No. ___2___ REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2025- 294323 **-MEBOG-29.25**

Bogotá D. C., 22 de mayo de 2025

Señor teniente coronel
CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20057-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO___X__ O FINAL _____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/04/2025**	**Hasta**	**30/04/2025**

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 comunicación oficial No. GS-2025-005083-REGI1-29.25 del 07/03/2025, el señor capitán ISAAC AMADO CODINA GALLARDO, obrando en calidad de jefe Grupo contratos RASES No.1, notifico como supervisor del contrato a Terapeuta Física Grupo Prestador de atenciones en Salud de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, quien para la fecha es la señora (a) SM 14, CLAUDIA ROLON CAMACHO.
- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _mensual_
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 1**

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 07/03/2025 y el 31/03/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025- 222399 -MEBOG-29.25 del 121/04/2025

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20057-25
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA, AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORES DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
Contratista	FUNDACIÓN CINDA CENTRO DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
Representante legal	PAOLA MARIA PIA TADEA di COLLOREDO MELS PALAU
Valor inicial del contrato	DOSCIENTOS VEINTISEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS ($ 226.327.854,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor total del contrato	DOSCIENTOS VEINTISEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS ($ 226.327.854,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Plazo de ejecución inicial	Hasta el 30 de noviembre 2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	07-03-2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30-11-2025
Fecha de inicio del plazo de las adiciones del contrato	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de las adiciones del contrato	N/A
Adiciones	No aplica
Modificatorios	No aplica
Prorrogas	No aplica
Otros	No aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

- Mediante comunicación telefónica de fecha 02/04/2025 se realizó comunicación con la entidad con el fin de verificar la prestación del servicio de los usuarios que asisten a la entidad, así como novedades. Reporte de inasistencias.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1.Cumplir con el objeto contractual.	SI	Ninguna
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	Ninguna

3. Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	Ninguna
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	SI	Ninguna
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Ninguna
8. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
9. Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.	SI	Ninguna
10. El contratista anexará a la factura, los RIPS y el informe del tratamiento realizado durante el mes al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y firma de recibido a satisfacción del padre o acudiente del paciente. Así mismo, adjuntará la relación del usuario atendido en el mes en Excel donde se relacione número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Esta última información se debe presentar en físico y medio magnético	SI	Ninguna
11. El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario	SI	Ninguna
12. El Contratista deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co 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. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad del artículo No. 15 de la Ley 1966 del 11 de julio de 2019 "por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones", la Resolución Numero 000042 del 05/05/2020 "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 se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación" y la Resolución N 1557 del 27 de septiembre 2023 "por la cual se reglamenta el mecanismo único de validación del Registro individual de Prestación de servicios de Salud – RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud y se dictan otras disposiciones".		
13. El Contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato y sus profesionales a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos		

relacionados con la atención de pacientes y facilitará la verificación y revisión de los servicios prestados		
14. El contratista prestará el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante la presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carné o constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario		
15. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y se anexará en la historia Clínica del usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.		
16. El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato.		
17.El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse		
18. 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.		
19. 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		
20. 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		

21. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter técnico:		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El contratista deberá mantener vigente la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS para los servicios objeto del presente contrato, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
El contratista garantiza que desarrollará el Programa de rehabilitación funcional dirigido a usuarios con discapacidad sensorial auditiva mediante actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias para conseguir su máxima autonomía, interacción y desempeño auditivo-comunicativo en sus actividades básicas cotidianas y de la vida diaria. Todas las actividades deben ir encaminadas a facilitar la construcción de su proyecto de vida. Además, brinda servicios de orientación y asesoría a los padres o cuidadores primarios mediante herramientas que permitan el manejo de sus hijos en el hogar, favoreciendo su interacción con el entorno. Se establece de acuerdo al ciclo de vida y al grado de severidad de la discapacidad, así: Programa 20 sesiones/mes: Actividades terapéuticas dirigidas a usuarios incluidos en un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico- pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio deberá ser prestado en los horarios presentados en el portafolio de servicios, con una asistencia mensual no inferior a 20 sesiones /mes, incluido el servicio de alimentación (refrigerio). El programa incluye: a. Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. b. Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular c. Control audiológico de ganancia funcional semestral. d. Sesiones individuales y grupales con participación de los siguientes profesionales: Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. e. Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación de la discapacidad y de empoderamiento, mínimo dos (2) durante la ejecución del contrato. Se deberá entregar un acta por cada actividad realizada con anexos fotográficos y firmas de asistencia al ESPRI MADUA. Brinda servicios de orientación y asesoría a los padres o cuidadores primarios mediante herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad	SI	Ninguna

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

terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.		
12. el Contratista brindará servicios de orientación y asesoría a los padres o cuidadores primarios mediante herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad.	SI	Ninguna
13. Al finalizar el contrato, el Contratista deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
14. el Contratista permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato	SI	Ninguna
15. el Contratista se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos, sin previo aviso	SI	Ninguna
16. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes	SI	Ninguna
17. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.	SI	Ninguna
18. el Contratista deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.	SI	Ninguna
19. el Contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía y calidad de la atención en salud	SI	Ninguna
20. el Contratista deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato	SI	Ninguna
21. el Contratista deberá responder por los costos generados por los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial al supervisor del contrato, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos. Entendido el evento adverso como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente"	SI	Ninguna
22. el Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.	SI	Ninguna
23. el Contratista dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de	SI	Ninguna

inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.		
24. el Contratista informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre o Madre y del usuario que presenta la inasistencia	SI	Ninguna
25. **RECURSO HUMANO** Personal Profesional: el Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: • Un Profesional en Fonoaudiología • Un Profesional en Audiología • Un Profesional en Fisioterapia • Un Profesional en Terapia Ocupacional • Un profesional en Psicología • Un Profesional en Nutrición (Asesoría nutricional)	SI	Ninguna
26. INSTALACIONES: el Contratista deberá contar con un espacio Mínimo para la prestación del servicio en las siguientes áreas: 1. Dos (2) Áreas terapéuticas para trabajo grupal 2. Cuatro (4) Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual 3. Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas 4. Un (1) baño para hombres y un (1) baño para mujeres. 5. Una (1) zona de comedor	SI	Ninguna
27. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.	SI	Ninguna
28. **DOTACIÓN:** el Contratista para la prestación de los servicios deberá contar como MÍNIMO con la siguiente dotación: • Mesas de trabajo y sillas (Para trabajo en grupo y para Trabajo individual.) • Materiales lúdicos y terapéuticos (15 juguetes, 5 láminas de categorías, 1 relojes didácticos, 1 calendarios didácticos, 3 tableros acrílicos, 5 rompecabezas, 5 pinturas, 5 plastilina terapéutica, 5 paquetes de arcilla, 5 encajes, 5 ensartados, 3 pelotas, 2 kits aros, 5 instrumentos musicales, 1biblioteca) • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación del desarrollo motor • Una batería o instrumentos de pruebas para evaluación psicológica • Una batería o instrumentos de pruebas de análisis de procesos fonológicos • Instrumentos de seguimiento y control de habilidades de independencia, de autonomía, de inteligencia, matemáticas, escritura y lectura (uno de cada uno) • Material para apoyo de desarrollo lógico matemático y manejo del dinero (dos) • Dos Juegos material para apoyo de desarrollo lógico matemático • Material con ayudas visuales para proceso de lecto-escritura (dos) • Ayudas Audiovisuales: Reproductor de CD, Televisor, VHS o DVD u otro de acuerdo a las necesidades • Un Audiómetro • Un Cámara Sonoamortiguada • Un Suvag • Dos Juegos material con ayudas visuales • Dos balones terapéuticos • Dos colchonetas • Dos Espejos, cuerpo entero	SI	Ninguna

29. el Contratista deberá tener documentados los programas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, de acuerdo a la normatividad vigente	SI	Ninguna
30. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN el Contratista deberá suministrar el servicio de alimentación a los usuarios, de acuerdo a la modalidad prestada, e informará mensualmente al Supervisor del contrato y a los padres, el menú ofrecido. Dicho menú debe estar avalado por una Nutricionista ofrecida por el contratista y se realizará la respectiva verificación por parte del supervisor del contrato. Solo en casos especiales, cuando se requiera por su patología de base alimentación diferente o complementaria, se deberán tener en cuenta las recomendaciones del médico tratante y/o nutricionista de la Unidad Prestadora de salud Bogotá y Unidad Prestadora de Salud Cundinamarca.	SI	Ninguna
31. el Contratista deberá presentar el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. El oferente deberá diligenciar el formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo publicado en la sección documentos del proceso de la plataforma SECOP II).	SI	Ninguna
32. el Contratista deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos.	SI	Ninguna
33. 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 capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	Ninguna

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Debido a la no prestación del servicio de transporte por parte del programa médico domiciliario a algunos usuarios beneficiarios del subsistema de salud y que cuentan con Fallos judiciales, se vio afectada la prestación de procesos terapéuticos en la entidad por la no asistencia de los usuarios, así mismo; se afectó la planeación de los recursos dispuestos en el contrato vigente para la prestación de los servicios en el mes de marzo.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (54) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (199) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios y todos los reportes estadísticos mencionados en el presente estudio previo, dentro de los cuarenta y **cinco (45) días** hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites

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

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

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

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

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

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

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

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

Documentos requeridos:

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

La facturación deberá presentarse de forma electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, de conformidad con el instructivo No 001 SUDIR – DIRAF 70

LINEAMIENTOS PARA LA RECEPCIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA, dando cumplimientos a lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Circular Externa 016 del 09/03/2021 "por la cual se implementa el Modelo de Recepción de factura de venta, Notas Debito y/o Notas crédito".

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.

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

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

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

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS

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

CAUSALES DE NO PAGO

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

El servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC DISAN (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

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

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: FUNDACION CENTRO INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS (CINDA).
BANCO: BANCO FALABELLA S.A.
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 156060095177

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$226.327.854,00	100%
Valor total de las entregas	$68.185.125,00	30%
Valor total facturado	$29.528.429,00	13%
Valor facturado pendiente de pago	$38.385.700,00	17%
Valor pagado	$29.528.429,00	13%
Valor pendiente de entrega	$158.142.729,00	70%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**
No.2 09/05/2025	$38.385.700,00	Del 01/04/2025 al 30/04/2025	$38.385.700,00	54846 a 54864	Pendiente	Pendiente	Pendiente

5. RECOMENDACIONES

Se solicita al Ordenador del Gasto Jefatura de la Regional de Aseguramiento No. 1 dar continuidad al proceso contractual, con el fin de continuar otorgando los servicios a los usuarios

6. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

Firma_____

SM 14 CLAUDIA ROLON CAMACHO
Terapeuta Física GUPAS UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20057-25
Correo electrónico: Claudia.rolon@correo.policia.gov.co

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

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 09 de mayo 2025
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato No.	81-7-20057-25
Constancia de recibido No.	2
Contratista:	FUNDACIÓN CINDA CENTRO DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
NIT del contratista:	800223876-4
Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORES DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios	NO APLICA
Valor del contrato:	Valor inicial del contrato $ 226.327.854,00 Valor total del contrato $ 226.327.854,00
Plazo de ejecución:	Del 07-03-2025 al 30-11-2025
Fecha de vencimiento	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 35 No 17-24
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14 CLAUDIA ROLÓN CAMACHO, Terapeuta Física Grupo Prestador de Atención en Salud
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/04/2025 Al: 30/04/2025

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
09 MAY 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	**Unidad**	**Recurso**	**Descripción del bien o servicios recibidos**	**Valor recibido**	**Valor facturado**	**Valor a amortizar y/o descontar**	**Valor a pagar**
	RASES 1	**16**	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES REHABILITACION FUNCIONAL	**$ 38.385.700,00**	**$38.385.700,00**	**$0,00**	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
54846	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54847	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54848	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54849	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54850	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54851	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54852	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54853	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54854	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54855	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54856	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54857	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54858	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54859	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54860	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54861	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54862	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54863	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
54864	07/04/2025	$ 2.020.300		$ 2.020.300
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 38.385.700,00		$ 38.385.700,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCION DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. SERVICIO PRESTADO DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2025. FACTURACIÓN Y SOPORTES SUJETOS A VERIFICACIÓN POR PARTE DE AUDITORIA DE CUENTAS.

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

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y VALORES DEL CONTRATO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante el mes de abril 2025	Si_X_ No___	Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente, Autorización del servicio en original, Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL ye parafiscales, expedida por el revisor fiscal .

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
0 9 MAY 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

dn international
auditores consultores outsourcing

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA FUNDACION CINDA

Nit. 800.223.876-4

CERTIFICA

Que de acuerdo con los registros de contabilidad y sus documentos soporte con corte al 30 de Abril de 2025, la Fundación realizó los pagos correspondientes a los aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, tales como Entidades Promotoras de Salud, Fondos de Pensión, Riesgos Laborales, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Sena, por lo cual se encuentran a paz y salvo por estos conceptos.

La anterior certificación se expide en Bogotá, D.C., por solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de mayo de 2025.

Atentamente,

DAMIANO NOCERA BARBATO
T.P. No. 8178-T
Revisor Fiscal
Delegado por DN INTERNATIONAL S.A.S
TR-2578

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800223876-4	FUNDACION CINDA	CALLE 35 No. 17-24	3198351308	administracion@fundacioncinda.org	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	06/05/2025	86339736	$28.498.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	745.300	0		0		0	0	0	0	745.300	2
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	195.800	0		0		0	0	0	0	195.800	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.584.900	0		0		0	0	0	0	1.584.900	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	4.639.800	0		0		0	0	0	0	4.639.800	14
EPS010	EPS Sura	800088702-2	217.400	0		0		0	0	0	0	217.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	512.700	0		0		0	0	0	0	512.700	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	546.100	0		0		0	0	0	0	546.100	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-3	485.900	0		0		0	0	0	0	485.900	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.535.400	0	0	0	0	0	0		2.535.400	8
230301	Porvenir	800224808-5	4.722.300	0	0	0	0	0	0		4.722.300	10
25-14	Colpensiones	900336004-7	4.170.200	0	0	0	0	0	0		4.170.200	10

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	1.710.800				1.710.800	0	0	1.710.800			17.108	1.710.800	28

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.857.900	0	0	2.857.900	28

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800223876-4	FUNDACION CINDA	CALLE 35 No. 17-24	3196351308	administracion@fundacioncinda.org	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				28	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	06/05/2025	86339736	$28.498.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.429.900	0	0	1.429.900	28
ICBF				
2.143.700	0	0	2.143.700	28
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	Nº. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	8.927.900	8.927.900
Pensión	3	11.427.900	11.427.900
Riesgos Laborales	1	1.710.800	1.710.800
CCF	1	2.857.900	2.857.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	2.143.700	2.143.700
MEN	0	0	0
SENA	1	1.429.900	1.429.900
TOTALES	15	28.498.100	28.498.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800223878-4	FUNDACION CINDA	CALLE 35 No. 17-24	3186351308	administracion@fundacioncinda.org	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	06/05/2025	86339736	$28.496.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1000606804	GIL CARABALLO MANUELA	1	0		N																	230201	2.383.000	381.300	0	0	0	0	EPS017	2.383.000	297.900	14-25	2.383.000	3	68.100	CCF24	2.383.000	95.400	2.383.000	47.700	71.500	0	0
CC	1001058302	AVILA ALVAREZ MAIRA ALEJANDRA	1	0		N																	230201	2.383.000	381.300	0	0	0	0	EPSC34	2.383.000	297.900	14-25	2.383.000	3	68.100	CCF24	2.383.000	95.400	2.383.000	47.700	71.500	0	0
CC	1010220220	NUÑEZ IBAÑEZ LAURA ANGELICA	1	0		N																	230301	2.802.000	448.400	0	0	0	0	EPS037	2.802.000	350.300	14-25	2.802.000	3	80.300	CCF24	2.802.000	112.100	2.802.000	56.100	84.100	0	0
CC	1012443655	MORALES QUIROGA JENIFFR TATIANA	1	0		N																	230301	3.027.000	484.400	0	0	0	0	EPS008	3.027.000	378.400	14-25	3.027.000	3	73.800	CCF24	3.027.000	121.100	3.027.000	60.600	90.900	0	0
CC	1013620633	GALEANO HIGUERA JENNY LIZETH	1	0		N																	230301	3.243.000	518.900	0	0	0	0	EPS005	3.243.000	405.400	14-25	3.243.000	3	79.000	CCF24	3.243.000	129.800	3.243.000	64.900	97.300	0	0
CC	1014203834	AVILA ALVAREZ ANNY YULIETH	1	0		N																	25-14	2.128.000	340.200	0	0	0	0	EPS008	2.128.000	265.900	14-25	2.128.000	3	51.900	CCF24	2.128.000	85.100	2.128.000	42.600	63.800	0	0
CC	1019130021	GUTIERREZ MORENO MARIA CATALINA	1	0		N																	230301	2.802.000	448.400	0	0	0	0	EPS008	2.802.000	350.300	14-25	2.802.000	3	80.300	CCF24	2.802.000	112.100	2.802.000	56.100	84.100	0	0
CC	1020939611	BOLAÑOS CONTRERAS YESIKA SULAY	1	0		N																	230301	2.126.000	340.200	0	0	0	0	EPS008	2.126.000	265.800	14-25	2.126.000	3	61.800	CCF24	2.126.000	85.100	2.126.000	42.600	63.800	0	0
CC	1030554859	LEON PARRA DIANA CAROLINA	1	0		N																	230201	3.027.000	484.400	0	0	0	0	EPS008	3.027.000	378.400	14-25	3.027.000	3	73.800	CCF24	3.027.000	121.100	3.027.000	60.600	90.900	0	0
CC	1031161184	CHACON TAMAYO ADRIANA MARCELA	1	0		N																	25-14	3.027.000	484.400	0	0	0	0	EPS008	3.027.000	378.400	14-25	3.027.000	3	73.800	CCF24	3.027.000	121.100	3.027.000	60.600	90.900	0	0
CC	20989711	GALVIS CRUZ ISABEL	1	0		N																	25-14	3.349.000	535.800	0	0	0	0	EPS008	3.349.000	418.700	14-25	3.349.000	3	91.500	CCF24	3.349.000	134.000	3.349.000	67.000	100.500	0	0
CC	33336748	ALCAZAR GONZALEZ RUTH MARIA	1	0		N																	25-14	3.027.000	484.400	0	0	0	0	EPS008	3.027.000	378.400	14-25	3.027.000	3	73.800	CCF24	3.027.000	121.100	3.027.000	60.600	90.900	0	0
CC	39650154	BOHORQUEZ ALFONSO CONCEPCION	1	0		N																	25-14	2.237.000	358.000	0	0	0	0	EPS005	2.237.000	279.700	14-25	2.237.000	3	54.500	CCF24	2.237.000	89.500	2.237.000	44.800	67.200	0	0
CC	51800955	CAMACHO AYALA ANA DELINA	1	0		N																	230201	1.718.000	274.900	0	0	0	0	EPS017	1.718.000	214.800	14-25	1.718.000	3	41.900	CCF24	1.718.000	68.800	1.718.000	34.400	51.600	0	0
CC	1014295245	SILVA CONTRERAS YULIANA KATERINA	1	0		N																	230201	1.423.500	227.900	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-25	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
CC	1017146965	PALACIOS MENA ANA SURANY	1	0		N																	230301	1.566.000	250.600	0	0	0	0	EPS002	1.566.000	195.800	14-25	1.566.000	3	38.200	CCF24	1.566.000	62.700	1.566.000	31.400	47.000	0	0
CC	52068184	GOMEZ GELVES LILIANA ALEXANDRA	1	0		N																	230301	2.126.000	340.200	0	0	0	0	EPS008	2.126.000	265.800	14-25	2.126.000	3	51.800	CCF24	2.126.000	85.100	2.126.000	42.600	63.800	0	0
CC	52370918	CAMACHO MUÑOZ PATRICIA	1	0		N																	230301	4.396.000	703.400	0	0	0	0	EPS005	4.396.000	549.500	14-25	4.396.000	3	107.100	CCF24	4.396.000	175.900	4.396.000	88.000	131.900	0	0
CC	52422523	DIAZ RUIZ ANGELICA DEL PILAR	1	0		N																	25-14	3.027.000	484.400	0	0	0	0	EPS008	3.027.000	378.400	14-25	3.027.000	3	73.800	CCF24	3.027.000	121.100	3.027.000	60.600	90.900	0	0
CC	52473906	GUALTEROS TORRES CLARA YAZMIN	1	0		N																	25-14	1.566.000	250.600	0	0	0	0	EPS008	1.566.000	195.800	14-25	1.566.000	3	38.200	CCF24	1.566.000	62.700	1.566.000	31.400	47.000	0	0
CC	1032457595	RODRIGUEZ CARVAJALINO JUAN CAMILO	1	0		N																	230201	1.566.000	250.600	0	0	0	0	EPS001	1.566.000	195.800	14-25	1.566.000	1	8.200	CCF24	1.566.000	62.700	1.566.000	31.400	47.000	0	0
CC	1094825420	GONZALEZ VARGAS KEILA LUCIA	1	0		N																	230301	3.027.000	484.400	0	0	0	0	EPS008	3.027.000	378.400	14-25	3.027.000	3	73.800	CCF24	3.027.000	121.100	3.027.000	60.600	90.900	0	0
CC	52730790	PEÑA RINCON DEIBY MARGOTH	1	0		N																	230201	1.504.000	240.700	0	0	0	0	EPSC34	1.504.000	188.000	14-25	1.504.000	3	36.700	CCF24	1.504.000	60.200	1.504.000	32.100	45.200	0	0
CC	53073053	ALARCON RODRIGUEZ NATHALY	1	0		N																	230201	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS005	1.840.000	230.000	14-25	1.840.000	3	44.900	CCF24	1.840.000	73.600	1.840.000	36.800	55.200	0	0
CC	55070260	CASTRO ZAPATA TANIA MILDRED	1	0		N																	25-14	1.566.000	250.600	0	0	0	0	EPS037	1.566.000	195.800	14-25	1.566.000	3	38.200	CCF24	1.566.000	62.700	1.566.000	31.400	47.000	0	0
CC	60007098	TORRES GOMEZ FABIAN	1	0		N																	25-14	1.739.000	278.300	0	0	0	0	EPS010	1.739.000	217.400	14-25	1.739.000	3	42.400	CCF24	1.739.000	69.600	1.739.000	34.800	52.200	0	0
CC	51849352	VANEGAS GARCIA ADA CECILIA	1	0		N																	25-14	4.396.000	703.400	0	0	0	0	EPS005	4.396.000	549.500	14-25	4.396.000	3	107.100	CCF24	4.396.000	175.900	4.396.000	88.000	131.900	0	0
CC	51905022	CARVAJALINO MONJE IRMA	1	0		N																	230301	4.396.000	703.400	0	0	0	0	EPS001	4.396.000	549.500	14-25	4.396.000	3	107.100	CCF24	4.396.000	175.900	4.396.000	88.000	131.900	0	0

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

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACION NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54846

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
ARENAS TOVAR VICTORIA CELESTE RC 1011254921	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843417	101.015,00	0	2.020.300
			TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

CUFE:
b094c6a4ef3707849cbcb7a992ad8a5ced8a64b157367f30f1a08eff888276d6b0fb50f504062ceb67c47b3ae7a00c90

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54847

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
ARENAS TOVAR MELISSA VALENTINA TI 1140920331	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843488	101.015,00	0	2.020.300
			TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GARCIA C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

5bd138034df7be3a1807ad91c4fd0a9d3da5d182861a9e65160eee1287ee1973da76804c580c6dddc6acf9bb6666d29f

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54848

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
DAVILA DIAZ JERSON SANTIAGO TI 1081618260	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843529	101.015,00	0	2.020.300
			TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL CANOS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
56542db86bfba1d7a722a12d157f12726ee6edabcad209fd7a03a8b9cb75bb8b3268d5403b8b9bfa2744a6da9f1ad0c8

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54849

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nc 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
GOMEZ CASTILLO CESAR AUGUSTO TI 1117932672	20	938661 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843554	101.015,00	0	2.020.300
			TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:

f078700f0d740938e36173abe6ffd9686a82a644bbbddde75a0f695dbd694faf1e8128757631aa5cc85c89eaf403a987

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54850

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
GONZALEZ GARZON SAMUEL FELIPE TI 1021690545	20	938661 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843624	101.015,00	0	2.020.300
			TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GARZON C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
a3c092454098daeb99ead23c4110c91a6ced3fe2b172b8f35286da551068b3055b7345156bd95fa3570d6c692cda4bd9

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54851

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
OLARTE CABRERA ANGEL GABRIEL TI 1010762687	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843729	101.015,00	0	2.020,300
TOTAL				2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

CUFE:
31e0172ee5f4b16bb20339d267df8b07acfc31e857dc5b07cf04d48bff0c6742655cfde5981bfcd7bce081d47ccbe52b

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 60000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54852

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
OLAYA CRUZ IAN THOMAS RC 1070991068	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843755	101.015,00	0	2.020.300
			TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL CAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

CUFE:
d1d33514248bc22f4bc66e142e62720d5a8fc17a7084d6cbfd12df071f47d6f7f03401db3fa26140183330c7a468d20a

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54853

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
ORTIZ SALAS NICOLAS TI 1023411632	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843858	101.015,00	0	2.020.300
			TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GALVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

CUFE:

b3155a0e627287740ec395b02a61071da2e088b1aaf16db8850f72e4c2f776c646f108d79bf3f05896520d04cbcd16a5

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54854

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
QUIROGA OLAYA EDWIN SANTIAGO TI 1029287117	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9843974	101.015,00	0	2.020.300
				TOTAL 2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

CUFE:
28c84e0505f21755cf456fd7f9defeb01d4124624cdbb0cfb5b48c628241cf03ce03d33e5ed9aa9d4a15b3c88626139f

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACION DE FACTURACIÓN ELECTRONICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54855

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B
BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
RESTREPO LOPEZ ANY PAULINE TI 1016603723	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9844084	101.015,00	0	2.020.300
				TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GARCIA C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C
Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
bc8b59d9cf05bc3f2cfca2d5c66dff82a6e7ab6e324c97ca749e1c197bc1ccbfb56bfe6d4a4af638da0d6f512f419ade

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACION ELECTRONICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54856

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
RINCON BONILLA SARA VALENTINA RC 1233918335	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9844239	101.015,00	0	2.020.300
				TOTAL 2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
ac99002c54a8ea8c774a16afea933a1a8c8ebcd6392b203010047628056097d7c14ac1dac08a9a731e2c3ff526c597d9

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54857

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
RIOS ROA EMANUEL TI 1013142409	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9844380	101.015,00	0	2.020.300
				TOTAL	2.020.300,00	0,00 2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GANOS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
10b6c9136e4ef632f1bd922ecc1164f6ec9cc897354e9d199d6db8c87d5a0eab832fb0811fd46f367c4e3521bbaad407

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54858

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
RODRIGUEZ BASTOS ISABELLA SOFIA RC 1022423996	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9844619	101.015,00	0	2.020.300
				TOTAL	2.020.300,00	0,00 2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL CANTS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
10f8879e17ec72ceca9233d56144139f4ebc0fdb3a8b6fc819f4a8ef554c9d8398c964c9ab3926b0fcabf78d785e1f2d

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54859

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
SEGURA VARGAS DYLAN ESTIC TI 1031834979	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9845365	101.015,00	0	2.020.300

TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GANTS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE: b364edd910791e8ce916afdc0e496a03828c2edac78bf0d9ee6165c4305ebc398ee64f820d1b40304e0a0a8bdf267bf0

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACIÓN ELECTRONICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54860

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
TORO DIAZ SILVIA GABRIELA TI 1011214099	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9846437	101.015,00	0	2.020.300
			TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

CUFE:
dffae2264fbf1f94d2e515cb117c9755e527c3c9405279712e026a59351cf3f829592831aff878f13dbfed6da640bcfa

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54861

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
TORO DIAZ LIAM ANDRE RC 1022448540	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9846617	101.015,00	0	2.020.300
TOTAL				2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
c85c2f371d4b189ac66e19416ae2a964ef5828eb8e0cdb29fb502461bc2be2d0e144256556146ccbbc8c6ed17fd5764f

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS
800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54862

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
VACCA HENAO NICKOL PAOLA TI 1030601505	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9846907	101.015,00	0	2.020.300
				TOTAL	2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL CAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
5a3a0743ea10ded512e14c0786fa895cab87d5bb769b70cf53351cd643d98bf94bdbc51142edfc8ad22532036232ec1c

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54863

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
ZAPATA BRESLLY DAYANNA CC 1117495676	20	938661 REHABILITACIONFUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9847007	101.015,00	0	2.020.300

TOTAL 2.020.300,00 0,00 2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GALVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
38d3175427a50b818277b582fab32c79c910fbf9db62f62664ed1bd8e7ea0dfedec6f7d462ef7a6f1e46c5eb8bffa35d

FUNDACION CINDA SIN ANIMO DE LUCRO PERSONERIA JURIDIA 354 MARZO 10/94 ACT. 8692
NO SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A RES. DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764077279356 DEL 2024/08/15 RANGO DE FACTURAS No. 48357 AL 80000 CON VIGENCIA DOCE MESES HASTA EL 2025/08/15

FUNDACION CINDA

CENTRO DE INVESTIGACION E INFORMACION EN DEFICIENCIAS AUDITIVAS

800223876-4

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. 54864

FECHA DE EMISION: 2025/05/07

Señores:
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1
NIT: 900336524
CARRERA 68 B BIS NO 44 - 58 TORRE B

BOGOTA D.C.

Por concepto de:

Servicios Integrales de Rehabilitación para Deficiencias Auditiva brindado a los siguientes usuarios remitidos por ustedes durante el mes de abril 2025 con cargo al contrato PN RASES No.081-7-20057-25.

Apellidos y Nombres	Cantidad	Servicio	N. Autoizacion	Valor	Menos copago	Valor Neto a Cobrar
TORRES ZABALA JUAN PABLO TI 1031837753	20	938661 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA/DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9847223	101.015,00	0	2.020.300
TOTAL				2.020.300,00	0,00	2.020.300,00

Dos millones veinte mil trescientos Pesos M/Cte.

ISABEL GAVIS C.
Administacion

Anexos:

POR NUESTRO CARACTER DE ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO SOMOS EXENTOS DE RETENCIONES, (FUENTE, ICA) FAVOR ABSTENERSE DE EFECTUAR DESCUENTOS POR ESTOS CONCEPTOS

Sede Bogota D.C

Calle 35 No. 17-24
Telefonos: 601 2455509 - 601 2881801 - 316 6243334 - 317 4383710
www.fundacioncinda.com e-mail: administracioncinda@gmail.com

CUFE:
28f0a36b6fb777c054db4691a4564835596447d4066d24002c68c1ceeac7017bb2678c96cb657c5e2295aa19219a69bc

Desarrollado - SOFTGAFIN LTDA NIT: 830.042.430-5 TEL: 926 1598 / 310 2707823