No 5 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

No. GS-2025- 008316 -REGI1

Bogotá, 15 de abril del 2025

Señor teniente coronel
CARLOS ANDRES CAMCHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
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	**01/03/2025**	**Hasta**	**31/03/2025**

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 2025 entre el 01/01//2025 Al 31/01/2025, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2025-005161-REGI1.
4. Informe supervisión del mes de FEBRERO de 2025 entre el 01/02//2025 Al 28/02/2025, publicado en el SECOP II mediante comunicación oficial No. GS-2025-005167-REGI1

Información del contrato

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

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO.

1.1 Acciones adelantadas:

- ✓ Comunicación permanente con la oficina de referencia y contra referencia de la RASES 1, verificando la radicación de usuarios que requieren la atención establecidos en el presente contrato y la autorización de los mismos.
- ✓ Comunicación permanente y seguimiento con la entidad, con el fin de realizar el agendamiento oportuno a las atenciones requeridas de los usuarios en la vigencia 2024.
- ✓ Seguimiento telefónico permanente con la entidad, verificando la ejecución presupuestal a la fecha y la atención oportuna de las citas autorizadas por la oficina de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Comunicación permanente con el enlace de la entidad para trámites administrativos frente a la ejecución y la prestación de los servicios de salud.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIO	OBSERVACIONES
1.El CONTRATISTA se obliga a cumplir el objeto del contrato cumpliendo con el 100% de las especificaciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	(SI)	Ninguna
2.En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	(SI)	Ninguna

3.El CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante, cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	(SI)	Ninguna
4.El CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	(SI)	Ninguna
5.El CONTRATISTA debe guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	(SI)	Ninguna
6.El CONTRATISTA no debe acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud N°1 y a las autoridades competente para que se adopte las medidas necesarias.	(SI)	Ninguna
7.El CONTRATISTA debe mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	(SI)	Ninguna
8.El CONTRATISTA deberá cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad del servicio, responsabilidad civil, pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.	(SI)	Ninguna
9.El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de parafiscales respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	(SI)	Ninguna
10. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	(SI)	Ninguna
11.El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 Libro II Parte II Titulo VI Capítulo VI "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo.	(SI)	Ninguna
12.El Contratista deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	(SI)	Ninguna
13.El contratista deberá entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador.	(SI)	Ninguna

14.El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco (5) días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, con sus respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y al ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso prevenible.	(SI)	Ninguna
15.EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será decepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.	(SI)	Ninguna
16.EL CONTRATISTA se compromete a tener Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	(SI)	Ninguna
17.EL CONTRATISTA se compromete a tener Cláusula de Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	(SI)	Ninguna
18.EL CONTRATISTA se compromete a tener Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 título 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 establecerá 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 TECNICAS 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	(SI)	Ninguna

	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.		
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 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.	(SI)	Ninguna
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	(SI)	Ninguna

	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.		
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	(SI)	Ninguna

	atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros		
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: 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).	(SI)	Ninguna
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	$ 267.713.721,00	45%
Valor total facturado	$ 254.595.478,00	42%
Valor facturado pendiente de pago	$ 345.404.522,00	58%
Valor pagado	$ 254.595.478,00	42%
Valor pendiente de entrega	$ 332.286.279,00	55%

b.

No. constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No. 5 del 15/04/2025	$41.982.500.00	03/04/2025	$41.982.500.00	2895079 2881559 2882516 2883268 2884000 2883540 2884541 2884606 2886331 2887877 2888125 2888178 2888176 2888213 2888234 2888214 2888229	Pendiente	Pendiente	Pendiente

				2888840			
				2889759			
				2889590			
				2890583			
				2891234			
				2891860			
				2891902			
				2892050			
				2892513			
				2892461			
				2893117			
				2892843			
				2893201			
				2893007			
				2893115			
				2893449			
				2894497			
				2895048			
				2894618			
				2895350			
				2895601			
				2895731			
				2895726			
				2896151			
				2896107			
				2899067			
				2898768			
				2898730			
				2894006			
				2893829			
				2893845			
				2893734			
				2897428			
				2897490			
				2897293			
				2899489			
				2897528			
				2897141			
				2890182			
				2890129			
				2890094			
				2891852			
				2890688			
				2891133			
				2890876			
				2890005			
				2890272			
				2890476			
				2891178			
				2890800			
				2890440			
				2898334			
				2901818			
				2903063			
				2903052			
				2902923			
				2895727			
				2900575			

8. RECOMENDACIONES

No hay recomendaciones.

9. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

Firma

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

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 03 abril 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: 06
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 05/02/2025 al 26/03/2025**

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASEU 1
GRUPO FINANCIERO
08 ABR 2025
3:13pm
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**		**$ 41.982.500.00**	**$41.982.500.00**	-	-

			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
2895079	7/03/2025	3/03/2025	GOMEZ DE CASTRO SOLEDAD	25119199	53114	G530	NEURAGIA POTHERPES ZOSTER	$ 339.300
2881559	12/02/2025	10/02/2025	RAMIREZ HERRERA MYRIAM YANNETH	51643705	891901	G401	EY SESINTOMATICOS RELACIONAMS CON LOCFOCPAR Y ATAQUES PACIAI SIM	$ 639.200
2882516	13/02/2025	13/02/2025	JEREZ AVILA IAN JERONIMO	1031854494	891402	F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	$ 111.400
2883268	13/02/2025	7/02/2025	CARDOZO MEDINA MARTIN	1146151013	891901	G408	OTRAS EPILEPSIAS	$ 1.917.600
2884000	14/02/2025	5/02/2025	PEREZ PORRAS SALOME	1222216899	891901	G409	EPILEPSIAS TIPO NO ESPECIFICADO	$ 319.600
2883540	14/02/2025	14/02/2025	MORENO HERNANDEZ WILSON	79458482	891901	I679	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR NO ESPECIFICADA	$ 639.200
2884541	17/02/2025	15/02/2025	MIRANDA CARDENAS EDILMA	41766146	891901	G408	OTRAS EPILEPSIAS	$ 1.917.600
2884606	17/02/2025	14/02/2025	DUARTE SANCHEZ DORA MARIA	40413948	891901	R561	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	$ 319.600
2886331	19/02/2025	19/02/2025	GARCIA RODRIGUEZ JAIRO ALONSO	80744920	891901	G408	OTRAS EPILEPSIAS	$ 639.200
2887877	21/02/2025	21/02/2025	RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA	1029524603	930403	G811	HEMIPLEJIA ESPASTICA	$ 2.069.600
2888125	22/02/2025	22/02/2025	CERON GUTIERREZ FABIO RAUL	3154043	891901	R561	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	$ 3.835.200
2888178	23/02/2025	15/02/2025	FORERO FORERO DAVID ANTONIO	19484618	891901	I499	ARRITMIA CARDIACA NO ESPECIFICADA	$ 958.800
2888176	23/02/2025	14/02/2025	GUERRERO MARIÑO SEBASTIAN	1032798477	891901	G408	OTRAS EPILEPSIAS	$ 1.917.600

2888213	23/02/2025	23/02/2025	ACOSTA DIEGO FERNANDO	6499996	891901	G473	APNEA DEL SUEÑO	$ 319.600
2888234	24/02/2025	18/02/2025	BERMEO LEON EVER PLINIO	19373260	891901	R55X	SINCOPE Y COLAPSO	$ 1.917.600
2888214	24/02/2025	23/02/2025	RINCON RODRIGUEZ JOHN FREDY	1073603855	891901	G401	EY SESINTOMATICOS RELACIONAMS CON LOCFOCPAR Y ATAQUES PACIAI SIM	$ 1.917.600
2888229	24/02/2025	21/02/2025	ROJAS CLAROS EMANUEL ANDRES	1025073035	891901	G400	EPILESIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDEOPATICOS RELACIONADAS CON EL LOCFOC	$ 1.917.600
2888840	25/02/2025	25/02/2025	CORDOBA ROMERO LINDERMEYER	79430725	891901	G404	OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS	$ 319.600
2889759	26/02/2025	26/02/2025	CARDONA CATAÑO CLAUDER ANTONIO	86047032	891901	H811	VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	$ 639.200
2889590	26/02/2025	26/02/2025	MORALES DE GARAVITO ANA BEATRIZ	41425864	891901	G408	OTRAS EPILEPSIAS	$ 319.600
2890583	27/02/2025	27/02/2025	CELY DE RODRIGUEZ MYRIAN DEL SOCORRO	41597206	890380	M170	GONARTROSIS PRIMARIA BILATERAL	$ 92.600
2891234	27/02/2025	27/02/2025	ROJAS TARQUINO LUZ PASTORA	51795590	891901	G401	EY SESINTOMATICOS RELACIONAMS CON LOCFOCPAR Y ATAQUES PACIAI SIM	$ 3.835.200
2891860	28/02/2025	28/02/2025	CARDOZO BUITRAGO JUAN MANUEL	1141380135	930401	R620	RETARDO EN DESARROLLO	$ 331.800
2891902	28/02/2025	28/02/2025	HERNANDEZ GAONA VALERIA	1025156584	930401	G809	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL SIN OTRA ESPECIFICACION	$ 331.800
2892050	28/02/2025	28/02/2025	TAPIERO NEIRA SANTIAGO ANDRE	1033101767	930401	R270	ATAXIA NO ESPECIFICADA	$ 995.400
2892513	3/03/2025	3/03/2025	SASTRE DE JURADO JULIAN MARIA	20847783	890280	M170	GONARTROSIS PRIMARIA BILATERAL	$ 92.600
2892461	15/04/9819	3/03/2025	GUZMAN ROJAS EMILO	1117034710	890294	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO	$ 92.600
2893117	4/03/2025	4/03/2025	COMETA MONTEALEGRE MARIA JOSE	1072114182	890281	R294	CHASQUIDO DE CADERA	$ 92.600
2892843	4/03/2025	4/03/2025	HERRERA AVILEZ JUAN PABLO	1072105171	891901	R561	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	$ 319.600
2893201	4/03/2025	4/03/2025	PEÑARANDA PRADILLA IVAN ANDRES	1093300614	890281	M211	DEFORMIDAD EN VARO NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	$ 92.600
2893007	4/03/2025	4/03/2025	CUELLAR BARAJAS MARIA JOSE	1033107258	890380	F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	$ 92.600

2893115	4/03/2025	27/02/2025	POLO SOTELO VALENTINA	1062435480	890280	S835	ESGUINCES Y DESGARROS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANT-POS) R	$	92.600
2893449	5/03/2025	5/03/2025	CRUZ TRUJILLO MIGUEL ANGEL	1013151284	891402	F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ	$	111.400
2894497	06/032025	6/03/2025	PEREZ PADILLA JOSE GREGORIO	1102876236	890380	S835	ESGUINCES Y DESGARROS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANT-POS) R	$	92.600
2895048	7/03/2025	7/03/2025	DUARTE TOBAR THOMAS JERONIMO	1188221593	891901	G400	EPILESIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDEOPATICOS RELACIONADAS CON EL LOCFOC	$	1.917.600
2894618	7/03/2025	7/03/2025	GUARNIZO POVEDA LEIDY CAROLINA	1012364449	891901	G409	EPILEPSIAS TIPO NO ESPECIFICADO	$	958.800
2895350	9/03/2025	9/03/2025	DUQUE ORTIZ JUAN DIEGO	1030613809	891901	G400	EPILESIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDEOPATICOS RELACIONADAS CON EL LOCFOC	$	958.800
2895601	10/03/2025	3/03/2025	GUZMAN SERRANO STIVEN FERNEY	1110581751	890280	S835	ESGUINCES Y DESGARROS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANT-POS) R	$	92.600
2895731	10/03/2025	10/03/2025	VALDERRAMA BUSTOS ISABELLA	1145926945	890281	M411	ESCOLIOSIS IDIOPATICA JUVENIL	$	92.600
2895726	10/03/2025	8/03/2025	CELY RAMIREZ DANIEL ALEJANDRO	1141370574	891901	F841	AUTISMO ATIPICO	$	1.278.400
2896151	11/03/2025	11/03/2025	PUERTO ALVAREZ JUAN FELIPE	1127392175	890281	Q789	OSTEOCONDRODISPLASIA NO ESPECIFICADA	$	92.600
2896107	11/03/2025	11/03/2025	BRAVO REYES DANNA SOFIA	1070391649	890380	M412	OTRAS ESCOLIOSIS IDIOPATICAS	$	92.600
2899067	17/03/2025	17/03/2025	CAICEDO AGUIRRE LUCIANA	1146151443	890281	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO	$	92.600
2898768	17/03/2025	17/03/2025	PEREZ QUITIAN ELIANA SOFIA	1025547297	890381	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA	$	92.600
2898730	17/03/2025	17/03/2025	QUIROGA BERNAL OMAIRA LILIANA	35530260	890280	S835	ESGUINCES Y DESGARROS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANT-POS) R	$	92.600
2894006	6/03/2025	6/03/2025	MANTILLA MORENO MIGUEL ANGEL	19475089	890343	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$	92.600
2893829	5/03/2025	5/03/2025	SOTO VARGAS MARTIN ORLANDO	11312916	890243	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$	92.600
2893845	5/03/2025	5/03/2025	PINTO CABEZAS FABIO HERNESTO	80745157	890243	M222	TRASTORNOS ROTULOFEMORALES	$	92.600
2893734	5/03/2025	5/03/2025	SANCHEZ TORRES ROSA ELVIA	41480106	890243	M255	DOLOR EN ARTICULACION	$	92.600
2897428	13/03/2025	13/05/2025	HERNANDEZ MONTAÑEZ JUAN CARLOS	80228982	890243	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$	92.600

2897490	13/03/2025	13/03/2025	REYES DE RODRIGUEZ MARIA EDILMA	29804170	890343	R522	OTRO DOLOR CRONICO	$ 92.600
2897293	13/03/2025	13/03/2025	MORENO RODRIGUEZ JOHN ALEXANDER	80023283	890243	M544	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2899489	18/03/2025	13/03/2025	CARDENAS ESCOBAR ELIAS ALBEIRO	1106951266	890380	M232	TRASTORNO DEL MENISCO	$ 92.600
2897528	13/03/2025	13/03/2025	ACERO VARGAS ARSENIO BAUTISTA	2846420	890343	M511	TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR	$ 92.600
2897141	12/03/2025	12/03/2025	SOTO DE LAGOS ESTRELLA	20259323	890243	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2890182	26/02/2025	26/02/2025	CARATAR HERRERA VANESSA	1046666925	890243	N23X	COLICO RENAL NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2890129	26/02/2025	26/02/2025	VILLALBA AVILAN JESSENIA STEPHANIE	1030627469	890343	Y848	OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS	$ 92.600
2890094	26/02/2025	26/02/2025	BARRAGAN MEDINA GABRIEL	19423566	890243	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	$ 92.600
2891852	28/02/2025	28/02/2025	RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA	1029524603	890381	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA	$ 92.600
2890688	27/02/2025	27/02/2025	CETINA JORGE GENARO	5804566	890343	M169	COXARTROSIS NO ESPECIFICADA	$ 92.600
2891133	27/02/2025	27/02/2025	ALFAREZ OLMOS HEDER SIBEL	11413313	890280	S821	FRACTURA NO ESPECIFICADA	$ 92.600
2890876	27/02/2025	27/02/2025	PAUCAR GAVIRIA CECILIA MARIA	27469230	890343	G546	SINDROME DE MIEMBRO FANTASMA CON DOLOR	$ 92.600
2890005	26/02/2025	26/02/2025	RNCANCIO ORTIZ URIEL ANTONIO	4091145	890343	G500	NEURALGIA DEL TRIGEMINO	$ 92.600
2890272	26/02/2025	26/02/2025	ROMERO QUITIAN ALICIA	41786738	890243	M255	DOLOR EN ARTICULACION	$ 92.600
2890476	27/02/2025	27/02/2025	BULA GERALDINO LEDA BEATRIZ	32738024	890343	M791	MIALGIA	$ 92.600
2891178	27/02/2025	27/02/2025	SANCHEZ AVENDAÑO NELSON JULIAN	1049612676	890280	M233	OTROS TRASTORNOS DE LOS MENISCOS	$ 92.600
2890800	27/02/2025	27/02/2025	GONZALEZ CARLOS ABEL	16476589	890343	M542	CERVICALGIA	$ 92.600
2890440	27/02/2025	27/02/2025	RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA	1029524603	890264	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA	$ 92.600
2898334	14/03/2025	14/03/2025	INFANTE RAMIREZ PABLO ALEJANDRO	18263203	891901	G403	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS	$ 1.917.600
2901818	25/03/2025	25/03/2025	GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID	1054865938	890381	M212	DEFORMIDAD EN FLEXION	$ 92.600
2903063	26/03/2025	26/03/2025	ZAMBRANO TIBADUIZA ADRIAN AMARIA	1105781297	890243	M705	OTRAS BURSITIS DE LA RODILLA	$ 92.600

2903052	26/03/2025	26/03/2025	SIERRA ROJAS DAHIANA GERALDINE	1001344241	890243	N800	ENDOMETROSIS DEL UTERO	$ 92.600
2902923	26/03/2025	26/03/2025	CIFUENTES DE CASTRILLON ANUNCIACION	20083105	890243	M419	ESCOLIOSIS NO ESPESIFICADA	$ 92.600
2895727	10/03/2025	10/03/2025	AVENDAÑO GELVIZ KELLY MARIBETH	1049637985	930403	G629	POLINEUROPATIA NO ESPECIFICACIONES	$ 2.069.600
2900575	20/03/2025	20/03/2025	GONZALEZ DE TORRES MONICA	20650926	890343	G629	POLINEUROPATIA NO ESPECIFICACIONES	$ 92.600

TOTAL	**$41.982.500.00**

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 Informativa Nro. 65992

Consecutivo de Envío Nro. 346

BOGOTÁ, 3 de Abril 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 - 2895079	2025/03/07	746108	SOLEDAD GOMEZ DE CASTRO	339,300.00	25119199
010	21 - 2881559	2025/02/12	817617	MYRIAM YANNETH RAMÍREZ HERRERA	639,200.00	
010	21 - 2882516	2025/02/13	804017	IAN JERONIMO JEREZ AVILA	111,400.00	
010	21 - 2883268	2025/02/13	816920	MARTÍN CARDOZO MEDINA	1,917,600.00	
010	21 - 2884000	2025/02/14	808331	SALOME PEREZ PORRAS	319,600.00	
010	21 - 2883540	2025/02/14	816461	WILSON MORENO HERNÁNDEZ	639,200.00	
010	21 - 2884541	2025/02/17	817217	EDILMA MIRANDA CARDENAS	1,917,600.00	1
010	21 - 2884606	2025/02/17	818361	DORA MARIA DUARTE SANCHEZ	319,600.00	2
010	21 - 2886331	2025/02/19	812859	JAIRO ALONSO GARCÍA RODRÍGUEZ	639,200.00	
010	21 - 2887877	2025/02/21	784794	ANA MARIA RODRIGUEZ GUTIERREZ	2,069,600.00	
010	21 - 2888125	2025/02/22	818911	FABIO RAUL CERON GUTIERREZ	3,835,200.00	1
010	21 - 2888178	2025/02/23	813753	DAVID ANTONIO FORERO FORERO	958,800.00	
010	21 - 2888176	2025/02/23	815619	SEBASTIAN GUERRERO MARIÑO	1,917,600.00	
010	21 - 2888213	2025/02/23	820239	DIEGO FERNANDO ACOSTA	319,600.00	1
010	21 - 2888234	2025/02/24	818349	EVER PLINIO BERMEO LEON	1,917,600.00	
010	21 - 2888214	2025/02/24	817200	JOHN FREDY RINCON RODRIGUEZ	1,917,600.00	
010	21 - 2888229	2025/02/24	816270	EMANUEL ANDRÉS ROJAS CLAROS	1,917,600.00	1
010	21 - 2888840	2025/02/25	817199	LINDERMEYER CÓRDOBA ROMERO	319,600.00	
010	21 - 2889759	2025/02/26	818385	CLAUDER ANTONIO CARDONA CATAÑO	639,200.00	
010	21 - 2891860	2025/02/28	818892	JUAN MANUEL CARDOZO BUITRAGO	331,800.00	2
010	21 - 2890583	2025/02/27	815835	MYRIAN DEL SOCORRO CELY DE RODRIGUE	92,600.00	
010	21 - 2891234	2025/02/27	815616	LUZ PASTORA ROJAS TARQUINO	3,835,200.00	
010	21 - 2889590	2025/02/26	820455	ANA BEATRIZ MORALES DE GARAVITO	319,600.00	
010	21 - 2891902	2025/02/28	636812	VALERIA HERNANDEZ GAONA	331,800.00	
010	21 - 2892050	2025/02/28	621115	SANTIAGO ANDRE TAPIERO NEIRA	995,400.00	
010	21 - 2892513	2025/03/03	817451	JULIA MARIA SASTRE DE JURADO	92,600.00	
010	21 - 2892461	2025/03/03	819527	EMILIO GUZMAN ROJAS	92,600.00	
010	21 - 2893117	2025/03/04	817105	MARIA JOSE COMETA MONTEALEGRE	92,600.00	
010	21 - 2892843	2025/03/04	816262	JUAN PABLO HERRERA AVILEZ	319,600.00	
010	21 - 2893201	2025/03/04	423563	IVAN ANDRES PEÑARANDA PRADILLA	92,600.00	
010	21 - 2893007	2025/03/04	179567	MARIA JOSE CUELLAR BARAJAS	92,600.00	
010	23 - 2893115	2025/03/04	818741	VALENTINA POLO SOTELO	92,600.00	1
010	21 - 2893449	2025/03/05	821100	MIGUEL ANGEL CRUZ TRUJILLO	111,400.00	
010	21 - 2894497	2025/03/06	748420	JOSE GREGORIO PEREZ PADILLA	92,600.00	
010	21 - 2895048	2025/03/07	816459	THOMAS JERONIMO DUARTE TOBAR	1,917,600.00	
010	21 - 2894618	2025/03/07	816860	LEIDY CAROLINA GUARNIZO POVEDA	958,800.00	1

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Informativa Nro. 65992

Consecutivo de Envío Nro. 346

BOGOTÁ, 3 de Abril 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 - 2895350	2025/03/09	817278	JUAN DIEGO DUQUE ORTIZ	958,800.00	
010	21 - 2895601	2025/03/10	818568	STIVEN FERNEY GUZMAN SERRANO	92,600.00	1
010	21 - 2895731	2025/03/10	818428	ISABELLA VALDERRAMA BUSTOS	92,600.00	1
010	21 - 2895726	2025/03/10	817023	DANIEL ALEJANDRO CELY RAMIREZ	1,278,400.00	2
010	21 - 2896151	2025/03/11	817828	JUAN FELIPE PUERTO ALVAREZ	92,600.00	1
010	21 - 2896107	2025/03/11	803924	DANNA SOFIA BRAVO REYES	92,600.00	1
010	21 - 2899067	2025/03/17	819663	LUCIANA CAICEDO AGUIRRE	92,600.00	
010	21 - 2898768	2025/03/17	589394	ELIANA SOFIA PEREZ QUITIAN	92,600.00	
010	21 - 2898730	2025/03/17	818712	OMAIRA LILIANA QUIROGA BERNAL	92,600.00	
011	21 - 2894006	2025/03/06	746170	MIGUEL ANGEL MANTILLA MORENO	92,600.00	
011	21 - 2893829	2025/03/05	821303	MARTIN ORLANDO SOTO VARGAS	92,600.00	
011	21 - 2893845	2025/03/05	820001	FABIO HERNESTO PINTO CABEZAS	92,600.00	
011	21 - 2893734	2025/03/05	819944	ROSA ELVIA SANCHEZ TORRES	92,600.00	
011	21 - 2897428	2025/03/13	822855	JUAN CARLOS HERNANDEZ MONTAÑEZ	92,600.00	
011	21 - 2897490	2025/03/13	795691	MARIA EDILMA REYES DE RODRIGUEZ	92,600.00	2
011	21 - 2897293	2025/03/13	822936	JOHN ALEXANDER MORENO RODRIGUEZ	92,600.00	2
011	21 - 2899489	2025/03/18	812728	ELIAS ALBEIRO CARDENAS ESCOBAR	92,600.00	2
011	21 - 2897528	2025/03/13	819154	ARSENIO BAUTISTA ACERO VARGAS	92,600.00	
011	21 - 2897141	2025/03/12	820648	ESTRELLA SOTO DE LAGOS	92,600.00	
011	21 - 2890182	2025/02/26	815584	VANESSA CARATAR HERRERA	92,600.00	
011	21 - 2890129	2025/02/26	814220	JESSENIA STEPHANIE VILLALBA AVILAN	92,600.00	
011	21 - 2890094	2025/02/26	818517	GABRIEL BARRAGAN MEDINA	92,600.00	
011	21 - 2891852	2025/02/28	784794	ANA MARIA RODRIGUEZ GUTIERREZ	92,600.00	
011	21 - 2890688	2025/02/27	755753	GENARO CETINA JORGE	92,600.00	
011	21 - 2891133	2025/02/27	814741	HEDER SIBEL ALFEREZ OLMOS	92,600.00	
011	21 - 2890876	2025/02/27	751054	CECILIA MARIA PAUCAR GAVIRIA	92,600.00	
011	21 - 2890005	2025/02/26	807111	URIEL ANTONIO RONCANCIO ORTIZ	92,600.00	
011	21 - 2890272	2025/02/26	819800	ALICIA ROMERO QUITIAN	92,600.00	
011	21 - 2890476	2025/02/27	748769	LEDA BEATRIZ BULA GERALDINO	92,600.00	
011	21 - 2891178	2025/02/27	815285	NELSON JULIAN SANCHEZ AVENDAÑO	92,600.00	
011	21 - 2890800	2025/02/27	764043	CARLOS ABEL GONZALEZ	92,600.00	
011	21 - 2890440	2025/02/27	784794	ANA MARIA RODRIGUEZ GUTIERREZ	92,600.00	
010	21 - 2898334	2025/03/14	786592	PABLO ALEJANDRO INFANTE RAMIREZ	1,917,600.00	
011	21 - 2901818	2025/03/25	427902	JUAN DAVID GONZALEZ LOPEZ	92,600.00	
011	21 - 2903063	2025/03/26	623022	ADRIANA MARIA ZAMBRANO TIBADUIZA	92,600.00	
011	21 - 2903052	2025/03/26	822298	DAHIANA GERALDINE SIERRA ROJAS	92,600.00	

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT. 860013874

Código de Habilitación: 110010825801

CONTROL DE ENVIO DE FACTURAS Informativa Nro. 65992

Consecutivo de Envío Nro. 346

BOGOTÁ, 3 de Abril 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
011	21 - 2902923	2025/03/26	822882	ANUNCIACION CIFUENTES DE CASTRILLON	92,600.00	
010	21 - 2895727	2025/03/10	819064	KELLY MARIBETH AVENDAÑO GELVIZ	2,069,600.00	1
011	21 - 2900575	2025/03/20	750985	MONICA GONZALEZ DE TORRES	92,600.00	
		Número de Documentos 75		Valor Total: $	41,982,500.00	

Valor en Letras: CUARENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS CON 00/100

OBSERVACIONES:

≡ DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

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

Index (../Vista/frIndex.aspx)

RIPS

Eliminar

Validar Derechos

Consultas

Cargar Registros Individuales Prestacion de Salud (RIPS)

18666
INSTITUTO ROOSEVELT

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	635058	Fecha Pre-Radicado	4/3
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$4
Cantidad de Facturas Registradas	75	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
75	8517602	2881559	2/12/2025 12:00:00 AM	51643705	RAMÍREZ HERRERA MYRIAM YANNETH	$639,200.00	Aceptar	Eliminar
74	8517601	2882516	2/13/2025 12:00:00 AM	1031854494	JEREZ AVILA IAN JERONIMO	$111,400.00	Aceptar	Eliminar
51	8517578	2883268	2/13/2025 12:00:00 AM	1146151013	CARDOZO MEDINA MARTÍN	$1,917,600.00	Aceptar	Eliminar
73	8517600	2883540	2/14/2025 12:00:00 AM	79458482	MORENO HERNÁNDEZ WILSON	$639,200.00	Aceptar	Eliminar

Aprobar/Rechazar

SOPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

Numero de Pre -Radicado	635058	Fecha Pre-Radicado	4/3/2025 11:44:17 AM
Nombre de la Entidad	INSTITUTO ROOSEVELT	Vlr Ini de Cargue	$41,982,500
Cantidad de Facturas Registradas	75	Vlr Fin de Cargue	$41,982,500.00
RASES/UPRES/HOCEN/DISAN	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REG11		

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

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

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con registros contables con corte al 28 de febrero de 2025 y planilla del mes de febrero de 2025 pagada el día 18 de marzo 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 febrero 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 veintiséis (26) días del mes de marzo del dos mil veinticinco (2025), para dar cumplimiento con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Camila Angel

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

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1345484943	9482892505	E	2025/03/18	2025/03/18	BANCO POPULAR	0	$693,650,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				495	$280,204,300	$0	$0	$280,204,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	55	$33,404,200	$0	$0	$33,404,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	155	$114,957,700	$0	$0	$114,957,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	186	$82,051,300	$0	$0	$82,051,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	93	$38,602,400	$0	$0	$38,602,400
SKANDIA	230901	800,253,055	2	6	$11,188,700	$0	$0	$11,188,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				524	$36,017,400	$0	$0	$36,017,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	524	$36,017,400	$0	$0	$36,017,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$69,596,900	$0	$0	$69,596,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	512	$69,596,900	$0	$0	$69,596,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 13)				534	$220,818,000	$0	$0	$220,818,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	18	$14,725,200	$0	$0	$14,725,200
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$395,700	$0	$0	$395,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	152	$61,418,100	$0	$0	$61,418,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	55	$32,283,700	$0	$0	$32,283,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	82	$26,704,300	$0	$0	$26,704,300
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$744,000	$0	$0	$744,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$375,200	$0	$0	$375,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$7,048,200	$0	$0	$7,048,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$902,100	$0	$0	$902,100
SALUD BOLIVAR	EPS047	901,438,242	5	1	$185,500	$0	$0	$185,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	58	$14,474,000	$0	$0	$14,474,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	130	$59,930,800	$0	$0	$59,930,800
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	RES008	899,999,063	3	1	$1,631,200	$0	$0	$1,631,200
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$52,203,700	$0	$0	$52,203,700
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	512	$52,203,700	$0	$0	$52,203,700
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				512	$34,810,400	$0	$0	$34,810,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	512	$34,810,400	$0	$0	$34,810,400
TOTAL				534	$693,650,700	$0	$0	$693,650,700

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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. 2895079
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	07	17:49
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	21	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : da3e494d985e4935bf773fbe2268a411bb20e222d2ada2ceff6673aef1c2ad6cd859cc86bd8361dbe5ee2fc3fb697277

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: 746108-2
DOCUMENTO: 746108-2

PACIENTE: GOMEZ DE CASTRO SOLEDAD
ID: CC 25119199
TELEFONO: 3006550027
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 25119199
AUTORIZACIÓN: 9350132

FECHA INGRESO: 2025-03-03 09:38:00
FECHA EGRESO: 2025-03-03 13:12:00
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	053114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)-BLOQUEO-UND:NAR	1,00	339.300,00		339.300,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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	25119199		

OBSERVACIONES:

Plazo: 21/04/2025

SUBTOTAL	339.300,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	339.300,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	339.300,00

SON: TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

/enio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 20-2895079-010 Prog: cfafac Usuario: jacruz JAVIER ANDRES BOHORQUEZ CRUZ 2025-03-07 17:4

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-07 17:49:24-05:00

Firma Digital:
2HmQC7P9KTI2iVqnqe234KOPzSnFBjAhveZxG4/2BLQvTVfG+j5ye1ChpS0X0wBTWjbguy4xfPc+P+J75lsr4dp7TTdW+CsNSkKDMp3JaUQfGcW0d5n6tNooZZ3BICqs6/2YKII5zE7UxJEvqAvMIIHrpUXZpROQQDcFBK2TXzxqTxuRwUxYOQ+DgaDny7uBwzkiD00osvgas1OX6xkup92FFG+G21DJ8XJYMkoV1ksUuueowkaLQhuns7j21RtJSApUbNHvoeYYe4JzlDk/E327bkwlEZHRyTCLh5kTqHYesqB1BHJCivpKxRiaIqUBNBcqGimSxG9ZMS0H2IMA==

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. 2881559
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	12	06:36
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	29	

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 : 457102392b7a8f4d3a7ce0655ee222156ae677e2b54ca7e4f944d3f2dd524c464ad77ba1013a159a7d5d9a7bc51bf58d

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: RAMÍREZ HERRERA MYRIAM YANNETH	FECHA INGRESO: 2025-02-10
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 51643705	FECHA EGRESO: 2025-02-10
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3203492242	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 817617-1		AUTORIZACIÓN: 9081893	
DOCUMENTO: 03-1162676-010			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	4,00	159.800,00		639.200,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 29/03/2025

SUBTOTAL	639.200,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	639.200,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	639.200,00

SON: SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2881559-010 Prog: cayfac Usuario: albap PAOLA ANDREA ALBA TUTIVA 2025-02-12 06:36:25

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-12 06:36:49-05:00

Firma Digital:
IE/Q086clMX68uXE8XI+KFXC/0KnWWJPkPJ9MHJhc16E1sg/DUSipT7vsm0AHoVa57IDXW28GC0wBQSgPb9lq457u9v9N1gxRsD+ULjLPAunXAk023kH6KCzRrMhQKNMTivkqlxCNupW3OfHyVeAhnDADOuQLb2YRHHc/AQ+TpikQzAeR
Yl2k7TBMtydSyC0nxTUDf8l3Rs2YNjVnk9SA1Z9lXFyVaXsrfHfanL3BAbZP/ICGqR/c6Bk+p5MDEahM8dlukKD6Cw4Sv7mWIMjJvN3lP7NHHial60KSaWSuSvtYbe9TPWRBaXIYguNKBrL+91MXtVEJfK4QJoAucshGQ==

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. 2882516
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	13	07:04
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	30	

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 : d42da82d777b2f0f082f09dc3644e1058f7df55a1fd57412282f56fbc217b9cbfb5caeceb33cb21113946f450d6eb87e

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: JEREZ AVILA IAN JERONIMO	FECHA INGRESO: 2025-02-13
NIT/ID:	900336524-5	ID: RC 1031854494	FECHA EGRESO: 2025-02-13
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	AUTORIZACIÓN: 9131969	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418		

CONSECUTIVO INTERNO: 804017-1
DOCUMENTO: 03-1164526-010
Forma de Pago: Crédito

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 30/03/2025

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

SON: CIENTO ONCE MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

'enio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2882516-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-02-13 07:0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-13 07:04:45-05:00

Firma Digital:
MgMz23ERtnKiUm1mGRe4H1oP6ng/P4oD3Zmn3SIbXhBW5MCPSmKqQ800a3J4JlCrGOQovrMsN3efESpnJhNpzEGV5NGFZ30sEhq9Q1uj3TkYENh9/h3wCKYw7Ak2l5TRqcoqar77X9eJDXip6TFSpM+bXWjakfeSi3GsdepxqjRErjv1z3SJ
AkiasA3c4IO4oEz1yygm0scGpKgqB7qB1h90UOV++Udc4gtl2Zt5I+v8W4dgJONc1ZnLL4hek3MUgdOn1ZffC2Fby7zmduJtJh1CAPR2AEppLxGIBsWcFWyV+ZcO0eB/v+qKviaqFDY3kffACF+5x5rS84ICE8BDXA==

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2883268
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	13	14:46
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	30	

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 : 1d03057679e146bdc98d0d5d87164847cef889bba8ca27046cb070fb6ecf0206776b4fc29b7ba4f6adb68d8c51286f9c

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: 816920-1
DOCUMENTO: 03-1162208-010

PACIENTE: CARDOZO MEDINA MARTÍN
ID: RC 1146151013
TELEFONO: 3022936226
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8969557

FECHA INGRESO: 2025-02-07
FECHA EGRESO: 2025-02-07
TIP USUARIO: RECIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago:-Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	12,00	159.800,00		1.917.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108238	MODALIDAD_PAGU	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA			

OBSERVACIONES:

Plazo: 30/03/2025

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

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

Esta factura de venta es un 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: RES001211 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2883268-010 Prog: cayfac Usuario: foreroy YUDI FORERO 2025-02-13 14:46:23

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S-BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-02-13 14:46:50-05:00

Firma Digital:
Rh5QkqxHgf+MZ97LRfxN0yeOXcVBiQJeOoaYcu4Tr5zbiAlOCgIMs46tuIAuGA+UDfWGIo0+a5jHCvoa+PAe8qIMcbAEBqv9ZR4ghuVenS6KpOsYCYvDR3Cie4gIRwmLqJ5QKb0IWHbYb0PhkT44UPb2A/be1LvbsUmErfVEp4sBXoiB9G9P
/YX4DaJCL3a7yb3LKYdXpH6ICmjrm0P8XZlvYdwDhMFUaDuxmn2VgEc66d6skKYvE+iv54AjEM9ZXp/qn5wdxmLx+TaqnnUY01ZhCRneUHRjXyUO2IiChC6gFcr9ncvaCI5CjrgoUnSmS4e+RSV07gcrtLWJqBmS5Q==

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. 2884000
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	14	13:05
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	31	

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 : c685018c97dd0dee60e7ddc70469b6ee46631349d22f1d37aad183b2a35907dc3791b5bdbbdfb0e24b942c9aa21e97f8

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: PEREZ PORRAS SALOME	FECHA INGRESO: 2025-02-05
NIT/ID:	900336524-5	ID: RC 1222216899	FECHA EGRESO: 2025-02-05
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC.	TELEFONO: 3504233150	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	
CONSECUTIVO INTERNO: 808331-1		AUTORIZACIÓN: 8767610	
DOCUMENTO: 03-1160943-010			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	391901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	2,00	159.800,00		319.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 31/03/2025

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 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.

Envio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2884000-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-02-14 13:0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-14 13:05:46-05:00

Firma Digital:
BVCB2b2IONO2QGI/EW+t+P4Zan6jQUfphGsxNAAtSRIrLKMntnm//vy/wtb5TH8tF5FxkA0MNFB9bEaJ8TuAV2KT8wWfAQH2RCLVOM3OvAH2nWIdSA7S63xzC9uwV3dRfqPGqrf0UqLvQpMICLjTPkGeoXEticRrP6V2DiBPuR6pAmuLTfxP
MVgsPArJJ6CpDDGyguartgBzQ8tMxt4/wWgSar4mmnsN6+5h3bs9wBryL7jnHO5bUpc+YnaeZ48djUeQqxwIqoQHEzv3hbXOhWE7XUip49ouUDPtYvTeyNQ/4bxTLQi2zO62pL72cziYH/663UajTkBEf7Vkr2Btw==

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. 2883540
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	14	06:33
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	31	

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 : 802c9a2e477ababa5ddbc4eeb8929b0380a63ebf226b50eb79ad941e3100ba1cff0af29b4ffe51e7483a8f6515172159

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: 816461-1
DOCUMENTO: 03-1165067-010

PACIENTE: MORENO HERNÁNDEZ WILSON
ID: CC 79458482
TELEFONO: 3054476580
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9171318

FECHA INGRESO: 2025-02-14
FECHA EGRESO: 2025-02-14
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	4,00	159.800,00		639.200,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 31/03/2025

SUBTOTAL	639.200,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	639.200,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	639.200,00

SON: SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2883540-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-02-14 06:3

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

Fecha Validación DIAN: 2025-02-14 06:33:37-05:00

Firma Digital:
fMM6YPWmPJtgICD0vMO13ufYUAgrR74L+oJtKbvGpSo4HPjm8LuM4mH/jqclbewTZN8uU929W1+tqf7T3oCgxkD7QSVQ1NOoBDGRo9RaV/DQSxpc+GIKPHXwrZrfPZxTE0LZnN/g3cZqCdI8sciS3Ia8gKpLY9zTzn6jfuKogL/4nxC2yQEmk5gHg1MhiNyMyWWnKUPCADezkewRZBhfXKiP7IespLhyiiW4wdN4t5BKnt49UftByiyCbKCwCFsXehQTMLjVhaPtHsA0AhSkzfSIB/XZKLkrHcvIieFW6DszWBvnLXgVLRx+cy37uWWFgIr8z2RD19ol4nsCIaIw==

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. 2884541
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	17	05:28
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	03	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : ca89f7ea3a267e5967c3feb3779c9e769afb85a08d40057865dd2c21e675f29b3531de356e5fa0223f8b646e9ae7b95a

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: 817217-1
DOCUMENTO: 03-1165649-010

PACIENTE: MIRANDA CARDENAS EDILMA
ID: CC 41766146
TELEFONO: 3105797842
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 09170688

FECHA INGRESO: 2025-02-15
FECHA EGRESO: 2025-02-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

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	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 03/04/2025

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

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

Esta factura de venta es un 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: 21-2884541-010 Prog: cayfac Usuario: urregoa ANDRES FELIPE URREGO GOMEZ 2025-02-17 05:28

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-17 05:28:32-05:00

Firma Digital:
QJSGggThqcG0f2Ggu1UQfY/YUaxkLbDui3L/PFD1Cfl7WKzbxy2F+jLSRmLueuEPrqydqex4sDFWdLq+K1xadQxEkQyiNCOxE5xSGEsWjikFF1eakWQDM0YMfByUxNK+wxVh4Z+f3B/6ZhBQQ+ERqss1TfVCJRN11KOpAIiITOfgLcwo3cxzJ
tTacO02E5abc/Vw/5M/X3j16IzXg3GdLrn+kx3lr/WOUahIYRJfjP9Elpq9zI7ut3SI/ROMB3eHteu5AhsSI9OhSjw5TDZtWIDLQ8t2V48OQfTKB7h+kwfkV8ha9tq863BiHHW78m0nNiPLjcSx4hMTtNTyJEi9Gw==

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. 2884606
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	17	07:21
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	03	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502235 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 : 2c0b3022df3cb57052674d8ef60c4c9e46f8f0e4819b07fe0ec273bd2658890ccc0b3b83012ac87bbbfbf3caf5b3d243

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: DUARTE SANCHEZ DORA MARIA	FECHA INGRESO: 2025-02-14
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 40413948	FECHA EGRESO: 2025-02-14
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3112959039	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 818361-1		POLIZA: 2	
DOCUMENTO: 03-1165440-010		AUTORIZACIÓN: 9098726	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				

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	2		

OBSERVACIONES:

Plazo: 03/04/2025

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

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

convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2884606-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea.ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-02-17 07:21:3

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-17 07:22:02-05:00

Firma Digital:
vUAuTGNxKxhoxer0wwLigKyL4N3ROslkrnfh2Qw3EHZ4P8Rsd8yOz2d9GmxkdNsE/MImkWv4yrY3pnc7XdxfJFt4pPcdriiZ9KVW1TJ64tRpv85m0shaDbj2tUzCJUYury6g7nrQagg72xC1mzE+pn2WjmeOpyE51Yx97MPhWC4w5J/hnF6zye6MAhJHiuQOOlpa6JWaBvvxIteex2rKdlGZu6+ACRy6qH0gpyxRQ5HfoS3TWJQTIFBLcz1d9vOyBYXn1AXJE+omTmKb/Z8kMXh3NnAJtGDRnoIsi.mor2WWOm1DpXrnUP3LaQ+S9EOAxfuQx8rU8vHJ1YTpWfzLGpsVQ==

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. 2886331
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	19	09:23
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	05	

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 : a317f4b015d85428fbc2e8a08e3d9ea?f1d772674433a2d23d3737be769f74609d395cf6e1ad05cbfd9fc88321b04af0

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: 812859-1
DOCUMENTO: 03-1167255-010

PACIENTE: GARCÍA RODRÍGUEZ JAIRO ALONSO
ID: CC 80744920
TELEFONO: 3204040135
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9329747

FECHA INGRESO: 2025-02-19
FECHA EGRESO: 2025-02-19
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	4,00	159.800,00		639.200.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 05/04/2025

SUBTOTAL	639.200,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	639.200,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	639.200,00

SON: SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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.

Envio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2886331-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-02-19 09:2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-02-19 09:24:23-05:00

Firma Digital:
b5wMSKA9jGK2OTAS4MZUxDL0ncWDt8q/SOMSgjAEMWqKIRPsaZEzce4HWvDiB9Ib72y/iYbPhvdsiGwpuD0F0mkkzSVACjxA8O26a64CI+h53zU3gNv4dyAWG+kd9cubmJ96uK1Murku4Hco/QqoHzs7is9N6M80WBiqUx50reNmD4SX44EV4zSi5OoK/8r+M+HR9VDE9IRCFTM+sqHYX4yHogte0NFrnd8YRUEhBVifzZ+7XgDM3b/QW5ijjnubicOFQW8xvfIpwA9rB0kUCUR+A30E+SGC8spNVzPyIGLntd/qJUnG4keC1WMPp/E42CwbR1TQ68qR+9t8b91A==

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. 2887877
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	21	14:41
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	07	

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 : 41c2e87e7cafa47893088fa5919d636f2abd17b2802d9136edc372f7437ad61003f8f47b5b6190310c75b19a68ae5059

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 784794-1
DOCUMENTO: 03-1169555-010

PACIENTE: RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA
ID: RC 1029524603
TELEFONO: 3105646455
AUTORIZACIÓN: 9398653

FECHA INGRESO: 2025-02-21
FECHA EGRESO: 2025-02-21
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	930403	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA-ANALISIS COMPUTARIZADO MARCHA-UNDINAR	1,00	2.069.600,00		2.069.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 07/04/2025

SUBTOTAL	2.069.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	2.069.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	2.069.600,00

SON: DOS MILLONES SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2887877-010 Prog: cayfac Usuario: forerov YUDI FORERO 2025-02-21 14:41:44

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-02-21 14:42:21-05:00

Firma Digital:
eS9f3IGVp7zq9VQzk/mRRI8PUZlcqgzeTS/Hay1LKnI328PgBaudQVXrZyyFYwyQVo6kZ5DZN1K37V+LYIpWuovDUuFAYcS8KDPqkCpnrQ7fSRF5sds60rpayxRQUMQpV83EJKs+w5i315ZVErhgpn0nkwESt4He/levkW3c8STHLQ58itEL3
E8ANIdhIbYDZU6SVPWWMGEUO4YtznSM0vKYSDB517a1GdXEV7iNjSRq5GnB8yHS0zK0lJc3jK8YUtN00juPfmhCNYljoI4XZL/WaOpjEvFabYVczX3shI18WWzr2osojqIcwrhVpazdQNNoxaeCz2/HOZouysdGg==

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. 2888125
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	22	15:10
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	08	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502218 del 2024-08-05 numeracion del 2606630 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 : 650cff47786ddae30eb839176b2ce376c1b93bd74a3323721dee1660dee732b99510e1ae52d3fa9628e3df3efdb0dba1

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: CERON GUTIERREZ FABIO RAUL	FECHA INGRESO: 2025-02-22
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 3154043	FECHA EGRESO: 2025-02-22
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3173074725	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION. BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	
CONSECUTIVO INTERNO: 818911-1		POLIZA: 1	
DOCUMENTO: 03-1168865-010		AUTORIZACIÓN: 9358249	Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	24,00	159.800,00		3.835.200.00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 08/04/2025

SUBTOTAL	3.835.200,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	3.835.200,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	3.835.200,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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.

Fecha Validación DIAN: 2025-02-22 15:11:11-05:00
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Firma Digital:
J7nIhcL5Eh8INpqnie9I51UFrAYV102sdvivFoe/8FeIHEt8m5IM57JKWlsIIyCdmt7WArz6wAoiZRniTKHvz1qBAmL6Sh9eO6TFjc6WxAAZB4q91a6EPFTg88HjOZj5WA7aa8ViWJg2ZL0d697GfJGTVR2z55FLnZ6D64Tc+3NDAsFCyoC6P3t5R
sF8G/JDbyhm8YRA3CWKuGzn2mFbjvZrKOCkEvvJapN4g5CNlxcKxcqLBFFR3zWiCAGMLaQp4nMXaXtv9OIva7n1Hh9qAverYnzxJjX+hVoXOWt3k0uhqghcmAbUA6jiqvzRxqzhp+nIYkhMI2Q0rIZ6vdQBww==

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. 2888178
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	23	06:15
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	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 : 105908f96a3b5d98f28aa39c838fa4edf7907eed8046f2b54b63b48383c73a31e2d64b9707df31dad4b47a92eb0abb68

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: 813753-1
DOCUMENTO: 03-1165574-010

PACIENTE: FORERO FORERO DAVID ANTONIO
ID: CC 19484618
TELEFONO: 3212515018
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9014173

FECHA INGRESO: 2025-02-15
FECHA EGRESO: 2025-02-15
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 09/04/2025

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

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

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

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

Io: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2888178-010 Prog: cayfac Usuario: amanrique ASTRID DAMARA MANRIQUE GUZMAN 2025-02-23 0

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-23 06:15:22-05:00

Firma Digital:
gxuorB/C1rCR3sLbHmTsHi3yWNfI6HUYBeBZikrBI2jinqtE2HCYTqojW8nRWOMTjoiDifn/SWAIYCFLPHpb4rkP5XyLH5faerBbX2cV/OP7tzbZpGWRKGuvcTQT8kyNHOQwxQdhrKhR4G6ENeRCe4fKZgdV+C8ca5prQeyP76C7zbNAmGPzBI
cNmKz53A3OcV+9uU/9C5sSSCaNXNgTDtMGr2/RNLv9Q7d0INBFajhJBATCcHMT9DJJ4dp1uMgXwlrZc2JKs9ewvioECtVq9sszzzq/FTHxvbonNLIUeMRjCbZvXBq+Y9l+DGPuGd4+clxN6kUtG/zbjF8cl721cug==

INSTITUTO Roosevelt

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2888176
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	23	06:13
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	09	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502236 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 : 01dc0b12c44273233a3fa34f368e1ea3e83e54fd985b91b08469f9222f71df917b30b4c44aaddc45b73ff24479dcbb76

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: 815619-1
DOCUMENTO: 03-1165573-010

PACIENTE: GUERRERO MARIÑO SEBASTIAN
ID: CC 1032798477
TELEFONO: 3057503066
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9098804

FECHA INGRESO: 2025-02-14
FECHA EGRESO: 2025-02-14
TIP UGUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 09/04/2025

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

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

Este factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos o 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: 21-2888176-010 Prog: cayfac Usuario: amanrique ASTRID DAMARA MANRIQUE GUZMAN 2025-02-23 06

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-02-23 06:14:12-05:00

Firma Digital:
u/5sJMEUMCIb665kUuEYRI9m0cCyYcpUA5Ebz0JuiozbirfJPmXyI2fkTY/T7fxEAdYKSWQdB6h0OcATqhy6pKe7IdjBiT/m24xSHHQwL2vNvCaaaLRSOK0v1qSNS5e3VcyKOcJGEFxTXnwQDBdPZV9QMwz3rcv8v6S/k8F/8AKtjNOhjISGITKcmD66Tb8hVVIkZODdtSfFbhMqmhfRhCZiXE5R2rOrG3VyTbT5yWKH6oiUhOWsr8x42cPnut2BC9XgI7WV6QGqDRNUM4v6KD3rVHYAvmkhoUW3hD1QxZmHJSURl4uY3xRBo15SwSOYIVZZ08A/WdfYXdk44x1TKg==

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. 2888213
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	23	13:19
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	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 : 85e675720820a0f98f1aa24acd47888c21a3430b5689ecbbc42ff77d5f394d25ba05b8edfc56d9f86384729e4c930bf0

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: 820239-1
DOCUMENTO: 03-1168884-010

PACIENTE: ACOSTA DIEGO FERNANDO
ID: CC 6499996
TELEFONO: 3212948143
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 9098830

FECHA INGRESO: 2025-02-23
FECHA EGRESO: 2025-02-23
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				

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	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 09/04/2025

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2888213-010 Prog: cayfac Usuario: dsantamari DANIELA SANTAMARIA CHAVEZ 2025-02-23 13:1

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-23 13:19:49-05:00

Firma Digital:
0assS7O4rBn3+2rxhCTh16wZM39RKgaM8ItnB74lzz7J1LapwxGwU3SM0UPvsyOf187qciXjt3kRoTslB7VwsoPuIp9fJ1x1rAD6hTlAbbpQS1NP17oPPIdYwit1vPHXPQ5WOXZIXP27RZL0XUG2PAE/WIK332OlotStZaGBl/P4Nx+JNSX6nmLeW3v8B91v3qP6DdovBjgJrO2gpopeyu8vhzMRUV7p5XAA9buU9fHn/0lMmbGTFWEGHKkDRIZftmw/aWyVaStq0ysw/FMwuOBuUqFcS0IN1kUjx5OAaU1PH87iY6zsZKyy5dgMKHdojs492UDu7b8RohbhJBfg==

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. 2888234
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	24	06:12
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	10	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2805630 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 : 917e522b04302bcd1fab1164cc633cfd0034f6dee3d5bac7c81fb7eed10a1676f75d1d1b5f75e9135f1b1099c97705c0

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: 818349-1
DOCUMENTO: 03-1166967-010

PACIENTE: BERMEO LEON EVER PLINIO
ID: CC 19373260
TELEFONO: 3507422909
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9131985

FECHA INGRESO: 2025-02-18
FECHA EGRESO: 2025-02-18
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	12,00	159.800,00		1.917.600,00

TOTAL LÍNEAS: 1

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 10/04/2025

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

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

Esta factura de venta es un 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: 21-2888234-010 Prog: cayfac Usuario: urregos ANDRES FELIPE URREGO GOMEZ 2025-02-24 06:12

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-24 06:12:58-05:00

Firma Digital:
JIfBQGtY7eeFiK8tyhHnetrnJ2Tva4e60QiTMpSJOCw8TCsbXfCXNJ+Uf57BVkFniR5noIHt3ZXqSpctu6okyS9IpvzqJ+3c2ejKUkgVLFFl8wOnko808VMwPtzDfDbqt36u2mbO4M7tZRUqAUk1Aizb/tCd0cDaK/+HXLdNLGPAD0I7DwJeuHGZIfFyvJ3BoYH4bhZpDRnhZQdpVfB0FKRS5kTVvzyMnGtpDoBrYPojJV8G8+d/0NFmPqV5LNjNHOrQdNf0eazzyl/w+D4iJ0VAWmf5q/aF9qKbRziqBhn6yoyR3w4j65joj/Idq6TPscIhdTozKNKrHtNArvu1mw==

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. 2888214
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	24	05:31
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	10	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 6d34cc556ad155733b06da7b1aeb8ad2360e88597efc06509de15bee7d6b2dd9a815912d3c88a79bd54a3eeefd9ea981

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: RINCON RODRIGUEZ JOHN FREDY
ID: CC 1073603855
TELEFONO: 3134974989 3132036853
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

FECHA INGRESO: 2025-02-23
FECHA EGRESO: 2025-02-23
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 817200-1
DOCUMENTO: 03-1168885-010

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	12,00	159.800,00		1.917.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 10/04/2025

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

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

Este 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: 21-2888214-010 Prog: cayfac Usuario: urregoa ANDRES FELIPE URREGO GOMEZ 2025-02-24 05:31

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

Fecha Validación DIAN: 2025-02-24 05:31:24-05:00

Firma Digital:
SIFdnRLi0TRWTRn01I0TX4X7HLMJF+s2fV1Df4+rGaRKzgfQ6Ax86J89B6nK1UaWo2/Rh6lv5rPuorzzmyHOBqKMKW3MfwNyxYg6Tfmnhq3qrQF6SF7ZhvU2tTIBXJByhOD3mEEvE3Bo15gC1z6hP5X116wFWTBG1/RnqickdfpW7Wyb+
NXPvoXS0dvsAsSDDuZxXfWurmhSMSN85rbIEvEi9CUHH4Qa6Z0ENJuRs7vRm5WFfoDLS+707ntq0ZwfC+3rVI4wdSFSGPvcAjf9ZmV5VT3jY7/akMhMfVBtADCGLHZL+Eu5PPPE5PujGhqO8puk/TUr/P5vtWVkLDsQ==

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. 2888229
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	24	06:06
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	10	

Acèpto 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 : f74f646f34d9d990a9d79d947a746b2149c0214e29fd8be7c51752411cf2db85187b1cd3f6c867ba31a49001c4234ac9

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: 816270-1
DOCUMENTO: 03-1168209-010

PACIENTE: ROJAS CLAROS EMANUEL ANDRÉS
ID: TI 1025073035
TELEFONO: 3212607136
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 9172801

FECHA INGRESO: 2025-02-21
FECHA EGRESO: 2025-02-21
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION-BENEFICIA
Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	12,00	159.800,00		1.917.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 10/04/2025

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

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

Esta factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 779
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retehoion 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: 21-2888229-010 Prog: cayfac Usuario: urregoa ANDRES FELIPE URREGO GOMEZ 2025-02-24 06:06

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-24 06:06:27-05:00

Firma Digital:
1OTggXfKroI73Ua6A7t6TpxSdmpwEKf3YUHwGvHvi4hWDdHMH5ZqXR/U95QC+y+2NuzDdfTrymtuLfYSL6/XXUStFGeobUiJLV3cpOQ9Um0QP/3G3XIJtoGVQBBxUURgH09R6E4XF4vX3oxTI2zMuvcuapFBo1bYdO2m0dS/b6a9QXzFd
YmkeWB6e/LRZyYhBEmAqsf6veRouwre2C6CrzWQ6hs+yKlZsjpOeSfq5XDh6C+oTFqxDiCRf3ogk2Dy7x0VKy7UbZCKqTX+hKFIM4xn0xK+!!PDGfQbJemHVgIxuaJXuX57acsM2bdGRNQhf8LWTTZkcJ/nWIywdd9PlA==

INSTITUTO Roosevelt

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2888840
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	25	07:40
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	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 : 6dc9edc46fafb1508e8f3fb4ae73fd6b0c10ec351fad15daf252f2a5370f024c19a06bfd5e9dd6b2fbcd7c51ec3380b5

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: 817199-1
DOCUMENTO: 03-1169683-010

PACIENTE: CÓRDOBA ROMERO LINDERMEYER
ID: CC 79430725
TELEFONO. 3217541697
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9141892

FECHA INGRESO: 2025-02-25
FECHA EGRESO: 2025-02-25
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 11/04/2025

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

Este factura de venta es un titulo valor en todos sus efectos a una letra de de cambio art. 772 y 773
Entidad sin animo de lucro no sujeta a retencion de industria y comercio y retencion en la fuente

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

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2888840-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2025-02-25

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-25 07:41:18-05:00

Firma Digital:
I8HkbEVu8Fv1S9chHUS5hedpsNCu/l8DY57fhtYEZSUnCXdRW8O6DuPmXnwPwYfNv78eJFQedDEOlgyMtD5Ot357wp4yoeuA2egnKALBnQWS+iUjg5wgcxUH8alpW/J2hAxlI3OXqIxwn8W5jDbF6KfozjkG2J/wvhp1varfrhpADfFxRoc01WHbxVlim7sibUE1sXFPbRhiNNr6+vxw4sTZ72bHtg73vZ+yrO66LYLWH48HyWXC4RM3SWA6DXJb6hcEiRxgIvRcGwEUK9VZSaQVTvQRltRdIs25HfF0YMcW7CBgOHDq2R5Y/9+ZB/C42014zkiH255+Fnwtsv9R3Q==

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. 2889759
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	10:56
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	12	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502236 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 : cda86f88c49b1bc141d4e96048e41e71bd043825fff7441935c98921986cf6f2e6d4057aec82bda3bf78925ab7345b72

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: CARDONA CATAÑO CLAUDER ANTONIO	FECHA INGRESO: 2025-02-26
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 86047032	FECHA EGRESO: 2025-02-26
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	AUTORIZACIÓN: 9124275	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 818385-1			
DOCUMENTO: 03-1170565-010			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	4,00	159.800,00		639.200,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

SUBTOTAL	639.200,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	639.200,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	639.200,00

SON: SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2889759-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2025-02-26

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 10:56:57-05:00

Firma Digital:
dK11y8dKLMNJ4HYvTpEZP1PQe9Xqz7ssHUZfhmWvdM+o+9XwmxfSgqCsfYRf1adb9bzfrph6YIzv5yrKW5GDj/p0WTTfVKIabl86meJ1DcbKOc/WuFITE232btwkmSBPttWQm01pIE3ESkCeGBm1AmkFRJNvly3KcwYbIEksi5Fictl+20ka9f
ULgFSv61cJw2BQ2c+aHgb3yLVxqQodlalcW63P3BL9DKH3mSy9j595NFJaiZ/sVWRaB5SPs4GRIAUuYEWxVt67vcq1Actybz1VpEvhgugJ76vepfdVApQluGC2em4mwvb1HZ+ZNOZDchBSwaEFf9roNlhSZvF5KA==

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. 2891860
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	28	10:43
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	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 : c28309c7d9f990826122f2bb185ba315bfd724449372cf9fea99a1675ee8b19957d56e942d3fe0c9a67c30522dff276c

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: CARDOZO BUITRAGO JUAN MANUEL	FECHA INGRESO: 2025-02-28
NIT/ID:	900336524-5	ID: RC 1141380135	FECHA EGRESO: 2025-02-28
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3054781173	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 818892-1		POLIZA: 2	
DOCUMENTO: 03-1171687-010		AUTORIZACIÓN: 9206923	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				

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	2		

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2025

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

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

convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2891860-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-02-28 10:43:3

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-28 10:46:51-05:00

Firma Digital:
xPYVDw93LeyGE45FajqNWdL3xjPD5pra97v/wj9PcoeD3hDHgkvSNQTahB0akzVJ08SsvjJX2XrEZHfNa9ChHyc/s8fwPHaq2b0XD8OfkJkf6Mo2FVGhXBNbinMMjgIBQdruwFJanIzOfUEtkWiV/sHWn2UuQVpzA5/N5RN8A3WuC0OuzDdBgJ51begXsHuXqa/7LTzQvwiXLvvXiEB6U0d//vjUTg0bfs/I1azRs51h1JK1VEtf40oFq4h6sgTvfjvniUkzX53w3Wr5MAPnkI/UDLZ8N/JeU/bkfGTO4IHWHwJP76ABqfGTA2f8QCf9r7fWrU27j11gCU0/TC6uQ==

INSTITUTO ROOSEVELT
NIT. 860.013.874-7
Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar - BOGOTA DC - COLOMBIA
Telefono: 3534060
www.institutoroosevelt.com - Email: facele@ioir.org.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2890583
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	27	09:28
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	13	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502236 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 : f815f11d8ab44c868765e7e69bf04640b442fb517fab346fdb6372c0436cf4bf3672a1450cc89d903a9be2199e7109a5

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: 03-1171086-010

PACIENTE: CELY DE RODRIGUEZ MYRIAN DEL SOCORRO
ID: CC 41597206
TELEFONO: 3103413447
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9393526

FECHA INGRESO: 2025-02-27
FECHA EGRESO: 2025-02-27
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 13/04/2025

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

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2890583-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-02-27 09:2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-27 09:28:29-05:00

Firma Digital:
EHIEFJ3qcqO4s2ZIe0IAjs2YI3Ov+iQlpshBuDSB4w7OD7+BXaq/s8jTFbH+NGcA77UXxAUcXz78kBBq8k9heC37JYgSnScjLx0QT1urzN3EOasXG0qsLU9WzJ+g6ZOuyMIPBQcBkblbUAs4Y4EVi6KCmH48KAqI9Y2ZveoC7uOqITHNYjq8l/O
tgzBksLpN7qAFNEewV/iPJmWTbuHgZaRTEXtwtCT4AMvPatV/WtWASTpbVR/ITokMoUBCaYOlOek4v9wvIFS9QsNdvkD8KVUKHFuPN+UOgKZTUlnjUTAihDvbVKccm+I9oD+TLHJQ9vW1SMBZbAg+2ZiAKZEaIg==

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. 2891234
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	27	16:22
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	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 : 814e54cf6d17569d78ac552e1110d4651935010608c6b99dff7179fe5f0ff604d850e22863bf0a1f652d765c7b39f2e7

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: ROJAS TARQUINO LUZ PASTORA	FECHA INGRESO: 2025-02-27
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 51795590	FECHA EGRESO: 2025-02-27
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3103073900	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 815616-1		AUTORIZACIÓN: 9166163	
DOCUMENTO: 03-1171343-010			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	24,00	159.800,00		3.835.200,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 13/04/2025

SUBTOTAL	3.835.200,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	3.835.200,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	3.835.200,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA · Id Interno: 21-2891234-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2025-02-27

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-27 16:22:59-05:00

Firma Digital:
e1zxUvYZCA+EWHz1CNgXMag1AD45TXdiqRnpwdbIkJ/r6/xbkGbaSMoFfAfDGuQZ2SLbTWWa8sN+9wSIc5yrnnsxkgWn+pA4/38BknBhrQ8o+b8m0Jnkv7yuCdgChEofZdMJaRQgQ3SP/YkF+L6DUPM9MuRnGc+BW+CSQIAHVUVG39X
jNj5DrnHtl7+wUIHGCa85kBzujRq0zg0oorM4t7T9LzvgDNRPA39ztpqvZHu5pZHz0B0En+OTJ7xYWcykkdbR837gf7hSwJcobnWUFsxmP9H8H/JJa07phiihgGWm5TWsRQItcnleo8sDqORQbK8v/rbX4xFPK8kHd/4W1EXA==

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. 2889590
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	07:49
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 : 3f42b064480fdaf0bdedb743118fd2c452f2ee0d91e2bad35b5cd5ca0d2521c1f1700b55041e7724c42306253086fbff

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: 820455-1
DOCUMENTO: 03-1170269-010

PACIENTE: MORALES DE GARAVITO ANA BEATRIZ
ID: CC 41425864
TELEFONO: 3125352003
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9098796

FECHA INGRESO: 2025-02-26
FECHA EGRESO: 2025-02-26
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2889590-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-02-26 07:4

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-26 07:50:00-05:00

Firma Digital:
gd4t3urnn1IwHxBJkV3/pRZ4b5eRk5A4IJz2clzR9fyE9nHkbRDWqzZi0eAjqivJ8eLMMTgaxcvWWen7/qhVmvln8nQ41Qd/0E4l4I3h/YXq3Kqqe/zVxuxkp1Hbf6Ut2DBGD1pxBWBPiEbX3CuRTScAmjVsqkcCjzzwM0whu5Ht6GBDBHzSxm
HbFXuAUXOOxCCDByHFdN4te25VIYKuOKAktapZQEmOjw1mUh7+jEi9kS3YwttzmVWYEHAs+hu3tcoIyvazUubvU8/WRMZxEO8v96o2hmQ1riyij4jG26SRDuoieAs8RvQcRkcHDTkwb1pocaQdZ8ruXfV0SO6I4zQ==

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. 2891902
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	28	10:55
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	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 : 9cfd8d4664e3f52f216b9288482cc240d89cd43370470ed4feca1d52c24d93e744b4a58f0928225e4178713cc1f378d4

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: 636812-1
DOCUMENTO: 03-1171479-010

PACIENTE: HERNANDEZ GAONA VALERIA
ID: RC 1025156584
TELEFONO: 3148390920
AUTORIZACIÓN: 9297869

FECHA INGRESO: 2025-02-28
FECHA EGRESO: 2025-02-28
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2025

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

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

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2891902-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2025-02-28

Fecha Validación DIAN: 2025-02-28 10:56:37-05:00

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

Firma Digital:
ofmVxu7/IC0zO+SGILyss/TZNdM3Qww4TA84xopw818soigPmLF4q9ME8+ILIgo8E5FyuOsTbeFsKI3Z7z1iVJ5bCpRPvo/VuOrHiviovEEk3fl0ttj1mAPxQpEdnLi+0yfeFO5q5fvsO+yVIMfDBLY/GW8Zp8ompHwHdISoUA2Vjn6zSUCVTwZY
yJAIwtPyQcnIVJ6vBsnG+jReYWlq+S/a6qSiv30Ij231Pa2VkDOjachHd6VUV7j/E71oKTp5L+O+HZgsro8CZcaqWBN5PFdoUnk26PuTbK0GwQndeppe3vgMZAfithQcG28Pd59Ak1kHUY7JrUsd1cKTolvLqQ==

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. 2892050
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	28	12:29
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	14	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeración del 2805630 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 : 402f3e5955ac9cef415086f84a6b21d5f616605616e4794912c3d6744fa516a33ad481c180bd1ffb6bc2bb8117b9bc99

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: 621115-1
DOCUMENTO: 03-1171513-010

PACIENTE: TAPIERO NEIRA SANTIAGO ANDRE
ID: TI 1033101767
TELEFONO: 3102579296
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9131498

FECHA INGRESO: 2025-02-28
FECHA EGRESO: 2025-02-28
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	3,00	331.800,00		995.400,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2025

SUBTOTAL	995.400,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	995.400,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	995.400,00

SON: NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO 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.

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2892050-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2025-02-28

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-28 12:30:17-05:00

Firma Digital:
pzHAq+6BdxdvtZyYQmub3GmiHKcm0fPyqeuf2fsfQXKAOh6kCUfQNi8+QL2waIraSAgqLrCORLErQN0zsFLmDEALk3gyRcoIRvRWybw4uduQp2DT7ivAmY6ECyeitms7+rOfpchl4aNHtZI3r54jQFr2ckgWdpb65Nu9RXWs4OvzPXalhJQvz
PGIJco+TG51cIDvzVk/qnyXDtzIxK6IIdP5cdPnaqEFtTseQn6GWOGH4sXByhHqmi3UW5tJcX5Ob9dqeA1sWoPbx3DWeJBlDmibuGs3onjiUwug81a6hrsWdNL/Gv1tmZMOantOat5VLcgOHj0TgFobQiOIQZSYQ==

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. 2892513
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	03	09:03
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	17	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764075502238 del 2024-08-05 numeracion del 2805630 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 : 0e8089881ad0f9e69e0a8d938fde5f1f3d4ed54d135829fcbd8eb699a805e37262068b522f40b9c8ccd29307d8503fa5

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: 817451-1
DOCUMENTO: 03-1172215-010

PACIENTE: SASTRE DE JURADO JULIA MARIA
ID: CC 20847783
TELEFONO: 3175003458
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9087128

FECHA INGRESO: 2025-03-03
FECHA EGRESO: 2025-03-03
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/04/2025

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

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2892513-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-03-03 09:0.

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-03 09:04:12-05:00

Firma Digital:
aOjxuRijP4EzJZ6Oq5J0XCUqVo8gTDnJorSE52OoX0gPuXPvzbIkWQAUsUoX9vY69nMddWbqA7DcwrVTg4qTVe01pAWSAwfSvWnkqmAyTfhXeDSZxopmCeuGQunxQxrTknVbAHkaYyx+ZlqORTRZ0+Ns0RxuVXi1p6xfogkXxaNeJj5Cg7
WmlHey758UXB1nENYqcENeIgjBE6mSneHNAMhYDTRKiBT4waNtu0IIN2B1bGzBFK/is8IFDL8omTqJPs26zPy5fXXJCr0URDUXpvHwwfQF7t9588nwshBjNIbJlKLGcfOk4dhbLVnmJ9L5PUTuIpUbtxOzwTS6SB6qQ==

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. 2892461
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	03	07:53
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	17	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502236.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 : f97b91de77861f0bc1d902647b5c1ed9e131a1364e878008aa282da8fc28a0effcede37cef43a1c7604b7c80814e941e

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: 819527-1
DOCUMENTO: 03-1172115-010

PACIENTE: GUZMAN ROJAS EMILIO
ID: RC 1117034710
TELEFONO: 3124479129
AUTORIZACIÓN: 9303761

FECHA INGRESO: 2025-03-03
FECHA EGRESO: 2025-03-03
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				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108259	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA			

OBSERVACIONES:

Plazo: 17/04/2025

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

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2892461-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-03-03 07:5

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-03 07:53:55-05:00

Firma Digital:
nD0mISW5hdaIGyV3Wng3j7HcFQgZCFjgT5NUr6CAD5W17h6UfKmRqxqTu4QgW6jC+5aT1TM17cjZUYScyZvcmx4yUGJ5rS0XJcqCQn9Ba6B3vZYnMa4AmiRYVgMNMvtAzxC+Aho3Pk0eghgp1ACSnr+9ELzkr5gMCKdwDTusj4QvNSseN
PzBOBIr8FraOxQA6I7jSw4yXCEJ1KD6jgu3VAUTfJYINIBgXOtiYPgVtQXkoU0uBj4IKgI0qIM6JahgHpLrW6JvMg1Cps1xGICVj9/izT+JBvnHGrrqzei34K5Os846/RGlaFHLrSdroakRaEEz7uICpBZP2A3ilSeTg==

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. 2893117
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	04	12:12
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	18	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502236 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 : 2c4deb2a92e4c32c73288c8e27b7b606a284aae42c70287a22cd208bbd8c4030bf61a42b01413dce4695224d2b99ef40

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: COMETA MONTEALEGRE MARIA JOSE		FECHA INGRESO: 2025-03-04	
NIT/ID:	900336524-5	ID: RC 1072114182		FECHA EGRESO: 2025-03-04	
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3103126745		TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION	
TELEFONO:	2207418	AUTORIZACIÓN: 9009320		BENEFICIA	
CONSECUTIVO INTERNO: 817105-1					
DOCUMENTO: R3-18688-010				Forma de Pago: Crédito	

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 18/04/2025

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: 21-2893117-010 Prog: cayfac Usuario: lcastro LISIBETH DEL CARMEN CASTRO BELLO 2025-03-04 12:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-04 12:12:25-05:00

Firma Digital:
ME77mvL2q4bpcg36mUU97NpBRfAcYrjEqKZjXmz7QWD2IfNm7qFVq2zs8IrwWrrd2cPGlaW2XOP2UmRavbwwY/07AGWmLi+V1OW1ilIs9BjdtLj9s5xp3pHYz7zxgd9WZqHyh7s46jmHvHIdTjqwkIGMCGT4WWw32ArZLwRV2rRsVYQ0G
5hhcFCbtoOb+gZfSlxsaN9dS7OcakhVzEithC7FpL2JycQTWknzHMjh+PWXBtUMKDDk1I6wKe6tPUhtoSGHooYkBWWs4VGMpsjyVdzdD/Z7ncAP0PzCmVwXcsaKJfmziP6FukmN/jOMVIAR/k0xQU+9tNHZLvCDarB7t/w==

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. 2892843
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	04	07:02
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	18	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 3a896d62b122d1a34039e7288d57e9c197ce47af16e91eb5179b0e8be7a6095e87241bdfbd90f77e4961cf7aecad1a59

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: 816262-1
DOCUMENTO: 03-1172690-010

PACIENTE: HERRERA AVILEZ JUAN PABLO
ID: TI 1072105171
TELEFONO: 3052995870
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9098827

FECHA INGRESO: 2025-03-04
FECHA EGRESO: 2025-03-04
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 18/04/2025

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 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.

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-03-04 07:02:38-05:00

Firma Digital:
MfHvzNqV9Zf5ake10psrazEK54gqc+LwPkS/NmL/L5ZtYdQWdWVNhZe2hiWTtMMgQb0hyaCrMYGMakmve4/vZqMLE4SawYoLIQEgsP9zvJtHmUhs4m/FiPc7NtYBjZ2SYONzUR+z6ucZgCZiZn9oKyJWywcfjVKfyD6mIfqXH9ng32NmII/S6Fi2zjmmUCH+6NNp7ytSfb1KybN2zOYpwRNTDcpS2p8swCabq5hC+Lzf+a/DPsMjIzI99qv77DSuKuPWwLNvXN4NTXMyoUSjN/ZgnL71cQrRMDrp6Bcf2BTsctMRdY2tRadaZGbwsdQjrHCL1hCJAkLdvVk7+QGpDw==

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. 2893201
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	04	14:18
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	18	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 32fbbedbf6c346e8dc6a159d1dc7243bfc8e3c05172878f0aa614df55615061140ef94b41431fc91729e9777cba808c2

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: PEÑARANDA PRADILLA IVAN ANDRES		FECHA INGRESO: 2025-03-04	
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1093300614		FECHA EGRESO: 2025-03-04	
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3114717599		TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION	
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD		BENEFICIA	
CONSECUTIVO INTERNO: 423563-1		AUTORIZACIÓN: 9196479			
DOCUMENTO: 03-1173236-010				Forma de Pago: Crédito	

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 18/04/2025

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

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2893201-010 Prog: cayfac Usuario: albap PAOLA ANDREA ALBA TUTIVA 2025-03-04 14:18:57

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-04 14:19:31-05:00

Firma Digital:
kH8mtnxF507prYhI6gNH6ZLIY79cfM+bGwhGhKjLEM3kUWroJAgS8w0bPyFkRN8ugDLNMK3dHGZUeXsVCI8GJk7oZkXXwkO9bIJMFlnx2A06QRk63C26NyOAqy79LyQBj4xcCAYoGqvGoWSc6h1rx86HhkHKMOJCzjmgqoC0P2CCbArIrzkkfomCr/7HHMtUaOIZ91jCcvMMieSCjUGRXukMbBp7IJRjzcRWSV+UBDfOWCJ2KTDvIi7YjSuREIjUtpVOsTaJP4mr2GRmSmz0a1Z+X6MqbSeIEfIAL1ot/HBUqGSOxBHgLYgqfYeWEF/N3ImKEL96hLE9cQSZ4j/10Ug==

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. 2893007
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	04	10:10
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	18	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 7ed1544c60acc0c9e4377f0e4f241168434261afcc31a91477f95e734ae547cd98116293b4f3d4a55bcd4d844347503f

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: CUELLAR BARAJAS MARIA JOSE	FECHA INGRESO: 2025-03-04
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1033107258	FECHA EGRESO: 2025-03-04
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3102618181	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	
CONSECUTIVO INTERNO: 179567-2		AUTORIZACIÓN: 9413376	
DOCUMENTO: 03-1172987-010			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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 18/04/2025

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.

nio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2893007-010 Prog: cayfac Usuario: dmsanchez DIANA MILENA SANCHEZ HURTADO 2025-03-04 10:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 — Fecha Validación DIAN: 2025-03-04 10:10:27-05:00

Firma Digital:
lA68t0GQCA7Uo1R0CFZw8nV/k8GnulNsYmt7V8R8xDQypJoyqet0Op6L6Luu2JdMcOwU5qJlhnfrPvu28pdJa1hVC5An09Rinz3ENy0AMrg/49KYOsCfFqmhRDLw3YWi+exvHYlmDckVfTwtH05hzONvFGrrxdcmFoK1n7k1uaQbml+WkOcIG
1Z1pbnboHyC0e8ksbny+9LrMmvXjlM4CnZiKEAAxBtm8WzzNUWFl.grRJRi29P8W/So0q8MHrf35XZBLSSnhibCwXfYPx5QEqC2EIQx2pdO3520XYCRTVAlcgX72KERdmPxNDXSEIXj/TnjEDF2FaAIt26xwgU+AnHg==

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. 2893115
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	04	12:09
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	18	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 499efd916edae9d6b3f0ddc8f5bbcd074faf77032fa3a90f4ae94bd9cc4b91a544290f7d75acfe2261a0183775354 0ae

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: POLO SOTELO VALENTINA	FECHA INGRESO: 2025-02-27
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1062435480	FECHA EGRESO: 2025-02-27
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3184934745	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 818741-1		POLIZA: 1	
DOCUMENTO: R3-18687-010		AUTORIZACIÓN: 9199294	Forma de Pago: Crédito

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

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	1		

OBSERVACIONES:
2890644

Plazo: 18/04/2025

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.

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-04 14:37:58-05:00

Firma Digital:
EXRwvNGup2RIK7DoBvJ8JKis94O1jFj3quY+ajKdWEM3MMPIEK+z48fuPIXWb4B4hLSAoljkOqYzSdMd1tT9m1E5mBi45vV72+GiFCnMp04TfL1xkf8vX5x0HTeHRIbO15km/azN/JhspdIr1eP0iD6eBbHI5yD8jv6IE8rpbWA053Q0P/mISvu2 d7fECJYYnLDf88KNPhxAJ6p0U6tgKwDEYzf4Wljy6HC+N2cQPs0gy5xU1x7FxtAu1s3/hQa+2fwnj6i/AMuPvBAihQ/DADLDMD4BGADwEKFaCP9clZPCg8Rn2tDZ5xLYVLHCoQtFIJEUQs9ZYitJct/Z5AXo97w==

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2893449

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	05	08:02
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	19	

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 : 90eea78b58df8671b2d4515ae14d61947dccf4701081dd45db8994b97671ca1e76855873a30669de3f4b3424ae4aac67

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B DIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 821100-1
DOCUMENTO: 03-1173533-010

PACIENTE: CRUZ TRUJILLO MIGUEL ANGEL
ID: TI 1013151284
TELEFONO: 3112274065
AUTORIZACIÓN: 9359645

FECHA INGRESO: 2025-03-05
FECHA EGRESO: 2025-03-05
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

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
NUM_RO_POLIZA			

OBSERVACIONES:

Plazo: 19/04/2025

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

SON: CIENTO ONCE MIL CUATROCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

Esta factura de venta es un 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: 21-2893449-010 Prog: cayfac Usuario: foreroy YUDI FORERO 2025-03-05 08:02:26

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-05 08:02:43-05:00

Firma Digital:
iZHanREmILn6OlOjpUZNC/R2DOTBWo5UxZN5Qg64mO5RQjonNNa5dW03ICSvR+00JkP/shcY0eb5doo6WWpSHv4068S0UTBc4y4o1bdABnY6pTIRXOSvxIWtP78PQh+yIV4lG6iR/vMRuF5JISnJEJLE7dpOov/4cKo/nfi/UGPnJRWT+zA
IGUYNhIR5r8ZeuB2jBQt0nR6hAvtInjsEynSnghrBMMy62cWBIYU4spzIs0mKsEIhFfZhYQJFAU3ayt.bSIPnBitx563ulZr0HuIfhpFXn1ue+KgQoYA+GoyXEyfXmxSf7DotTNqIOH0ajEL/ySr1z7kZ3mRDW0qLAlw==

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. 2894497

INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	06	15:20
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	20	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 362b61aa46113bff0389e3a30770da2636fb8e58f42698d4560deb7189c17993480 69a107b482cd0ed694f774a651550

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: 748420-1
DOCUMENTO: 03-1174490-010

PACIENTE: PEREZ PADILLA JOSE GREGORIO
ID: CC 1102876236
TELEFONO: 3046255028
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTOPIZACIÓN: 9185529

FECHA INGRESO: 2025-03-06
FECHA EGRESO: 2025-03-06
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 20/04/2025

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

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2894497-010 Prog: cayfac Usuario: foreroy YUDI FORERO 2025-03-06 15:20:52

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-06 15:21:34-05:00

Firma Digital:
PYOVwdXfHDA/vToQXc4ywxZbTylBxHX3yjdnGr6FvcnD9Ri+6YbgRL4PLVcBPGowX8sOM7PQ0QkXSFhEVRQZltyEpupSYdRGJzgi3xoc+dZfpdxYKisd7TDWmgTBgyDp4JPh55k0IbzPnU2io9b7LpsDmIHiJHcb6qn96wpny79hPzwbT84AcA
EQ4Lh2r2bsjIlY7uUPmGc7w5PJmDwG6taPPMRciLeReh6mcVu3zudg0lr0koXEY+NwqGf4H83aZVMvUL1N7F4oVzBKIB0gJahkFOTH1qIrWr2mypK0wAZ05TH1dLVCfKjmzHgeFNoL66oXArY7Pz0mXKarXx1ozOPA==

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. 2895048
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	07	16:07
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	21	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2606630 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 : d06d92da4a8a95c55646ee7bcd664c897cf852d13049718c5246172fb4d402835f18696b7e89ffd8a6d777fd18b8956b

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: DUARTE TOBAR THOMAS JERONIMO	FECHA INGRESO: 2025-03-07
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1188221393	FECHA EGRESO: 2025-03-07
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3208212300	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 816459-1		AUTORIZACIÓN: 9146143	
DOCUMENTO: 03-1175148-010			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	12,00	159.800,00		1.917.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108250	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA			

OBSERVACIONES:

Plazo: 21/04/2025

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

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

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

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

RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2895048-010 Prog: cayfac Usuario: cparrado CLAUDIA MARGARITA PARRADO RODRIGUEZ 2025-03-07

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-07 16:08:07-05:00

Firma Digital:
BdWM3IuLSpHD7Iw5YuAnTuOZxmyMXOmbxqJlERuxKJv+V+BS1VMQc5drPghph3j2xtXWPNGVSKU/9Ovcj3ufhkqzyY5rU13kDf1y2Nr/4/KmYaacSciRxasZsFrM6q539RG+utFnyOYi8vpkJFfCwctt//SRlc7f9PCBvVKQ4k4pYWihh+RUh
4Cz6BGcHMWjGJ/feyiLDbE2NifRgJfKeKsNR1InJy+CtnLqNUmQQa+WpaPOdDHaangJI2GRhkISOU8KeIbPGRIuWe2INjx+MHtrB80pMlQZpin/KWiDEf8Ek7gFIIJ6xM/JSUjyDiW4Kz1C7of7fsvp1qQ1jvzPO==

INSTITUTO Roosevelt

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2894618
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	07	06:29
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	21	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2805630 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 : bc8e63164dd40e1d751bba0cb0b4e88a5af763597cb718fe86111357b47a86aec0e8ba118c7c67a505d269eb165256c5

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: GUARNIZO POVEDA LEIDY CAROLINA	FECHA INGRESO: 2025-03-07
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1012364449	FECHA EGRESO: 2025-03-07
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3229421398	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	
CONSECUTIVO INTERNO: 816860-1		POLIZA. 1	
DOCUMENTO: 03-1174704-010		AUTORIZACIÓN: 9199278	Forma de Pago: Crédito

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

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	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 21/04/2025

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

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

Este 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: 21-2894618-010 Prog: cayfac Usuario: urregoa ANDRES FELIPE URREGO GOMEZ 2025-03-07 06:29

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-07 06:30:00-05:00

Firma Digital:
qZyS9T4Cown4f2fus8vRLGfy2+VNFNoVWaBFrUWdBSqbgaRASXh8ZyW35svmc2cKh1/EcNo3nnVPnTm5Hs0I53ewMeJsTz9Hzd2vQRuWdY75erl0n776k5fHdeoVjbI1nA3ss37mEzrYWYgADBYLzd3mFosAmZMZBPXCVzbVRkzIu3QKqy9O1JKai9zGhhh0CDHz9d0+tCfQNUM+lYqisrOzapJ1hyIMh41BF72YooRUN8W40hKbCZcBK4aFti6RArCkeJKiVtWqx7sK7iCX0nBBdpzBXSeY1xihP6cYCfF71EnUcQCKK9jsvCLdMz6R+sddwm2cna+aLhLO38Y2XA==

INSTITUTO Roosevelt

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2895350
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	09	21:21
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	23	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2606630 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 : edcaad15397a7d6acf2506cabc1780e10e4886b4588dbceeb80462262947ea0208758cd4641ca3dbc9fdb6e5f0fe3205

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: DUQUE ORTIZ JUAN DIEGO	FECHA INGRESO: 2025-03-09
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1030613809	FECHA EGRESO: 2025-03-09
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3112733050	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 817278-1		AUTORIZACIÓN: 9170836	
DOCUMENTO: 03-1175298-010			Forma de Pago: Crédito

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 23/04/2025

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

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

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

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

convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2895350-010 Prog: cayfac Usuario: vpcabrera VALENTINA PEÑA CABRERA 2025-03-09 21:21:5

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-09 21:22:17-05:00

Firma Digital:
AZLC5SaTXWpJnb+BPo+7ZknOIRBLFIFSkVYI1bWO30UWS/qSJtH8caPcmjn7UjRyFwhecJC+iRpBn2FOp2+nXiBZqRmoxKQEYNfuMExLzqTnnqS6toOSOZoEJJAw9fYtVTC2fXK4Ak8NuXPiVADF1MhmgHr1IhCA2Kh61WTL/vL+ec5rNYU
HZ1sKy2fDL3ChnjMx+ber6t2tI5vxtHCc1563QxzGXNZWcZ8rP0jxagYjLzHxOEu0T3YXdOHYZZyL6WT86Ik72W+TSEHPGysxJpaHASYo/2LNWyNFlsrRqSA7slAqUrw9yh5HDOTeWX3EV18nSo22xvVkgvG3DwSXQ==

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. 2895601
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	10	09:47
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	24	

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 : 2f049a03c3a65a761c4c1d388e23e1025bf6b0f26284b31a102abbed2bac68bf4ff89f1b8d244b126ce12f6172fcb22e

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: GUZMAN SERRANO STIVEN FERNEY	FECHA INGRESO: 2025-03-03
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 1110581751	FECHA EGRESO: 2025-03-03
DIRECCTÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3142544774	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	
CONSECUTIVO INTERNO: 818568-1		POLIZA: 1	
DOCUMENTO: 03-1172323-010		AUTORIZACIÓN: 9298423	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				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	110010S258	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/04/2025,

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: 21-2895601-010 Prog: cayfac Usuario: lcastro LISIBETH DEL CARMEN CASTRO BELLO 2025-03-10 09:

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-10 09:48:05-05:00

Firma Digital:
z16kAhbMfZ8w8pE/1BdplkmOUZO01NE0svhbrSc7RFy4tbWoOpDu7hut2noE4JHhLPtDgP4/xOKm656tp1+UM9TKNDwIb9p/DupIrcbMCXB7zrO1oNdWJEfe0CPwu1euFZhD1OEpVma3SNQaSMwFxK85yGSpX2TLcOFieU0435eypfwk
HiPRhRh54WrXmtDtiIFyr4NDwUAEuf6z5YZTc9vbORsu2K+/joIvMerLJZiPnxXJetxG0FzX813OhV083R+ordbdTnh7pYZG7tPl2Xf+O7HUHVm1UkzrM94M+qlWeUydcSrYpAN+Ite6MN8ex+b9Cr1733B+KZKhvXIUg==

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. 2895731
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	10	12:05
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	24	

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 : 1e575d0516c3298b1a4aefd6679b2d5b808e67b55338335a799d18953203fe0a8e85b6b771211555b07aaf6f13de1e54

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: 818428-1
DOCUMENTO: 03-1175790-010

PACIENTE: VALDERRAMA BUSTOS ISABELLA
ID: TI 1145926945
TELEFONO: 3232181810
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 9322124

FECHA INGRESO: 2025-03-10
FECHA EGRESO: 2025-03-10
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108288	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/04/2025

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.

inio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2895731-010 Prog: cayfac Usuario: lcastro LISIBETH DEL CARMEN CASTRO BELLO 2025-03-10 12:1

Firma Digital:
Uq1uGxWcUj7VDcCJZPUsqtqcMQDz3Tu6aaaIGDOAMOLNy98Kse2Z2J/9WQxwTSp/xr9XY1tMJfl/g/Myj7KqHE2Y84qRXKICTuHBjR3oM3CtXLgSUkStflWqa/0kOVTB5NIGab0i9m7Q1IGRg2IBXZR4pEfq03laLOHux70+NPwHK14/kdJF
89I9XIAjOz1Ph11iL9BEIhEO/xRhxBjxsRC04/OnpJNhhKhYmqhH//TtfF7XDiyAu4cVUKpfaNMj.bRa13ROf5iJ336ocMnhn/dTkhugqHQ8GA7ulK0ZzRpqlvrer0WbDcTo9zmIoBxq3mfcjMC+IlkqnRizC8oA==

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. 2895726
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	10	12:01
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	24	

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 : 3d599a120a303132fdf2d65cae659e67139b04c599bf0ae7fc39d7b5a6d5cd26c559be3b142fe0a458c4f289ba030efc

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: CELY RAMÍREZ DANIEL ALEJANDRO	FECHA INGRESO: 2025-03-08
NIT/ID:	900336524-5	ID: RC 1141370574	FECHA EGRESO: 2025-03-08
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3015075446	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 817023-1		POLIZA: 2	
DOCUMENTO: 03-1175178-010		AUTORIZACIÓN: 9169129	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				

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	2		

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/04/2025

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.

convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2895726-010 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-03-10 12:01:4

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-10 12:02:14-05:00

Firma Digital:
uctRAwFixIKjyQy1T1TJ8c+PwXRRpV58WvLo8o+9FgbvEaZkKX7IkYm3D18SobRRPgrM5Ft8z2a8TpgZ4TkIGp/AKAxLtWUzzRmf9y4ptdmkiz5wUP2NWLKuqwOh8i+QKSfrLtUOQSsqid+CF/AbZoFDMXPFqbxbZmlHUktLgADqMh/7F8ziU
NmIwVFeOVmrqvadxaannHNU3m6fvUfvJVsOwajYHyBGbae2iiQDWzpTcSwRYJ2koOhPiphooSUGS90g/zBKZVfIZiYiogHUPGAUvP15n3AMCjmADa+bXa3z49P1ba7QxKwT9lzpwLtom3AU/KidWiI7WzXZazJmoQ==

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. 2896151
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	11	08:52
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	25	

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 : 51584783fda137fc4b2f5698a30b4b4ccea04df927e82497195ec1d85ddb345aa1c5cd6ab25077a89894dff2a0581884

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: PUERTO ALVAREZ JUAN FELIPE	FECHA INGRESO: 2025-03-11
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1127392175	FECHA EGRESO: 2025-03-11
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3227014072	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 817828-1		POLIZA: 1	
DOCUMENTO: 03-1176242-010		AUTORIZACIÓN: 9303050	Forma de Pago: Crédito

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

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	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 25/04/2025

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

SON: NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2896151-010 Prog: cayfac Usuario: albap PAOLA ANDREA ALBA TUTIVA 2025-03-11 08:52:26

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-11 08:54:46-05:00

Firma Digital:
nkeRSRAGr/0NyKI8TbMbPatYbKrOZwBZXTgGMRcrCWOMrZFGPvAaXQkAyS4P723HYKtz0+d4XziPiEi9RyTsOJgKCOv9GNLw/QJ2II0G9Fi4eYSI8uBbjuNSZiycC4DpScO3R4Pw5HRRJQH5szkrUxBvzI/ErUcbusN/aWx0x8LgjSeHPOEo3FbUUVzkfjozuJwxhhauk8wDJREIp4wJHVTcmrBx2//nNJHkgKDDftu0jnI6h99v1iGVHsun22x8AVLmGAtSBfB5EvJ+FEu9BWoU1nui5ISpQeulukrS37R3+zm2NU5mH8PrPgIJIDaW1iXWE4DPhBZwsRkwk8AI3g==
bUUVzkfjozuJwxhhauk8wDJREIp4wJHVTcmrBx2//nNJHkgKDDftu0jnI6h99v1iGVHsun22x8AVLmGAtSBfB5EvJ+FEu9BWoU1nui5ISpQeulukrS37R3+zm2NU5mH8PrPgIJIDaW1iXWE4DPhBZwsRkwk8AI3g==

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. 2896107
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	11	08:19
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	25	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2606630 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 : 4edad80b7bd5f41567a47d79d77fc83567a4a62b433f0e2bcbc058d75515c8837586f5da430b3609dc743c06a80bbdad

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: BRAVO REYES DANNA SOFIA	FECHA INGRESO: 2025-03-11
NIT/ID:	900336524-5	ID: TI 1070391649	FECHA EGRESO: 2025-03-11
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3057174817	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	
CONSECUTIVO INTERNO: 803924-1		POLIZA: 1	
DOCUMENTO: 03-1176198-010		AUTORIZACIÓN: 9331972	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				

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	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 25/04/2025

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 rete- cion 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: 21-2896107-010 Prog: cayfac Usuario: dmsanchez DIANA MILENA SANCHEZ HURTADO 2025-03-11 08:

Firma Digital:
ULed1OwceBNrX+8MI83yt5zNg3e2ky51MygoOvKI722fDvQvfOCX3VP9EaWJMFX4c/hqGdMKiqrIMtQ5V/JbtQ/RbqW/dom5aQjmQpR2umiovtWYv3XbUTTr04amaVoetmMuv5O4DYnZOQIGOEfOqANpJ7Dz5WYTa5JBtiwgHJPD6irnL2i
QUhb88Vxn5bbzs++GmqITVfMeAtJq5pqcouMsGH+Crn4ts3t1yPOMvHvpY+8ETXbIMdzFTeGKARqDG7ZKWbBVKimpHqyZujQinb8AKGABNu6bIF42cmoSoez5jMo7STCf0+kR7mFn52F1TPqjsrSHkceRqXHak/pKAA==

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. 2899067
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	17	15:29
FECHA VENCIMIENTO			
2025	05	01	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502236 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 : 50f45bc8edd34cdba81fb4c13ce9faded1b231c4e43113e6dfc2f7cf75d3c704a8eaaf04e9c781fc9879012f1466e755

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: 819663-1
DOCUMENTO: 03-1179244-010

PACIENTE: CAICEDO AGUIRRE LUCIANA
ID: RC 1146151443
TELEFONO: 3158920807
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9392800

FECHA INGRESO: 2025-03-17
FECHA EGRESO: 2025-03-17
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 01/05/2025

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.

Io: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2899067-010 Prog: cayfac Usuario: semartinez SONIA ESPERANZA MARTINEZ RIVERA 2025-03-17 1

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-03-17 15:30:04-05:00

Firma Digital:
Fdcna2pf+TACZzGxd8cvaidLnQnRhTqU693HQOjqNp2bcR229YjShsScoin3JtoZyGH9yp57Jzmn7tPDvm0dD+w5A8WadqFQ3T5WJVmSTLE/R3wSV6DfsJZ77Jv+HOsIA4bX/Zq677EXWGfrZ29+MAixf5rp0uOq6kVhoQNtCbhvQDM242o57ccID9v09DGYdDA+TSWUaYmhKf1jku9FQEZISUF4L7Iv/v9wej2bK8N0WRrmcNphKbym4va73JLHsWMfTbMyrCRd7hUL5+8TVGYa0Db+UNbBu12JEXrxgnxbbt2615xEtxgAiEImcDmhcoSxBGVoOwLxw07+Osv9A==

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. 2898768
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	17	10:45
FECHA VENCIMIENTO			
2025	05	01	

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 : 5f7281abf3a879f4ea40f2804c75d0820759dcdaa1c2145b52c11f3b3a6f0a8fbc4aa735181a47d07b65523127f0fe5f

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: 589394-1
DOCUMENTO: 03-1179001-010

PACIENTE: PEREZ QUITIAN ELIANA SOFIA
ID: TI 1025547297
TELEFONO: 314 245 9968
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9219962

FECHA INGRESO: 2025-03-17
FECHA EGRESO: 2025-03-17
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108256	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA			

OBSERVACIONES:

Plazo: 01/05/2025

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.

Io:.RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2898768-010 Prog: cayfac Usuario: semartinez SONIA ESPERANZA MARTINEZ RIVERA 2025-03-17 1(

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-17 10:46:24-05:00

Firma Digital:
OIBsPi7qc4B/nLkdfO6dXSKJOjCfTo29XZZNTbRxf5Q9SDIp0Yc1aIOX5/43yMA29nkS9eaI71zw+qsMrv2B5LJwnD0utV5FB7+4X6XsOBcruhuPjatddmHTcT/wsuUYFOEWmQnzXsosZtvdB+mhVfMBMWzLiGGQ+w0Gs0ltkcUvqpTDGCzB
XbQRYKVtibqCQBj1mtYuu7K79tuHmrbZ7FhE2qEfth8wAxcpBPw5P0G44Gm2RvzLrFGwajlqVf1D+hXGtcSCNocBh3WGHZOn2SK6aH:nY8JeBsesB77m2xMi1zarpbunWfsVpSdiX9wAQ4pDY9V0/f0rTG7/rm46p/g==

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. 2898730
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	17	10:19
FECHA VENCIMIENTO			
2025	05	01	

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 : 67db97e90c116675a9c198d8a619571f3efecc496217d190975054132dd0ea820baaefb24ea5f01ac3969023d7ea0288

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: QUIROGA BERNAL OMAIRA LILIANA	FECHA INGRESO: 2025-03-17
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 35530260	FECHA EGRESO: 2025-03-17
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3202519412	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 818712-1		AUTORIZACIÓN: 8972604	
DOCUMENTO: 03-1179008-010			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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 01/05/2025

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.

Io: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2898730-010 Prog: cayfac Usuario: semartinez SONIA ESPERANZA MARTINEZ RIVERA 2025-03-17 1(

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-17 10:20:09-05:00

Firma Digital:
OB3m0yHRQ4eDGtqi6vA9Ss2Y5vLmHfgXVFFgGA1VwDaeYj2wP27vzkkxq732l.7mVKNj+oZ/G2x/TVGd5gskWNCGXW3OKIFJ6LMYeLJdzR3uIig9Jg6lM/uCO6mul2OT2MxL96Xu44GsfNs6iP74bLV1Q187qB6JQNtJdqxJ76QiIU9xoTDR
KLk8ZsnQ5pGgQmyGDgd+H/BincCDwIU5AQNo8es3FaPhOQMHil1qRuxbnoaJq4BQEc/LkeK1mtfgWfXEVDd3gsrWivoQtPau78fwYqxW9Bu+0yrL9bh2tqxOvgImyEQTls2koTjvYFxcNM4eiiO/d3E+Y7DAIs7LSQ==

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. 2894006
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	06	07:35
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	20	

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 : 6cc804872c667bc09ea7071f61a877e3e82801d659c1e22d8c4c9ba6a1a0bc73fdef59a904651d9589ea3693c07c4578

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: 746170-1
DOCUMENTO: 03-1174154-011

PACIENTE: MANTILLA MORENO MIGUEL ANGEL
ID: CC 19475089
TELEFONO: 3219996344
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9306935

FECHA INGRESO: 2025-03-06
FECHA EGRESO: 2025-03-06
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O 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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 20/04/2025

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: 21-2894006-011 Prog.: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-03-06 07:35:26

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-06 07:36:12-05:00

Firma Digital:
IRH0xqqczCID5Y3rhsfbxDf4ESRRgVfjOZKEIwniaw7JnKXFFFibXIOR369YZ2okNOtDkIZEyWRVPuduAjm4QQ+KU//TWuzTFTw1zRd1iTbLenONo/VmAn7I3P5WQX5NN8faxTn95w199Now1AAxAaL9eS+1DzrYONc8l5j8rGW0qlyAjhGvWviJjASh/MkYdAIMoSnyWTW2ppoLVrft0OxeVu47U8Hu0y9OA6rHnKmi0AsR8TVi3eUICNpxaE7ltpTnXTWvbaNIVPXGnc0/T/UN8mkKR7sHCAsjg5SZEQKTx8mTOI8bbXnwtBYEiCiAmUrh1FsupdRivjOjYfrQM=w==

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 2893845
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	05	16:25
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	19	

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 : 5b00f2b228cf61d4af47183732a13e496755ad87cb7737ec9f73442289db3fedfab21433406e91b8ce2e34ab9d2dc1b5

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: PINTO CABEZAS FABIO HERNESTO	FECHA INGRESO: 2025-03-05
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 80745157	FECHA EGRESO: 2025-03-05
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3053844003	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	220/418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 820001-1		AUTORIZACIÓN: 9405815	
DOCUMENTO: 03-1173988-011			Forma de Pago: Credito

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 LINEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 19/04/2025

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: 21-2893845-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-03-05 16:25:59

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-05 16:26:24-05:00

Firma Digital:
PsFfAY6m4EHx9TFKRP1JqvSuUt502S0/hZhKMHwLGRZz2JHgZY4uTbEofJ+FYMIaI4F72X55koDl9WbmdTa7nGcY9RbwYPOKLIiq2oq67wz9ZDo76mCJ4JjLaU0hCANY7EkEHCtEJPVx0FA5dQsMeNQkXJbnw1Ar0+GGKThgL9oOaSlmfI
kyerQW3IsoymwCW5ATaLHK4iUk4xaNTTohphSdiipKyUXKn45i81OpIK+hpn5PsDqKz3YvhynzgCn5cXvuypmcIH3NKjaDmn+8XbPxm9iH4mY5NtdD0mI7+9skndvfMrISJXxD5rt4e4VG6eGf0NfIBWd5mIgJdHg==

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. 2897490
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	13	10:56
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	27	

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 : Sb5de64fb055124ebe7322cb200eb15fa9a8f6ca6c4469858875fd1440110b2cdaa923f9977c0195f8f1069a7db29df3

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: REYES DE RODRIGUEZ MARIA EDILMA	FECHA INGRESO: 2025-03-13
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 29804170	FECHA EGRESO: 2025-03-13
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	POLIZA: 2	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 795691-1		AUTORIZACIÓN: 9348895	
DOCUMENTO: 03-1177760-011			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O 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				

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	2		

OBSERVACIONES:

Plazo: 27/04/2025

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 expreso 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: 21-2897490-011 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-03-13 10:56:5

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-13 10:57:21-05:00

Firma Digital:
pzwoECvzjhXhSLYMzjc4Jru3TBL2uGA3RAftc1Cv3Si68I2rvnGdibdTTHysqmD3qvcICBztlUcSnsi2R/a7qXyL5t+CO5nHonKfw7F8TW2v0ZVUBADegfFyypRTc6CS4GD2YomB0SR1P06NdTRjL3QG2hkwc2QdVm39MbPXUizvCcu7wKMH5F
55Z9gl+DcTZGiwjpfqwkRM6MI2ufgBXFNcNv0ZI9q8nMgv9Fzc4jkCj36gQdILuKsino79ErTqBm4mf5uHmTal7Mu1VGhX0kKM3ttPnr114zgP4J3jdmDLkT+p9TZOopWwE9uzBFm6j7nkIaCK8AVpOF7Y3Zrj1g==

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. 2897293
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	13	07:07
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	27	

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 : 431c2a0837b544d57b3a3daeadc7cd5b770d8592236f80dd2caa39a7ce5b0824bdd18c5122571456bea8699a58032d55

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: MORENO RODRIGUEZ JOHN ALEXANDER	FECHA INGRESO: 2025-03-13
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 80023283	FECHA EGRESO: 2025-03-13
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3009526112	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	
CONSECUTIVO INTERNO: 822936-1		POLIZA: 2	
DOCUMENTO: 03-1177520-011		AUTORIZACIÓN: 9488138	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				

DÁTOS 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	2		

OBSERVACIONES:

Plazo: 27/04/2025

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: 21-2897293-011 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-03-13 07:07:2

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-13 07:07:48-05:00
Firma Digital:
fdYL3hg2LUTTMIRIPSDiHjAiRVxN7KtJUMErJRcQLRF96yoSFNWEVdwkZ0Cnd2XEpjo3RSI6LN3Hs6cj3UikeQV4Wqzt/7uTN4jb5189XI+4RrzIheiMI4MDUkhW26WMyrwAGSFnKT9VJPYQ9Oz/uhHvf80qrgb/yzJqpfgTFdtV9mJ/y1XHSFug
St8vd/jz1aQYtV2dnk9nBKHQeggYjMrgzJqxtU65bjrCsflKpMgP5agNMdsuIgxCsOem+2b4T9vtG8OO19qHJt06YOmeE0SG+EV9VWxfC9UlOx4JIyYVGILUqOiqpWH+qoL24lVh5NktCzMbu37cRPnW4AgdQ==

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. 2899489
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	18	10:46
FECHA VENCIMIENTO			
2025	05	02	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 8837b21d268d844778497c756784a1603050960d7485e1a60e14f3857c2bd9454bbb528721128f316fcd573cfeae6be

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: CARDENAS ESCOBAR ELIAS ALBEIRO	FECHA INGRESO: 2025-03-13
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 1106951266	FECHA EGRESO: 2025-03-13
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3212244695	TIP USUARIO: ESPECIAL O EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	
CONSECUTIVO INTERNO: 812728-1		POLIZA: 2	
DOCUMENTO: 03-1177887-011		AUTORIZACIÓN: 9529733	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				

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	2		

OBSERVACIONES:

Plazo: 02/05/2025

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
Acepta 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: 21-2899489-011 Prog: cayfac Usuario: eurrea ERIKA JULIETH URREA SAENZ 2025-03-18 10:46:4

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-18 10:51:35-05:00

Firma Digital:
2r5g0Wo5N8xWwrx38SFNHxIN6uNK5BuE2wXwJu14BLeWctdBtyl9VjmYYePlQsEo/Tu3IrRNd6KnqjmDKXZ+zV/LeerAr9lCzW3RqdCzkA3gplVoRcmdxxZetQd71Tgwbs7sgFq6VTqy70fcn05cTW3qUseau9TVaFauvHAYMnB0c05rauohbE2yV7NpvCqZmAXP23JJhqe0J+NLlQOcWbGTUtV4eTiH3pPyB4TingC7udvCKJXeqZcNyxdvko80khqMbGlIpEmAD6FQheWL75dPSozwWJ+PjGNzEmDAYi1/Iur83DlaXNyWEyHaMp4KvIx0rcC2G6kt4FojQ7P77Q==

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. 2897528
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	13	11:57
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	27	

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 : ab99924e7ad3e25e86858530b8e40de95e8bdd5b515a11c457f4ba7e0dd521361cef3d6297fbbda463115904ab2404f8

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: 819154-1
DOCUMENTO: 03-1177818-011

PACIENTE: ACERO VARGAS ARSENIO BAUTISTA
ID: CC 2846420
TELEFONO: 300 324 93 65
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9249235

FECHA INGRESO: 2025-03-13
FECHA EGRESO: 2025-03-13
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA .

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O 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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 27/04/2025

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
Acepta 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 dc 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: 21-2897528-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-03-13 11:57:04

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-13 11:57:26-05:00

Firma Digital:
cYMMFwfEz5wYpoI1vCmcmngp1iYpNI7r6KG10IRdoyPILwGo3uVvBP6xYsoOhUVUKY5VqcDO1WGG3dYMYSjbdhrOB0EctyGDif1/kVzmNPaTEQh44NaY52f2uUCyj0FbW1x88N6QXS1HQfRuKyAMNuX1ZQbgsqIvvh2WW7kKh71q4JGwENksZgnf9tLF19pTYRvDa0SvkPChWLXR2E9y9CRAAPTzNoalhv6jdDedHlqG6L1s0ZGAJMeFl8s7OhILZ3zUSbndW3CXbf4K1VBrYlfocH4rrZoChiS7u+u9Bo+sPnUBdgqnTatM3O44KbqpnGfQOEzpToEcdwJXS39zdkA==

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. 2897141
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	12	15:26
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	26	

Autorización Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion de 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 : 7ed828132ea14380d811b678e6714bc9ba066bd1f6cbce4bd1310ca691016228536f6493c42422c214d99f17d44caf7a

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: SOTO DE LAGOS ESTRELLA	FECHA INGRESO: 2025-03-12
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 20259323	FECHA EGRESO: 2025-03-12
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3212091314	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 820648-1		AUTORIZACIÓN: 9418472	
DOCUMENTO: 03-1177363-011			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				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108256	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA			

OBSERVACIONES:

Plazo: 26/04/2025

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: 21-2897141-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-03-12 15:26:59

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-03-12 15:27:24-05:00

Firma Digital:

IdT21qb1ZPK3NhU2t7rv6ar2Wckq8FQIN2xGB2kGyNFoxnT4AdmembE0bkc26fz4s+ByYcq36tyqn0ufXVGcFqIlobAWIW+0wRZORobwVkHRpfh6WTYFSL+iuEjcIMSVlL4nwYsRasiIxd3zgChOW2PDTnFgs0e4pFl0/EXASiwbVQcV0IOr0
+DJwGIOTdRtkQrAC81OcEiVPVXww4TnAPl5y3wpYKorAyl8G/A9vrdK4+oOywVhUKd9IAH6prBNyAjyNKaTuc7TtfmR/Yh3Lg3AdRUEsr/ZtmhQUf/bhXqsq8hBnKUSp5YQ8Mf6ljvh553GK6QdYZORksSIw3MGDw==

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. 2890182
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	16:11
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	12	

Autorizacion Numeración: 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 : f9173870ee31edc5584d8af7f1c0a6d75f3823fd67374221f428a389333246dcf49b8a19a2c48511b5418925d40b6965

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: 815584-1
DOCUMENTO: 03-1170763-011

PACIENTE: CARATAR HERRERA VANESSA
ID: CC 1046666925
TELEFONO: 3017940393
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 8998010.

FECHA INGRESO: 2025-02-26
FECHA EGRESO: 2025-02-26
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

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: 21-2890182-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-02-26 16:11:51

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 16:12:25-05:00

Firma Digital:
H4CTn+kGagpzrtsrzCqdAPMQ1F1xTa1pCcQj8QEZL4efzQlSu8wAJ5e/1YuWiKkKdZbrAC98KT62rfj6Q7PDY8BbvlaIg98IUA+NZqvTvnSJS586KMAvQw6DaqjWNTWkty1bjOWlBSA9WFhmaT1skYvoVWGufcMjItyaTs9xtC0ubE9rrmzF/RIBXDVOLFGlelxNe8xRhfUAy2LXXh11Cn/jDYa+vgeFTRdJe9GZWVYPUboN2TIeLwMQrjOdnhhbvBbrTgGB2S/zhbiRxUNv0KBqJPw+Uck5iPQjuQaQWf3motDNZO6/MpErFLW032SoStqe0CI5I1hnxmYXVRWg==

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. 2890129
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	15:40
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	12	

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 : 0e21069ff9855167d42ea3d8S1527647d531626c4cd71b1c38ddba2a1a3c22e696ab3fdb30fc1128ba84dc70ada3120b

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: VILLALBA AVILAN JESSENIA STEPHANIE	FECHA INGRESO: 2025-02-26
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 1030627469	FECHA EGRESO: 2025-02-26
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3115331481	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA
TELEFONO:	2207418	AUTORIZACIÓN: 9095632	

CONSECUTIVO INTERNO: 814220-1
DOCUMENTO: 03-11707S4-011
Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O 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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

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: 21-2890129-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-02-26 15:40:07

Fecha Validación DIAN: 2025-02-26 15:40:29-05:00

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

Firma Digital:
nYyjSI+NqXEUfZR4JW1TXav8aNCJ3UtSNWyTld4FJDTHI0W6wmu7j3SyLJeo8Aio8ysM/DX9pa/iWiDC0OEE7gM2OSXIpzpbJyHa0WyIWzIlQ9g2VhwZcmY45qBDjpcPCDgZcjdxEuUQ4tgQSCuXxL2VKDu450ctYzE/fd64nurpq1czAMnXxic
BZd4PzD8y2E9q+WGPfB9HQlEMfDlVq5Hlt5t21IC9mweZWPCb2Mntp33HvBeIWMqT4RJJCdysL81QeONO9uo+nhYSQKcJ4uO+IcyUqcMSpXOpTzdZ9eqYqpt6KsmWQFOBVZvk/1Gdb0tp1Oo6sy/0tQ58UiDLRQ==

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. 2891852
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	28	10:40
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	14	

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 : 618562b267ff8f9f42bb2d8b9469d3bf3a62db4a55e59256a3e826df5ad06f4e0ddc855ac200e0435f52cf5787621576

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 784794-1
DOCUMENTO: 03-1171681-011

PACIENTE: RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA
ID: RC 1029524603
TELEFONO: 3105646455
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9151910

FECHA INGRESO: 2025-02-28
FECHA EGRESO: 2025-02-28
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 14/04/2025

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: 21-2891852-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-02-28 10:40:25

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

Fecha Validación DIAN: 2025-02-28 10:44:39-05:00

Firma Digital:
Qj5hZRnRuZqXEQTpnhe2JtbQp+ZP8OYgnsbrNsV7mz1xDcOm8rs5WzFyJoHIhJoaNfZxGP5DHPmm4G891kvuFCeITUc0rGc6nS3c9hIHQ7SHVLQbr4Q+6w+XyJyEHW6C2aDP0vGaUXVBtstYJX6TTPFIULI2+wUj2IFJ/WkYVjmkmk37nEwLuswjMjnwzpmqWa91F8G3cicGth1c1az8b15HmxnvcLBMDZ4VmnPVK2sGkJrKRYWSIxhMeimZHUzKf3fIUtZZy1Dssb8RbmI9vWZcTLjaWHFRxzrcDNx1tX79rmxUdAD2pz+8RM13CMLTg7eEMIbqckFvs8GWVWEoA==

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. 2890688
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	27	10:55
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	13	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2606630 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 : 9a35e38128e28d6df5a8fe036ebf314f561b4ee91ea1f5fe1504d7eb7676e81b8c97daf69658aec1aa2b7d3daf6bff60

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: CETINA JORGE GENARO	FECHA INGRESO: 2025-02-27
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 5804566	FECHA EGRESO: 2025-02-27
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3112009017	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 755753-1		AUTORIZACIÓN: 9298323	
DOCUMENTO: 03-1171181-011			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O 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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 13/04/2025

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: 21-2890688-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-02-27 10:55:44

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

Fecha Validación DIAN: 2025-02-27 10:56:18-05:00

Firma Digital:
HVFu2ufqsSnLdmkEwx/Aj6EKstcP+FXTTuxkrg42xKx8wtdWs7ehgIzA5HXS0wg9CM22uvPpg6vy+AGKD6KAhzWc1xQb475QYUpXOS9QbeixNtT5LIJtv/kZ6aXPY9bBDW5xLq6Lp3WxU6sFngTCIuVhZUkxysFtSt+dsxupSuDgN9bwSIYfAd8DyMF8p/Z67Qd6pVgY55hV8iFmeURX1dhVC96jvmi38qcoKPmWWG7nkGfvQk94XARxdM2YNIyw0hsk+yteb5oLDRqA84uOBKHpvWB1PhRv7mwesKkd6Nx6WEp+jzg57uO0ScW7K9Zy4xrl61+XYTpdtZbe6Jw==

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. 2891133
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	27	15:39
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	13	

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 : a5c8be72c2fa8668c761ca40571a832e070bd00d4dde2cefe7dbff0fa67477454Saf78edfffd5e260cade09c91cfb426

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: ALFEREZ OLMOS HEDER SIBEL
ID: CC 11413313
TELEFONO: 3212924961
AUTORIZACIÓN: 9092744

FECHA INGRESO: 2025-02-27
FECHA EGRESO: 2025-02-27
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 814741-1
DOCUMENTO: 03-1171270-011

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890260	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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 13/04/2025

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: 21-2891133-011 Prog: cayfac Usuario: obeltran OLGA BELTRAN 2025-02-27 15:39:08

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

Fecha Validación DIAN: 2025-02-27 15:39:34-05:00

Firma Digital:
zX37stta2lcQx3Fc8mhtgsqDjA2H1d6UbOebqTtMrK+L+j5XD2fKe0fgHIBpfkz3zcSA1+R38wNIyfGo++KLv0xHzoTqH+TjpFjeBSP9VUny9yGY3T3a9xrJGLKbS7KHNXhtnnbsFO60pY+489+i69IjLenfIHKIkLNB40ye670olgICh2ZrYnEffVF
TeAAcTgrMX1nyOyxhTMmZpivASO7Y4nYqmlof/ww/DIAVsq8pcV1zw0O/mPyrj9Zo9rNdcZazQiHdyxi9tEFNs29cg6zegpvTbmu4m7UR6nui+0qUKvGw+AHDEWmP0/CdTt3jEGI+57J7LQvbTT3MOvtKBQ==

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. 2890005
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	14:14
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	12	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-06-05 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 : aef2bf1376b077562d190d661dc7ecfb7eabbddda6cd4b83d1562305ab2ea729864f48d265b0985fce774ec5b518d168

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: RONCANCIO ORTIZ URIEL ANTONIO	FECHA INGRESO: 2025-02-26
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 4091145	FECHA EGRESO: 2025-02-26
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	AUTORIZACIÓN: 9296365	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 807111-1			
DOCUMENTO: 03-1170683-011			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O 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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

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: 21-2890005-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-02-26 14:14:19

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-26 14:14:47-05:00

Firma Digital:
sW9Ynahbe4WUfQyKZTow/b2EwfTViyM+XBytv7vHXcg7ayLcbtmTxcJl5jUqBXfJpwagtEw2chzp96D2np4V/n5RTKPo58Xvwl6840PTxsddlsUFJ5SW381Xdbn0Xe90f/ApD+fSG9TCbIHvEA1tjAAn8UoNaZS4glhzgh7JWw4rsaDdtn4un72
HAfTw1mybgVx90RmBC7VibtViNBmHdjmnjRIDXDv2SIV5CDRsc09+htchJ6D9xn3pemaX7VYM1A7nYp3/4UehOUBKffyKeSNSLZrFIGK5t52RWPw/V1oP1nbCtNumKsttbWq9BHLBdrqwSakejhkO0RcajeQDSQ==

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. 2890272
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	26	16:54
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	12	

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 : 8ad1309d4bdbbec44188235f73c304b0708b7d457f7102f983be8b1ccc94fc4dee8cec29208fc4d56ed493fe97cb2135

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: 819800-1
DOCUMENTO: 03-1170770-011

PACIENTE: ROMERO QUITIAN ALICIA
ID: CC 41786738
TELEFONO: 3107816734
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9393393

FECHA INGRESO: 2025-02-26
FECHA EGRESO: 2025-02-26
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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 12/04/2025

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: 21-2890272-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-02-26 16:54:39

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 16:54:56-05:00

Firma Digital:
ytO06Vqm8lvcE3G8oI35oIOjfclIhDjLAVjFMOf5G4Ru8mr1SB3ezwKleEtKa2GLM7XT2B6gdaqc8/Udi5MOX3mO7wBOV4k8uNsl6z7xnMwl1HMy2KptPD6+zfyLv+Hnkl6mUaEaXDCmVW/oLIJNO0uPs6rg0cRal+8TGL97MDfCBZq70RaQ
SfOykHDAa9LAcZCS+JnZ/V3KofoNdUozP/OMtTP/hwcZ7xF/50FuTrWYDPtsjLddrwJm7tlwZX5jPXmyV45yG8qq0thS/QifDKXw4d5gV7MA61zgC962rF//nCXdV6nT4kxkwI+xM/967WhYG3watgkMCoaM6V8Q==

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. 2891178
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	27	16:03
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	13	

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 : a05401e3cdcc745a1cbe6c1b1bcbf820cc0e002f69a50fb554bdec7aac6f265508f0ab09ade0edc19ed80332e472f09d

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

PACIENTE: SANCHEZ AVENDAÑO NELSON JULIAN
ID: CC 1049612676
TELEFONO: 3114531748
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9087878

FECHA INGRESO: 2025-02-27
FECHA EGRESO: 2025-02-27
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

CONSECUTIVO INTERNO: 815285-1
DOCUMENTO: 03-1171338-011

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				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100198258	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	81-7-20231-24
NUMERO_POLIZA			

OBSERVACIONES:

Plazo: 13/04/2025

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 sujeto 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: 21-2891178-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-02-27 16:03:13

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

Fecha Validación DIAN: 2025-02-27 16:03:59-05:00

Firma Digital:
VFy9bMS1VxrBwE9G8NXFYRk6oj8vJ4+wQqcjOBD7j1o6/lg4NqhJmLGwWurIjfuKJiuC8s5xbu1pv7TccHsCTaHec15b8JGC2j5oQgt31kn/+hzEiV4GmoGbXp3yC6RTyzdEX2+B4I+d1By5GHX8oG7vj8gSxqxmsrBak69vMuTJzfoJEN5ksTf
K8hSIMWZ4v5hbrb0gO/42gG8hjuCNmc+sI2/41iO0AAeXY99UGkkX8phNOJkWvFXnA3DeKCtTT75fZC3UxZZRLSD5JAGcOBLmJXlcqby7DIqggttres5x6RPz1vgcX0WEolnbjojj+e9FYXk+7Y44ZKD//gkwng==

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. 2890800
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	27	11:51
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	13	

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 : a927029646f5919b203516addff54d04231e4cb9d239615ebf8b99342753c67b03373dff1a94d9d862e461ba2461cd00

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: GONZALEZ CARLOS ABEL	FECHA INGRESO: 2025-02-27
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 16476589	FECHA EGRESO: 2025-02-27
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3156878035	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 764043-1		AUTORIZACIÓN: 9332360	
DOCUMENTO: 03-1171209-011			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O 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				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 13/04/2025

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 773

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2890800-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-02-27 11:51:38

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-27 11:52:03-05:00

Firma Digital:
OtbADxM6T9V8aulvA65KUa33FTKn4sxsFYH0Bc5UCvVbDzI8vZQfaDsbMxIwkSVth7L8WVV/IwKvFidkQBe8SjM1nw0adOOa7AhTcnce6N4bMGp47w1hz531kUHwz7DRnnAPgC20sCVv/DvS8f0923srQR8C1s8CDvVAU0g6S2nWSECZCuF779w48xVjB5MfduJdIRE7zkEgSd4hu4HFqNswW93/BKyD3tDUQpM9fcJcnLyCYP4TwbxKGcvSp+OI3QfKtLxsPuZdNBqHnEkUnRIaPEsRss16SbaAsBtJaR3G43gIkEU3IudUkWAgdxfuQSJUFuIJuZcrwMrRAJOug==

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. 2890440
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	02	27	07:31
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	13	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2805630 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 : ca3bb9f74f92c1aeb9b5f66b8f08adc2b0cc3d58b6fab98a4fc3c716126c54100da7b65690e95b90dfcc2de62ffafca5

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 784794-1
DOCUMENTO: 03-1170925-011

PACIENTE: RODRIGUEZ GUTIERREZ ANA MARIA
ID: RC 1029524603
TELEFONO: 3105646455
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9151861

FECHA INGRESO: 2025-02-27
FECHA EGRESO: 2025-02-27
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION-FISIATRIA CONSULTA-UND:NAR	1,00	92.600,00		92.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

DATOS SALUD

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

OBSERVACIONES:

Plazo: 13/04/2025

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: 21-2890440-011 Prog: cayfac Usuario: ob-altran OLGA BELTRAN 2025-02-27 07:31:52

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0 Fecha Validación DIAN: 2025-02-27 07:32:29-05:00

Firma Digital:
kMUcf0+qs+HKmv5R5z/MfiscbIkvcD+sY/ZEtYvXa8jPiUaVdHrQngV/5bD/kZ1amrMhpVaOduFOYBLiOsGI1N+tKWOYVx5d9uS20ETGzZmAP8BZ3MenPIXOfgw3KtCYwMNq6/b3xk8RJiG99uViDtgXBQkq8K613ThIyBsc+PKyG3oY1NaUZbr5EprgU7Q0aAogVfCAQR/12UTKTc/QRwpuHcRnSil3kQqo9tZxq9f40qTgEXEvpYFzvr8HgsdsGsJx8b2WUtL/T1OpzwgNgOV53VQOrCL2N3YSy/H8iSo1etf5cEthVM7uZXJIUDrGCkA2ejLSHo/miX1HBM7Gw==

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. 2898334
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	14	14:43
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	28	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 49fe4bd80dcae83182cd33105065dbf4fd126767c74e482d10fb33819865fb90f682cf7ce40c898a6aba5edd91b3d00f

CLIENTE:	**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1**	PACIENTE: INFANTE RAMIREZ PABLO ALEJANDRO	FECHA INGRESO: 2025-03-14
NIT/ID:	900336524-5	ID: CC 18263203	FECHA EGRESO: 2025-03-14
DIRECCIÓN:	CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC	TELEFONO: 3158860237	TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION
TELEFONO:	2207418	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	BENEFICIA
CONSECUTIVO INTERNO: 786592-1		AUTORIZACIÓN: 9282639	
DOCUMENTO: 03-1178508-010			Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO-UND:NAR	12,00	159.800,00		1.917.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 28/04/2025

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

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

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

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

Convenio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2898334-010 Prog: cayfac Usuario: foreroy YUDI FORERO 2025-03-14 14:43:03

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC. - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-03-14 14:41:33-05:00

Firma Digital:
aPEiZqu4PKsnB+vyRi57UHPMNGPOizC3M+EXdKtdxpwiCEiTyY3Rt3ZhCK68GiY43Yx+/mLh4YqCJfIcaW0YdtFcjevYtpDzHMnY1nhpJiwaI8mOpwASFP2M2foAQTXh/23LWOctbr22RizpLJsqPoG/aF5qCvbsyWqXEuuw04ABhbTyAXzVmv/YeaGGbxN3gVCbvbCagYrGzE+P4YRcosI0v0oAo2BI8yTsHQEmxjS/LK7IUng2nqn4XBfbocJ4TJa3ZIo2qUchTAKis+LU6ndrp4C0cjgzZLS/bCE4xFwoCnkkj/3DdxPx2WhX7R2LslwTIIw8YcaVvumJ46QnFg==

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. 2901818
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	25	09:40
FECHA VENCIMIENTO			
2025	05	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 : 9ad69ddd4b36cf79b0c1f2bbb37ab1f7e8f4b90efaf96f10a93314504c4f3e6c5d230f7fa1b9ac06ceb747e3770b3f72

CLIENTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1
NIT/ID: 900336524-5
DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS NO. 44-58 PISO - BOGOTA DC
TELEFONO: 2207418
CONSECUTIVO INTERNO: 427902-3
DOCUMENTO: 03-1182285-011

PACIENTE: GONZALEZ LOPEZ JUAN DAVID
ID: TI 1054865938
TELEFONO: 3212892845
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9254835

FECHA INGRESO: 2025-03-25
FECHA EGRESO: 2025-03-25
TIP USUARIO: ESPECIAL O EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

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

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 09/05/2025

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: 21-2901818-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-03-25 09:40:20

Fecha Validación DIAN: 2025-03-25 09:40:52-05:00

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

Firma Digital:
Wt553IU7HnFGOab1xV66gXan5ICpWs76Cp0nEPm0CO7pjs/D/Ms8E8l2wW2rgQW7amX8QcWI5SIh54sEJyt3guMVvxc8icFbTQ40oxD9hL22/GDs6g9k9BN0wyiBqSwrMucYLEbqqEgJ6XrnNeycWfH2RD/dTMs0J+OE+NA3VWMUJpVT
TD3Pb5s7648edpTKkOoHzDhT9Icb85ho8tt+gbRzRx4Wunm1Cu2qtoo1pmaUbjqXGF7bNF/ewvNv5qI9Is4yVe52co287IXvxpdJmaSF71ut0TpbjgNTyWcnPZGw5oOffHG7TExsMSB1gmj0kcUQbBkRU1i0eJlPb1fA==

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. 2903063

PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	26	16:23
FECHA VENCIMIENTO			
2025	05	10	

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

Tipo de operación: -SS-SinAporte

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE : 574b53a025b2a41fead80fe48850e54fc787378121656f2aeeccdbb06364831d771220e7a317a2f4d6984a210ac22845

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: 623022-1
DOCUMENTO: 03-1183228-011

PACIENTE: ZAMBRANO TIBADUIZA ADRIANA MARIA
ID: CC 1105781297
TELEFONO: 3212583333
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9597601

FECHA INGRESO: 2025-03-26
FECHA EGRESO: 2025-03-26
TIP USUARIO: ESPECIAL O 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 LINEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 10/05/2025

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: 21-2903063-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA/2025-03-26 16:23:51

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-26 16:24:23-05:00

Firma Digital:
QpJ1D0g7LspyHeaHU4PcObmQ+TakIIz/947cnB3pmOQEUI12ybr6UV7L+vtIl/rN8wRnfSXrpfbR35v4Xn9Y1fsbIro6KFtKJJg1MZrpS4Q21ScxGk1/LLDgM2dAeKPxu2JA3yUIorjP+HhF6Qm0CB42HuvLjVixi1B4abfk4cp3b2qfInICUzpYm2XfSXCku3j6WxN2ojDQjribfB1Czkns72tCBULFzMvWHKhCJawGCipmA0bmexTQZJqbrsowzQA4RIz41zMAbbP5wJ5sMDIXnPCdgLC80G4aP+vRNznDgufX4n8/JP5tXHaWeW9m5fbKVX4dgq/e4Q2rlqgmMQ==

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. 2903252
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	27	07:11
FECHA VENCIMIENTO			
2025	03	27	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 18764076502236 del 2024-08-05 numeracion del 2P06630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-08-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-Recaudo
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : edc68a26def24d38350e93a3662e876ecf1c1a36913e56adc50a1c896c0b3d646d48fb08b75043c158a9b4d8012ed6a4

CLIENTE: JUAN CAMILO CARDONA ROJAS
NIT/ID: RC-1023415546
DIRECCIÓN: CRA 12F # 9-66 - SOACHA
TELEFONO: 3023041237
CONSECUTIVO INTERNO: 748654-1
DOCUMENTO: 03-1183365-010

PACIENTE: CARDONA ROJAS JUAN CAMILO
ID: RC 1023415546
TELEFONO: 3023041237
AUTORIZACIÓN: 0746-254346462

FECHA INGRESO: 2025-03-27
FECHA EGRESO: 2025-03-27
TIP USUARIO: CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	COPF	COPAGO-CUOTA MODERA-UND:NAPANTICIPOANTICIPO	1,00	4.700,00		4.700,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

OBSERVACIONES:

Plazo: 27/03/2025

SUBTOTAL	4.700,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	4.700,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	4.700,00

SON: CUATRO MIL SETECIENTOS 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.

Id Interno: 21-2903252-010 Prog: cayfac Usuario: jpmarin JOHANA PATRICIA MARIN ZUÑIGA 2025-03-27 07:11:37

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-03-27 07:12:06-05:00

Firma Digital:
XhT2TG+yWReivW7vX6gUFU6OM5HulOteTangzVDsNGoC0n9Ua1/91elEvvyE9HgvOdM5Pl/snf2YPtcpK1HJvPeN84T/PcspY2w+28q9TjWt2a5UIzwtnexZkfOg5SkuHRDu87BTHzE7LJXP5Og1z4m/YzacdOycQ8rFPHO3kDxjAC6rpgmoK2Bl2mR+MT8isCKHzRp5haryIpjUt4RVVGIHtPh27Dg++gg/IsPITSr2ywcB2BDKZOd7E50T7MBY+La8IxpW4xHi9WrfLh2mn6OxX1CgmS+uS6dcCwjZSA58AomG4SVKu2YzkoNTtcTCB0hfE6UTNJZBft9ocPFXA==

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. 2902923
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	26	14:20
FECHA VENCIMIENTO			
2025	05	10	

Autorizacion Numeracion: 18764076502238 del 2024-08-05 numeracion del 2806630 al 3000000 fecha del 2024-08-05 al 2025-06-05 prefijo:

Tipo de operación: -SS-SinAporte
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta
CUFE : 0ff409c7e37cbcc7ccc87cf2342802e325fc7ba502f4f4df668491895 48ec7f7d9a8a3333a54355ea200c8d0e5b56b10

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: 822882-1
DOCUMENTO: 03-1183158-011

PACIENTE: CIFUENTES DE CASTRILLON ANUNCIACION
ID: CC 20083105
TELEFONO: 3103442625
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9501201

FECHA INGRESO: 2025-03-26
FECHA EGRESO: 2025-03-26
TIP USUARIO: ESPECIAL O 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 LINEAS: 1				

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			

OBSERVACIONES:

Plazo: 10/05/2025

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: 21-2902923-011 Prog: coyfac Usuario: mlorresa MILENA TORRES AVILA 2025-03-26 14:20:09

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Fecha Validación DIAN: 2025-03-26 14:20:39-05:00

Firma Digital:
JuPrx2ltOfkN/Hrqvbr1F+yEyYHDsw1lq1XSVicc7F+5O3KP4T/FeltP/12JRBDRV1VwMgaVq2E25otu8TdJOKYb6zQ2ilny316zJ+MuoNOm44yZ9bgfEvAYvfeLDrpK36mH7+6kg6xTcJUWJ1RvFwZ4mHvPXcE5hAbdd9hQUdLWSGCHgU3emqIWP0jj9qFe9B0dDMZCQJFWywR5Xc9HuMPSmlUpOL+HtuW0Cdce42n86D/H8vFSVHTxHrjy6+5BCVuj6hXErYUdXAJOK2U2Hayqp4kGa+7PgfKWN1EMS0mLofUP2chkfN1WKp7vxdvIOj/zWRAtAWmxZS+VzxHnw==

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. 2895727
INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	10	12:02
FECHA VENCIMIENTO			
2025	04	24	

Acepto la factura de venta dejando expresa constancia que he recibido los servicios
Autorizacion Numeracion: 16764076502238 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 : 4a2084d69143e6247b17a8141d1c3cd6cd3ea4588150fc4f7cdbe4e2f9439ecf8df102e0234fefb2ab511748bded4a11

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: 819064-1
DOCUMENTO: 03-1175803-010

PACIENTE: AVENDAÑO GELVIZ KELLY MARIBETH
ID: CC 1049637985
TELEFONO: 3156523465
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
POLIZA: 1
AUTORIZACIÓN: 9296267

FECHA INGRESO: 2025-03-10
FECHA EGRESO: 2025-03-10
TIP USUARIO: REGIMEN DE EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	930403	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA-ANALISIS COMPUTARIZADO MARCHA-UND:NAR	1,00	2.069.600,00		2.069.600,00
		TOTAL LÍNEAS: 1				

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	1		

OBSERVACIONES:

Plazo: 24/04/2025

SUBTOTAL	2.069.600,00
DESCUENTO	0,00
IVA	
IMPOCONSUMO	
TOTAL FACTURADO	2.069.600,00
COP/MOD/REC/PAC	0,00
TOTAL A PAGAR	2.069.600,00

SON: DOS MILLONES SESENTA Y NUEVE 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.

inio: RES001-11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 1 BOGOTA Id Interno: 21-2895727-010 Prog: cayfac Usuario: lcastro LISIBETH DEL CARMEN CASTRO BELLO 2025-03-10 12:0

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-10 12:02:20-05:00

Firma Digital:

sYZpZh6OzUQtYln30X9mPYd6E6dzk2ho4OxtS3GIegLgrSIbaxTvvsZp9pBFZM4fjhoUoj+kmDu/VegPi8kTwdPhqjWiCnI58Il80tcVjRtvY6e+XR55pQaxTQk+hBVcKHScvd/DIkASm/QeRi9UYm2haitoJU4t979to3sCvSaEFjP/cRpjGXHkDCvaVYgX98+0IYrhkK0Eed9HUdRGAY3XNSqtiazYHf9WwgJvkPMenhkHKu7VO8gXs4vSdMOdXXzNv7/fdZc110IGVIaGpXSBrzsvcdTenAO6KPK4S5AuJaV+i/Sf3bUf4wC9NRqu4DbeqPSewdv8ZboM00mQvQ==

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. 2900575
PROPACE sede 011

FECHA GENERACIÓN			
2025	03	20	11:11
FECHA VENCIMIENTO			
2025	05	04	

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 : 4e08427dae5e6c21582a19c8f3c7d5523c36a014ed84593c5ce9c8680551ba04d0c4032e7418e2789ba8abcc20d299f3

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: 750985-1
DOCUMENTO: 03-1181139-011

PACIENTE: GONZALEZ DE TORRES MONICA
ID: CC 20650926
TELEFONO: 3144426024
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
AUTORIZACIÓN: 9502278

FECHA INGRESO: 2025-03-20
FECHA EGRESO: 2025-03-20
TIP USUARIO: ESPECIAL O EXCEPCION BENEFICIA

Forma de Pago: Crédito

ITEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IMP	VALOR TOTAL
1	890343	CONSULTA DE CONTROL O 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				

DATOS SALUD

CODIGO_PRESTADOR	1100108258	MODALIDAD_PAGO	Pago por evento
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	Cobertura entidad territorial recursos de oferta	NUMERO_CONTRATO	61-7-20231-24
NUMERO_POLIZA			

OBSERVACIONES:

Plazo: 04/05/2025

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: 21-2900575-011 Prog: cayfac Usuario: mtorresa MILENA TORRES AVILA 2025-03-20 11:11:50

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

Fecha Validación DIAN: 2025-03-20 11:12:20-05:00

Firma Digital:
vb2/VGPRcQSNCXk4DdnlvG6pSC4oJFKWZAE8m1YAfQ31c5Rrb1ax6V0ZutbAbSj0vo0rOtrvNTkZk4vjBvz3M+AgjN8n9gWKBHVPzrW+yqR305hM4sc/fWTPkDjf53/ZFx6gzxXmVdZoRwBzPXQ/lal04QYnOhieVctJJSI7SjFE6bCUeqelIO8
qib03UbXOGZ/aLtUhaVgsSUBj/bccGmeXebmFNI/EJY5kh+saLh2RhfIO8T+pzvD1ipuXbwVqT4RCN16BgjSnG3IQ2+I9WUec1wIwyoyCDjyhV156GEo+EB3lD3Bt63tUddFQngrFOwizRKIfuWNKFJ6Fcz55w==