkCUQ54dpMewdU/3U8fw7RkSM/7AMraNYrltWlb1OgezoLOxmOMGHvoXI9p9vz3q7F81BIMoU0
Y+nU+OvOqRB+bVo21D6xNakvOsdgzSd7+gCYQL9CI62dW5P5NhIW1DDKFfIoELcpY89Hy/AxWeCQtP9fP6eFb3nOiTLMAx0TmdQAZ5yT9WIYQI98NTY4sysLZmmENZsspf+cI7dIIdyeQXZIr9pO9XjmFUUWFeyhQ==

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. 2880627
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	31	21:28
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	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 : 8aee1e5599b42a5f193442a8436d4dfd73167a5d006a2919dfd45bbb66971602205ff995b8c1a6f2440d224597ad89c1

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: 816786-1
DOCUMENTO: 03-1158867-010

PACIENTE: CASTRO VARELA ANA ISABEL
ID: CC 51579795
TELEFONO: 3124240878
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8678356

FECHA INGRESO: 2025-01-31
FECHA EGRESO: 2025-01-31
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: 17/03/2025

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.

io: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2880627-010 Prog: cayfac Usuario: amanrique ASTRID DAMARA MANRIQUE GUZMAN 2025-01-31 2:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-31 21:29:19-05:00

Firma Digital:
aGm4/fz5hzFPeaqM2n1c3ExfSe3F8C1bSHEepGhTkYgWSfLa+gvvXzJ3+o+y7Wd63H0HypbfnaPs0gNEzoQ06g98KCaZRIJQpkvIxvaRu3IiiS/jW2UcDOBQ/Im91cRt6bs4E7E1VKMbRQqECZZ3w2DJX+UWS2qjPtd9sQ3y0+TqjX2Xesm
DieRG6hP7quGIxoxQC4aRqEaDuAyNfzAq6CQTnD4qOZ0ZqdaCpdCvwlZHjHz0X+KFbPSq2CUmST4Hj3nnGO9mMw69YJuZWA8g3eBeIt0nPAfGzOYQSXrHfSxW7dQ8sl1QpgnKuaMMgFjzBVaL+JWa08HqrvXnmgtnDQ==

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. 2879178
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	30	08:10
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	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 : eff9937ad0c9059d6b922f481e243e80adf605a894da0b0406c8e82881348c3429c8c003b9689be6b84c7aa42a934eb9

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: 815835-1
DOCUMENTO: 03-1157890-010

PACIENTE: CELY DE RODRIGUEZ MYRIAN DEL SOCORRO
ID: CC 41597206
TELEFONO: 3103413447
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9182503

FECHA INGRESO: 2025-01-30
FECHA EGRESO: 2025-01-30
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: 16/03/2025

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.

renio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2879178-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-01-30 08:1

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-30 08:11:24-05:00

Firma Digital:
EwTBmqQo1o1x/MobbiqKHAwfY+t6REcJjQ3/3RWFP6pU6LNlSDm3EFRNcoW8hncKbLIBiEYY3RbRCoh0XmZmMPypdzoX8mQQ4yzuwDy4pyrgcn7EV/NruA9AGODJxp0ZDNFUJ95fpcxQ7O0iD0Buy8LxtpLHklGj+1nVkIR/lPYLgadJiZe43
VN1bk0CkqnUWHQIMUybIi45uD7rA1chY/oovLQhnqeNdcsmT6yIjWhOgA5N6orHldWn/2+XgIpgk58FZsNqtBnTw3IYDp8AwSrhJblta9diCp2eFLgIZOq4xWLG2RPAX6lt4URDYHVmeICIcl+P08FC/mfOn5B+NQ==

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. 2877747
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	28	11:27
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	14	

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 : 83fca22f73a4dfd0b47619a38f822f8c3f15d0cc853ab8e67db09523d79b45bea1fb17e8d631413067e303a748c73e83

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: 796484-1
DOCUMENTO: 03-1156739-010

PACIENTE: CASTRO APONTE ANGEL THOMAS
ID: TI 1052840162
TELEFONO: 3114440467
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 2
AUTORIZACIÓN: 9094902

FECHA INGRESO: 2025-01-28
FECHA EGRESO: 2025-01-28
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Erika Julieth Urrea Saenz
INSTITUTO ROOSEVELT
Auxiliar de Facturación

Plazo: 14/03/2025

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.

onvenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2877747-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-01-28 11:27:5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-28 11:28:12-05:00

Firma Digital:
Hfj7BqFoH2BpIv0R0pkkwwlYvt3kudBOcrX+AGpS31d/Qq7DLyvk0Uw5Gs3NCuYYbJP2/Ls32qOTcZVIJC6N+AC0A6s2UJ69In1ZWRkLyej24pZRbLtaS49dH36JEboTiStRDYs6Ty0UQFA/L0+y03krrtvakvsGgz5eM6VY2PisL8krUiDcWlDH
cAAuRJRQQdq1OGxFi1MU0VB1Y0WzcjK8Z94Ox9kzamekFlS1Mmh26orRFo6RtNaZMcfkKvckvxBaH4uANpSXv+gDzuJHm1/ZNEDl1RSVRiGgecrgjpiy8/92/UhOlt/8j7GzSIxWKG6Fugep9j8PafOVQdVtlw==

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. 2875739
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	23	08:07
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	09	

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 : a946df8fc551816c9bed5640deb13d39340766fffdb9d3e7afb2f749f304b96be4b9373e6ed0a81fbf60fe8fe9ed896b

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: 796206-1
DOCUMENTO: 03-1154602-010

PACIENTE: JIMENEZ BELLO SALOME
ID: TI 1075686839
TELEFONO: 3102375998
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9165051

FECHA INGRESO: 2025-01-23
FECHA EGRESO: 2025-01-23
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA-NEUROLOGIA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 09/03/2025

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.

'enio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2875739-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-01-23 08:0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-23 08:08:28-05:00

Firma Digital:
kwc6j2yz08qt4GxGc5rauojYkymjwHNd+FSIk/jq+WOt/InzGJnc960whUJr2IThtdNnuvOQfjtiGdsK6hk/0/O5d7r042l8sY9UoXdwCU/Ndx6iPpRsc5S8LkD2zmiF0B1d0G3yRlvHcA5Nbugbce/aXo2Vc1z0o5cKMvf+Yfg/cgSj7OEHy8TXHsX
xcmOUlIralEjOFpH8hEx03ErPnPedsBIEOImWy7rXZ5LAHGJ+Hws/PHBZuoJZeWju0TTghw2mXNwKqeIJ6+9y5tBBGkk5mpVX2kmgFR2/YP9y/HdCy8Z2yp9MhEEmQWBiJddZtHLXeb+NGYJ/+eSom1rozg==

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. 2876898
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	25	02:54
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	11	

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 : 767b14f19075b6e7f45abb94411e316320b021fef3e3d28e3a62c34d247f336362a0bf2652738b87a7a662c4728a6e4e

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: 809983-1
DOCUMENTO: 03-1152397-010

PACIENTE: VARGAS MARÍA DEL CARMEN
ID: CC 51587429
TELEFONO: 3174567515
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

FECHA INGRESO: 2025-01-19
FECHA EGRESO: 2025-01-19
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	8,00	159.800,00		1.278.400,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 11/03/2025

SUBTOTAL	1.278.400,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	1.278.400,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	1.278.400,00

SON: UN MILLON DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO 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.

venio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2876898-010 Prog: cayfac Usuario: urregoa ANDRES FELIPE URREGO GOMEZ 2025-01-25 02:54

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-25 02:54:32-05:00

Firma Digital:
O79/hb30n1QuqT+GxEU4VzKrtBZTyVRsQRYz4DqfqeObpbyqvX5w3tCYX74w1fNM7uXAGg07waHOsxwRh3sFmHY9uaEywSGMkfxqzN1CsL9v3ZheMbJ8WEHHe42VY2BL8mDPK8qDeASJeFIrNZsrMyyjp51p7MfFGoG1thRHiT06V1Wot
Jugua9Yf3FlEEcf35/4/gq/hnqHAofvoZA7rvFi9NZcxkoNI1sB0te2GDBgO/XP+x833rsl5Y72wc3gKxApFtgIxzH2L6hG2SpV75FO8B7qfSgkd6vbwHOvxvUZ8xKHuQu9o+tly+yz4h40sEheFOxVVCXuwSJXqjzmnw==

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. 2877200
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	27	08:49
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	13	

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 : 96b8cbef2ab0129a8dcb6a9d521b81ab63029a43b2230afe22c09aa6fae00a6e2fd21cd2719409b9dce0f50e9c433851

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: 808308-1
DOCUMENTO: 03-1155913-010

PACIENTE: HENAO SASTRE MAXIMILIANO
ID: RC 1036462082
TELEFONO: 3023897563
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 8750746

FECHA INGRESO: 2025-01-27
FECHA EGRESO: 2025-01-27
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA-UROLOGIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 13/03/2025

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.

nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2877200-010 Prog: cayfac Usuario: dmsanchez DIANA MILENA SANCHEZ HURTADO 2025-01-27 08:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-27 08:50:02-05:00

Firma Digital:
gTkAPNr+M9mqf8k2jTwJScSXK+/cmAZcUpNsGjOqfZ4fXq0tDD0/wQxt0AQjTSAtg1UpUTlpGED3y/J+SHkuFb7KPOF783R7nUAyDXAyUAb6/cAZazjBV97lF5+vuQWe6C2f2o+0P68RuLZqJOpVuOBUsvBTqnmlp6IAANtk5Rr0VFEuDkkfL1Eln4MEM0EeYjLDc5UPJMBbVZOW1p9EpKxMkNZ7Ole1KNMbpZmbeVBxuMXfg1COIw8C/rkQZea6wkbCBWhoqY1/Yr9gdRccx8ogyJ5CQ3CZv2ILEvgzTI+fdKAhfsdOJdqP014NRNTrVCNjqZrUj46wU3J6IdhwWg==

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. 2879739
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	30	17:42
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	16	

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 : 52219b0a176c5a2ccf3294575357abc1d7c6f84cb182c9c4f0c684a3d082f0a0004b1c4849b1982f0ae899ab3e143ac3

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: 756224-1
DOCUMENTO: 03-1157977-011

PACIENTE: CIFUENTES CHITIVA BLANCA LEONOR
ID: CC 20437642
TELEFONO: 3177514786
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8946928

FECHA INGRESO: 2025-01-30
FECHA EGRESO: 2025-01-30
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: 16/03/2025

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: 21-2879739-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-30 17:42:53

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-30 17:43:17-05:00

Firma Digital:
a2f5JYFVnIxjafcAiCWhAr9f0qycgrsXyAs49nWjhsL3sxucbRIQoCKjSQCTXVWuzRQrs12y7/ZZx2Ye4fQru5jFzDtqAo3fn1B3Tq8pbDm4TqBacZ9gjGym9keFLBVbVsyPgJrw/w2zlM9dE+mflLi2vRJzMoYdAef1ZBUhUzid86IXWPlGOgz4oBI
mq6EQrxCPa/W76flq2TBWwOO/gPZdOsd1z9HLFZu3NYpBZLXmAk1J6QSQx+i9O/m0YkY1iwGv3EnkaNC7aVu0XuSHIaLwH/9axuPOLBH2VxjS8ng/BwqrD19gthFA/sLi/cQ5uTKI0ePXuxI+O6BTfuHOGw==

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. 2879260
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	30	09:30
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	16	

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 : b137bd4ee7616da998e42059977e24aa76713e80172dedb8ea470fc1779ce6f675119c9202844fb940853655fdc0bb20

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: 755878-1
DOCUMENTO: 03-1158007-011

PACIENTE: RODRIGUEZ JOSE PROSPERO
ID: CC 2917485
TELEFONO: 3202503829
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8966096

FECHA INGRESO: 2025-01-30
FECHA EGRESO: 2025-01-30
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 Responsabilidad

Plazo: 16/03/2025

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: 21-2879260-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-30 09:30:30

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-30 09:45:05-05:00

Firma Digital:
ICNRFgCvO5HJrOthm/z0Wp8H4KSRty73C6LG7/ywOM4yTgrw+XzvyAA0FjdyZ2H1Nb9oKLAtdJ8kBKbAFq55XvTKYC2ITZ//XxGIwVKo1VOSn+IFFHHfMcONKlmxG1m7RQ+vg/pC+QFpQtvdGESDQ0ao3q9DBFzksXWFqrsMXGPsvuX3OLs9h0vIGFZM2YOt7K91vJsXJPJhm087gA+m212ZZlpOL68obk8xnR7PDOOvYfoyzgiRQkd1s3QYU9yBmAcV8Y98/vRerJawXSdSt7BbwFNF2ClJUA6N8UundwlMHbxLYUpDXnSX2dFooxMpNE+akOcKYw5Cw4S/lePNYg==

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2879326
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	30	10:39
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	16	

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 : bf8ee8466 01b6c0bdbe4b6e0cc195002526aeb4d05d711fc629f96ad4b86b9d926ed6dab566116effbac89cb4a0aa4dc

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 4207418
CONSECUTIVO INTERNO: 771478-1
DOCUMENTO: 03-1158089-011

PACIENTE: DE RIAÑO ZUREYA LUNA
ID: CC 27778228
TELEFONO: 3156134654
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8769933

FECHA INGRESO: 2025-01-30
FECHA EGRESO: 2025-01-30
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. 52.521.767

Plazo: 16/03/2025

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: 21-2879326-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-01-30 10:39:47

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

Fecha Validación DIAN: 2025-01-30 10:40:14-05:00

Firma Digital:
KxkJDS+ggIANxCwoJNFTkrTGYaVJvry5wu22WSfoWLKXtZlM0+WQlcclwN21eqwOT57o/4AVoCHp2p4luIoAdyOcHhalapG4u7rndG15vUrlc5Ew2BQRdY6OXNfLL+BJMhBwqCzGa1F7JLeTx4jTcrA7UoOQlWoujb87KOgAsjHHE9OezTyvb
BBcxUnhJE9C7ew6J3f[illegible]FxPIDGXQ9Ni40PmwaVbpD9FNIC+r+kP+G4U8aRFK9zrzCwsmojON54sL2QWvP21zNqyeqRklpUlka0rxWAVr7eJwT+lThuMuLQYNQ9vWNrzozYIo4My4HLmLcSglo+X85Ke1S3D0fIKA==

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	S524	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO
Diagnóstico Relacionado 1	M842	CONSOLIDACION RETARDADA DE FRACTURA
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien Solicita: ROMERO BARRETO CAMILO JOSE - 79733026	**Teléfono:**			
		indicativo	número	extensión
Cargo o Actividad: ORTOPEDISTA	**Teléfono celular:**			

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. 2875726
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	23	07:49
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	09	

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 : 13d5e14015fd651ec75b9c5c031441deb40c5303ea54644f3f80df2a7eb208370eacc82fde14dc35c8f234883c1d42eb

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: 746108-1
DOCUMENTO: 03-1154559-011

PACIENTE: GOMEZ DE CASTRO SOLEDAD
ID: CC 25119199
TELEFONO: 300 655 00 27
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8973385

FECHA INGRESO: 2025-01-23
FECHA EGRESO: 2025-01-23
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: 09/03/2025

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: 21-2875726-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-01-23 07:49:45

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-23 07:50:01-05:00

Firma Digital:
nFCC6nJuDkgQNNNcfEoZCbUk/fStLB1nYQf0E9jI3gB1Jzl08QCk6icKldwW6mTlGWKke10b5OUZgSeu9UG3Ixs3w8/hJirV12dPnkjAW0SpJKS6EO1yndm/xAeRLTkyvDKlkmbw8u1gQswoKMGKmXpJ+dlY8z3Cx2BsuvJ/A4F1uGCfT8Sbb
YEkk3VxN83fdsFcusKxMu34TkBqtHNI8wU12PDcvkajFzHSkZgFGY5KP22bkozIC4c0Bp1depB/LtFmOTelDSBrHpsaXz9vNXcFGtWumX8lwTsdOPsjNQw/mkCZ8cBWRp8qCSKoBN6V4nLABi5afvFRkHU9Ehftdg==

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. 2875501
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	22	15:06
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 : a2f4011a8b4bbb05481f340b44a0aedf4fa24702daddd844682f75d2c83313ca4231e393a4c8fab16d42403fb685b283

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: 811772-1
DOCUMENTO: 03-1154350-011

PACIENTE: SANTAMARIA RODRIGUEZ NUBIA LUCERO
ID: CC 46661985
TELEFONO: 3212811369 6018003309
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8967789

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.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2875501-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-01-22 15:06:19

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-22 15:07:05-05:00

Firma Digital:
VjxD/kpRltv5rTeCO2pUdvHKAA44+bbqbO3U9cYOKCu3t/DFF1fIzKVu0nNKzk6Rg76DE4jCljdfSdFmWs1gW5/MoTunDoTJ4ZSJWrsUx6jf76G5JC3XNLjjrSINJ2kv0KL73l/6sYyQ2uPvW2hneQtNOnlc4KGjD7xtK3GL41WT5GdiL8tsIrdWljmbBB8AUYWdRS4XXr7Cru834zVSENG/fEyISpRPXHStXxCU6nm+/ukprSSuej4CDQIktI5p3KF8QFqawFEAxZt5Bh+cZ/ZY4UaEnKPTxAKsZhYep4/GvVZCZnhKObaW9vNPJ1pRZX6B7J4xct9JpdeZaIEQkA==

INSTITUTO Roosevelt

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. 2875491
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	22	14:51
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 : 6a9268cbcca853092a35021a03f9bef482314410ae4020feb166aefb7b83a3d5e61d53d5b8d8b64000ca7494ca62a97f

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: SUAREZ RUIZ LICURGOS
ID: CC 17347819
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8938456

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

CONSECUTIVO INTERNO: 811388-1
DOCUMENTO: 03-1154343-011

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: 21-2875491-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-01-22 14:51:44

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-22 14:52:10-05:00

Firma Digital:
H2S+kdDUuoany+HyHQmoEl9+31g1RRGcJD11LToy0SHDGVoY5XfGAdKekd53MNJyqz/hJz/zegwKpo+dJ7vgSSEIqdpz3xpGpFdl388Akp3/3al/IT+4L7D1m/MjqiQp2Ye7BrkdcB4nQyvbgh7gUdGPIkL2pscvh2ScquhPstB3MEIAD6oPqv
YeLQ6wJ6GmTbY7DfeA8414uHl/LO070BnRlgNTmdKBJJZu7ZEr8AgkQ3PhGlyPfYzAKJc/jzq0DzjOpx76V2t1hVFJ38gL0HeY01eJQ14zjg70NPQCfTdqDvvlpVc4sYwR0nSv9vC4kMfJzNTodlGRyKTI6Ha7Dw==

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. 2879155
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	30	07:49
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	16	

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 : 2d279681b98c30d7d443cdabdc546c239148c5b9d343c16b6de3f0d3fd15dfe4adc43ba63e2bb04e9952b2cf5d16fb4d

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: 756253-1
DOCUMENTO: 03-1157858-011

PACIENTE: OSORIO MORA PEDRO
ID: CC 17117202
TELEFONO: 3106132764
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9210148

FECHA INGRESO: 2025-01-30
FECHA EGRESO: 2025-01-30
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: 16/03/2025

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: 21-2879155-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-30 07:49

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CFN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-30 07:49:39-05:00

Firma Digital:
2T562A3iybl70ommvEi0nc6a36aOSYa6E+sQj8uCi6dp9g5awI68FI5uHZ6zmnlN7fWAZE:RIS2wUPvT+p0cbLIiU2MHxsNacFoOuk+2jsZV1JPFQdPRAY4Oa5u3kWuyP0oJsCeefOBxv7n58JQCoYN43/67UMW42knLKfADYlm836OVqXciE
DhZ8rLs1c2aQGRNuL9fYHyWwsSjxfPYPO7i35KGaTzo9ePGK59pqnGznTHIG/dhrHhZqHSbLHglp16SOhnBq3kfXx0lB9X4jTPVZZuOPVtMU/s6HXqVvAyy7NzuTp0Wlg6o4M3M1Xghj6ZpRGYO9PYaZUtHONcbMA==

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2879111
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	30	07:09
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	16	

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 : 6cf1931955b8a6126796c9ec77bcef25631682517e02af4b0d6be850b3f68378dcd2bb0aae0dc8db740acbcbddc8c2b1

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: 809999-1
DOCUMENTO: 03-1157808-011

PACIENTE: VARGAS SOLER LUZ MIRIAM
ID: CC 45621259
TELEFONO: 3112860292
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8994647

FECHA INGRESO: 2025-01-30
FECHA EGRESO: 2025-01-30
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: 16/03/2025

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: 21-2879111-011 Prog: cayfac Usuario: alvarezh HUGO REINEL ALVAREZ MENESES 2025-01-30 07:09

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-01-30 07:10:08-05:00

Firma Digital:
AvQIzKCkxqfhTWAsdoYr00lVbt+OM2/knqTwNpCGH5qCdG9M3SmTdGp/MhskGqi5drTJt8UzLSXKcEWo+QHctxUSDTXs+BhCIg4Dj1Zbok+Mt+ILWkvXJsv41yMjr9Jr1aMMC4c9ri89WLZxsIMXx4c1UVSe01IbCkWfbGAtB2uoOM3zoMvz
27nVcTCuAvtggysxm5vMex7tLnJNncp7h5ShX8SD2ie4Sg8iSySvBTR8lGyLaLYZ9+JD00LKz6efLYTwnBZz3C/yja6hd0rdaqbXxvC5Hr4bXkhuH846yAnApkYu9CHOPEEttAoKR1MEN6iT/EZgt3ZaDG1mjii7FA==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
CALLE 38 # 32A-69 CIUDAD VERDE. - SOACHA - COLOMBIA
Telefono: 8400292
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2880029
ROOSEVELT TELETON SOACHA 013

FECHA GENERACIÓN			
2025	01	31	10:32
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	17	

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 : 0e7c90d2fc2179ab2e288f4ed22c20c0a202fc3d2c87598a42c920eb1488c8242ab33bf34a86ca09fcbc3bf6ca9b5cdd

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: 757430-2
DOCUMENTO: 03-1123035-013

PACIENTE: CASTILLO BELTRAN JUAN
ID: CC 19254496
TELEFONO: 3124661457
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 3
AUTORIZACIÓN: 8318870

FECHA INGRESO: 2024-10-31
FECHA EGRESO: 2025-01-13
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	933300 01	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD-HIDROTERAPIA-UND:NAR	12,00	94.200,00		1.130.400,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/03/2025

SUBTOTAL	1.130.400,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	1.130.400,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	1.130.400,00

SON: UN MILLON CIENTO TREINTA MIL CUATROCIENTOS 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.

Copia de Consulta Auxiliar Administrativo

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2880029-013 Prog: cayfac Usuario: abbernal ALEJANDRA BERNAL BERNAL 2025-01-31 10:32:5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-01-31 10:33:13-05:00

Firma Digital:
nU3Y8tUgJLn/EIviFJw2xUmi4o3LI8vON56yjIaa2FMM5VJlWT/6SgxuGUoc+NUPXm0zQRMDFeKL4telGtDcgVnJqsm3VomrA8DEv6Y8h3mSu/TfjpEzkBhY9BqyI7R9RhI9VjHtqo4jQx3fIs0aErYrYiQZ5m51x501VCc0oO6yRh1P89QN/GO
bMGbUIXIVqkRobMhAeARpkrDi4Q9mgzJRdD/JN4zV06FMcXvBd9tRcds5C4W2inGGAcX71/vkKO00sux/6jMgsLswsAFPBmf9Eue1L5Wa1lAs2GNOpzFuxOfr9WNyaNJBUQQHxRG1yK0qgTr0dNlLAZQOtePdA==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 65184

Consecutivo de Envío Nro. 343

BOGOTÁ, 3 de Marzo 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 - 2889707	2025/02/26	818911	FABIO RAUL CERON GUTIERREZ	2,184,549.00	3154043

Número de Documentos 1 Valor Total: $ 2,184,549.00

Valor en Letras: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE 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 enero de 2025 y planilla del mes de enero de 2025 pagada el día 11 de febrero 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 enero del 2025.

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 once (11) días del mes de febrero 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 General de Pago

TOS GENERALES DEL APORTANTE

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

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
5-01	2025-02	1258463797	9481551599	E	2025/02/18	2025/02/11	BANCO POPULAR	0	$709.079.800

SUMEN DE PAGO

SGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
(ADMINISTRADORAS: 5)				489	$289.890.400	$0	$0	$289.890.400
COLFONDOS	231001	800.227.940	6	56	$34.802.900	$0	$0	$34.802.900
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	156	$120.356.900	$0	$0	$120.356.900
PORVENIR	230301	800.224.808	8	181	$85.314.800	$0	$0	$85.314.800
PROTECCION	230201	800.229.739	0	90	$38.289.200	$0	$0	$38.289.200
SKANDIA	230901	800.253.055	2	6	$11.126.600	$0	$0	$11.126.600
(ADMINISTRADORAS: 1)				516	$31.661.100	$0	$0	$31.661.100
COLPATRIA ARP	14-4	860.002.183	9	516	$31.661.100	$0	$0	$31.661.100
(ADMINISTRADORAS: 1)				504	$71.535.400	$0	$0	$71.535.400
COMPENSAR	CCF24	860.066.942	7	504	$71.535.400	$0	$0	$71.535.400
(ADMINISTRADORAS: 13)				526	$226.553.100	$0	$0	$226.553.100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830.113.831	0	18	$15.248.800	$0	$0	$15.248.800
CAPITAL SALUD	EPSC34	900.298.372	9	2	$401.900	$0	$0	$401.900
COMPENSAR	EPS008	860.066.942	7	153	$63.167.700	$0	$0	$63.167.700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800.088.702	2	56	$32.315.500	$0	$0	$32.315.500
FAMISANAR	EPS017	830.003.564	7	80	$29.187.400	$0	$0	$29.187.400
FOSYGA	MIN001	901.037.916	1	2	$699.500	$0	$0	$699.500
MUTUAL SER	ESSC07	806.008.394	7	1	$375.200	$0	$0	$375.200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900.156.264	2	27	$8.353.600	$0	$0	$8.353.600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900.156.264	2	4	$1.037.100	$0	$0	$1.037.100
SALUD BOLIVAR	EPS047	901.438.242	5	1	$194.000	$0	$0	$194.000
SALUD TOTAL	EPS002	800.130.907	4	52	$13.661.500	$0	$0	$13.661.500
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	129	$60.279.700	$0	$0	$60.279.700
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899.999.063	3	1	$1.631.200	$0	$0	$1.631.200
(ADMINISTRADORAS: 1)				504	$53.659.500	$0	$0	$53.659.500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR	PAICBF	899.999.239	2	504	$53.659.500	$0	$0	$53.659.500
(ADMINISTRADORAS: 1)				504	$35.780.300	$0	$0	$35.780.300
SENA	PASENA	899.999.034	1	504	$35.780.300	$0	$0	$35.780.300
TAL				526	$709.079.800	$0	$0	$709.079.800

≡ 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	619812	Fecha Pre-Radicado	3/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$2,
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	8229098	2889707	2/26/2025 12:00:00 AM	3154043	CERON GUTIERREZ FABIO RAUL	$2,184,549.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	619812	Fecha Pre-Radicado	3/3/2025 2:09:28 PM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$2,184,549
Cantidad de Facturas Registradas	1	Vlr Fin de Cargue	$2,184,549.00
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@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2889707
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	10:00
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	12	

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 : fb6a65524e85ceea9cc6f282750ca877bae58d0ff81f2c1e2f6b4b851ae07ee000384fa360ca01c78c37d029aecdc0f7

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: 818911-1
DOCUMENTO: 818911-1

PACIENTE: CERON GUTIERREZ FABIO RAUL
ID: CC 3154043
TELEFONO: 3173074725
POLIZA: 3154043

FECHA INGRESO: 2025-02-23 16:03:00
FECHA EGRESO: 2025-02-25 18:07:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 2.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	10A002	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL-UND:NAR	2,00	523.400,00		1.046.800.00
2	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)-UND:NAR	1,00	104.000,00		104.000.00
3	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO-UND:NAR	1,00	39.400,00		39.400.00
4	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO-UND:NAR	1,00	33.700,00		33.700.00
5	903813	CLORO-UND:NAR	1,00	18.000,00		18.000.00
6	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA-UND:NAR	1,00	23.700,00		23.700.00
7	903856	NITROGENO UREICO-UND:NAR	1,00	19.000,00		19.000.00
8	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS-UND:NAR	1,00	56.500,00		56.500.00
9	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS-UND:NAR	1,00	46.500,00		46.500.00
10	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS-UND:NAR	1,00	22.800,00		22.800.00
11	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO-UND:NAR	1,00	80.200,00		80.200.00
12	19942561-3B0 5XA3001	LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA 500ML (HARTMAN) FRESENIUS-UND:NAR	6,00	7.744,00		46.464.00
13	20011084-1H0 2AB0601	PREDNISOLONA 5MG TABLETA GENFAR-UND:NAR	20,00	364,00		7.280.00

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

SUBTOTAL	2.184.549,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	2.184.549,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	*2.184.549,00*

SON: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA 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.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2889707-010 Prog: cfafac Usuario: jzua JUAN PABLO ZUA VARGAS 2025-02-26 10:00:48

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-02-26 10:22:14-05:00

Firma Digital:
G2tl/w0iuyyphZ+JbbHpZJtJNGVpbaEqWCzZ8/ygppdZ8+jxDqV5MYxnxEopavNmzbwHRR1UabgIhNZf5jQ8yGgfPVsuNvpSV7Hj9VHnxz0p/A+f9+nRKFfwKYhybNNEpfuQIDY/nKAm5BzpjNLfiw8/pyKiaDwH6j25E66rtgCerfqmzzyi6m0
hwS0WWxuPPtb+/7GqmvOazO7MgMi2YmRjXd9jyD22pNOwEOE0Mav0At1ks2XWDGfm4oEPAlYxklMMMSLScjoSGwCUq92iHnGufSJJHOfkBpNOPmZKwVAkspahBeUEu4G4eKmJr4MjBsaLR4fXE9QeAgxnVb3V3A==

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2889707
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	10:00
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	12	

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 : fb6a65524e85ceea9cc6f282750ca877bae58d0ff81f2c1e2f6b4b851ae07ee000384fa360ca01c78c37d029aecdc0f7

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: 818911-1
DOCUMENTO: 818911-1 818911-1

PACIENTE: CERON GUTIERREZ FABIO RAUL
ID: CC 3154043
TELEFONO: 3173074725
POLIZA: 3154043

FECHA INGRESO: 2025-02-23 16:03:00
FECHA EGRESO: 2025-02-25 18:07:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 2.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
14	20011993-1R0 3AC0201	SALBUTAMOL 100MCG/DOSIS (PUFF) INHALADOR BUCAL 200 PUFF BIOSYNTEC-UND:NAR	1,00	30.427,00		30.427.00
15	20013129-1R0 1AX0301	BROMURO DE IPRATROPIO 20 MCG/DOSIS PUFF INHALADOR BUCAL 200 PUFF BIOSYNTEC BCN-UND:NAR	1,00	19.347,00		19.347.00
16	50589-27V03A N01	OXIGENO MEDICINAL METRO CUBICO MESSER-UND:NAR	5.880,00	41,00	0.00	241.080,00
17	DG02305	BURETA (EQUIPO VOLUMETRICO ADMINISTRACION DE SOLUCIONES) X150 ML GOTHAPLAST-UND:NAR	1,00	39.344,00		39.344.00
18	DG03301	CANULA NASAL ADULTO OXIGENOTERAPIA MEDEX MEDITEC 2 METROS-UND:NAR	1,00	30.750,00		30.750.00
19	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
20	DG09001	EQUIPO I.V. BOMBA INFUSION (MICROPUNTO) CON CLAVE ICUMEDICAL-UND:NAR	1,00	145.496,00		145.496.00
21	DG13601	HUMIDIFICADOR PLASTICO DESECHABLE 4 PSI-UND:NAR	1,00	57.398,00		57.398.00
22	DG14401	INHALOCAMARA CON BOQUILLA ADULTO-UND:NAR	1,00	25.260,00		25.260.00
23	DG15504	JERINGA DESECHABLE 10ML CA 21G 1 1/2 3P MEDISPO-UND:NAR	10,00	3.228,00		32.280.00

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

SUBTOTAL	2.184.549,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	2.184.549,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	2.184.549,00

SON: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA 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.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2889707-010 Prog: cfafac Usuario: jzua JUAN PABLO ZUA VARGAS 2025-02-26 10:00:48

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-02-26 10:22:14-05:00

Firma Digital:
G2tl/w0iuyyphZ+1bbHpZJtJNGVpbaEqWCzZ8/ygopdZ8+jxDqV5MYxnxEopavNmzbwHRR1UabgIhNZf5JQ8yGgfPVsuNvpSV7Hj9VHnxz0p/A+f9+nRKFfwKYhybNNEpfuQIDY/nKAm5BzpjNLfiw8/pyKiaDwH6J25E66rtgCerfqmzzyi6m0
hwS0WWxuPPtb+/7GqmvOazO7MgMi2YmRjXd9jyD22pNOwEOE0Mav0At1ks2XWDGfm4oEPAlYxklMMMSLScjoSGwCUq92iHnGufSJJHOfkBpNOPmZKwVAkspahBeUEu4G4eKmJr4Mj8saLR4fXE9QeAgxnVb3V3A==

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. 2889707
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	10:00
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	12	

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 : fb6a65524e85ceea9cc6f282750ca877bae58d0ff81f2c1e2f6b4b851ae07ee000384fa360ca01c78c37d029aecdc0f7

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: 818911-1
DOCUMENTO: 818911-1 818911-1 818911-1

PACIENTE: CERON GUTIERREZ FABIO RAUL
ID: CC 3154043
TELEFONO: 3173074725
POLIZA: 3154043

FECHA INGRESO: 2025-02-23 16:03:00
FECHA EGRESO: 2025-02-25 18:07:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
DIAS: 2.00

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
		Iva 0,00% 0,00 TOTAL LÍNEAS: 23				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108258	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA	3154043		

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

SUBTOTAL	2.184.549,00
DESCUENTO	0,00
IVA	0,00
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	2.184.549,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	2.184.549,00

SON: DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA 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.

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2889707-010 Prog: cfafac Usuario: jzua JUAN PABLO ZUA VARGAS 2025-02-26 10:00:48

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-02-26 10:22:14-05:00

Firma Digital:
G2tl/w0iuyyphZ+JbbHpZJtJNGVpbaEqWCzZ8/ygppdZ8+jxDqV5MYxnxEopavNmzbwHRR1UabgIhNZf5jQ8yGgfPVsuNvpSV7Hj9VHnxz0p/A+f9+nRKFfwKYhybNNEpfuQIDY/nKAm5BzpjNLfiw8/pyKlaDwH6j25E66rtgCerfqmzzyi6m0
hwS0WWxuPPtb+/7GqmvOazO7MgMi2YmRjXd9jyD22pNOwEOE0Mav0At1ks2XWDGfm4oEPAIYxkIMMMSLScjoSGwCUq92iHnGufSJJHOfkBpNOPmZKwVAkspahBeUEu4G4eKmJr4Mj8saLR4fXE9QeAgxnVb3V3A==

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 65183

Consecutivo de Envío Nro. 342

BOGOTÁ, 3 de Marzo 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 - 2886304	2025/02/19	782521	IAN NICOLAS CIFUENTES PRIETO	331,800.00	
010	21 - 2881137	2025/02/11	815629	MARGY YULIETH RODRIGUEZ RODRIGUEZ	958,800.00	
010	21 - 2887109	2025/02/20	814996	ALFREDO QUEMBA MERCHAN	92,600.00	
010	21 - 2884654	2025/02/17	815190	EMIGDIO VALDERRAMA TELLEZ	958,800.00	2
010	21 - 2883749	2025/02/14	816051	JENNYFER TATIANA GONGORA ROJAS	92,600.00	
010	21 - 2884175	2025/02/14	322352	LAURA JULIANA RODRIGUEZ BARBOSA	92,600.00	2
010	21 - 2884096	2025/02/14	592034	VALERY SOFIA SUAREZ CIFUENTES	92,600.00	
010	21 - 2884653	2025/02/17	782521	IAN NICOLAS CIFUENTES PRIETO	2,069,600.00	2
010	21 - 2883822	2025/02/14	817830	ANA AMERICA PINTO DE MOSQUERA	319,600.00	
010	21 - 2880720	2025/02/10	816253	JUAN DIEGO COLOMA FLOREZ	639,200.00	
010	21 - 2882490	2025/02/13	818692	ANA SOFIA OSORIO BAZURDO	958,800.00	1
010	21 - 2882627	2025/02/13	816882	MARIA ZULAY GONZALEZ GUEVARA	92,600.00	1
010	21 - 2883057	2025/02/13	816001	MARTIN SIERRA REINA	639,200.00	
010	21 - 2880729	2025/02/11	816234	DEISSY TRIANA GUILLEN	958,800.00	
011	21 - 2881400	2025/02/11	816979	CUSTODIA ALVARADO HERNANDEZ	92,600.00	
011	21 - 2882502	2025/02/13	818003	JAIRO ALEJANDRO RODRIGUEZ NIETO	92,600.00	
011	21 - 2881456	2025/02/11	814292	ERNESTO ALONSO MORENO NAVARRETE	92,600.00	
[redacted]	21 - 2881318	2025/02/11	814946	LILIANA ALEJANDRA ROJAS CORTES	92,600.00	
011	21 - 2880798	2025/02/11	815911	JULIE ALEXANDRA GUTIERREZ CASTRO	92,600.00	
011	21 - 2886399	2025/02/19	817239	MARIA LUDIN VARGAS	92,600.00	
011	21 - 2886401	2025/02/19	815577	JOSE MARIA CARDENAS BAUTISTA	92,600.00	
011	21 - 2882591	2025/02/13	815765	JULIAN CAMILO MORENO SUAREZ	92,600.00	
011	21 - 2884329	2025/02/14	815663	JOSE ANGEL HERRERA FONSECA	92,600.00	
011	21 - 2884334	2025/02/14	814021	MERCEDES CARDENAS ARAGON	92,600.00	
011	21 - 2884340	2025/02/14	814034	MARIA ISABELLA ANGEL DUARTE	92,600.00	
011	21 - 2882928	2025/02/13	760631	CLOTILDE DAVILA DE GOMEZ	92,600.00	
011	21 - 2882785	2025/02/13	748078	JOSE JUAN ESTEBAN MURCIA	92,600.00	
011	21 - 2888345	2025/02/24	816473	SARA VALENTINA CETINA GARCIA	92,600.00	1
011	21 - 2887752	2025/02/21	749606	MANUEL ANTONIO GAMBOA GUERRERO	92,600.00	
011	21 - 2884233	2025/02/14	764262	PABLO ANDRES BONILLA LINARES	92,600.00	
011	21 - 2882762	2025/02/13	814254	NEILA SOFIA PAEZ RONCANCIO	92,600.00	
011	21 - 2882514	2025/02/13	750383	MARYEN DEL CARMEN MEJIA JOYA	92,600.00	
011	21 - 2882181	2025/02/12	816045	MARIA MERCEDES LEON DE VELASQUEZ	92,600.00	
011	21 - 2886573	2025/02/19	816982	MERCEDES TRUJILLO RUBIO	92,600.00	
011	21 - 2886565	2025/02/19	818015	ERIKA PAOLA PEREZ VELASCO	92,600.00	
011	21 - 2887676	2025/02/21	816894	DUVAN GONZALEZ RIOS	92,600.00	

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

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Nro. 65183
Consecutivo de Envío Nro. 342

BOGOTÁ, 3 de Marzo 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
0[redacted]	21 - 2882392	2025/02/12	818262	BLANCA IMELDA JOYA RIAÑO	92,600.00	
011	21 - 2883015	2025/02/13	747950	NORMA CONSTANZA BELTRAN CELIS	92,600.00	
011	21 - 2886939	2025/02/20	755713	SILVIO BOLAÑOS GONZALEZ	92,600.00	
011	21 - 2886664	2025/02/19	756263	NANCY ESMERALDA GUERRERO TORRES	92,600.00	
011	21 - 2883751	2025/02/14	109821	JUAN DAVID SEGURA LIZARAZO	92,600.00	
		Número de Documentos 41		Valor Total: $	10,797,800.00	

Valor en Letras: DIEZ MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE 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	620142	Fecha Pre-Radicado	3/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$1(
Cantidad de Facturas Registradas	41	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
41	8231420	2880720	2/10/2025 12:00:00 AM	1010239384	COLOMA FLOREZ JUAN DIEGO	$639,200.00	Aceptar	Eliminar
40	8231419	2880729	2/11/2025 12:00:00 AM	39522680	TRIANA GUILLEN DEISSY	$958,800.00	Aceptar	Eliminar
26	8231405	2880798	2/11/2025 12:00:00 AM	33377164	GUTIERREZ CASTRO JULIE ALEXANDRA	$92,600.00	Aceptar	Eliminar
38	8231417	2881137	2/11/2025 12:00:00 AM	1014276722	RODRIGUEZ RODRIGUEZ MARGY	$958,800.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	620142	Fecha Pre-Radicado	3/3/2025 4:34:10 PM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$10,797,800
Cantidad de Facturas Registradas	41	Vlr Fin de Cargue	$10,797,800.00
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

ASTAF
Auditoría

Member Independent of
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 enero de 2025 y planilla del mes de enero de 2025 pagada el día 11 de febrero 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 enero del 2025.

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 once (11) días del mes de febrero 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