Página 1 de 11	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021 2019900376	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

No. 8 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2025- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C.. 04 de agosto de 2025

Señor mayor
IVONNE JOHANNA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 (E)
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20258-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/06/2025**	**Hasta**	**10/06/2025**

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 ACTA – 00333-UPRES – GUPAS – 2.25 del 02/07/2025, la señora SM14, CLAUDIA ROLÓN CAMACHO, realizó la entrega de los procesos contractuales del servicio de rehabilitación a la señora subintendente LILIANA AGUILAR RENTERIA, siguiendo instrucciones del señor teniente coronel CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA quien en su momento obraba como jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1.

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

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 7**

1.Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 27/11/2024 y el 30/11/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 671095 -MEBOG-29.25 del 13/12/2024
2.Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/12/2024 y el 31/12/2024, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 032216 -MEBOG-29.25 del 22/12/2024
3.Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/01/2025 y el 31/01/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024- 113541 -MEBOG-29.25 del 28/02/2025

4.Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/02/2025 y el 28/02/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024-169143 -MEBOG-29.25 del 26/03/2025

5.Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/03/2025 y el 31/03/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024-222473 -MEBOG-29.25 del 21/04/2025

6.Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/04/2025 y el 30/04/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2024-294301 -MEBOG-29.25 del 22/05/2025.

7. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01/05/2025 y el 31/05/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-356575-MEBOG-29.25 del 19/06/2025.

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20258-24
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Contratista	CORPORACION SINDROME DE DOWN
Representante legal	LUZ EUGENIA GARCIA DE GALINDO
Valor inicial del contrato	CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($ 156.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($ 156.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Plazo de ejecución inicial	Hasta el 30 de abril de 2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	27-11-2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30-04-2025
Fecha inicio del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	N/A
Adiciones	N/A

2019900378

Modificatorios	Modificación No. 001 **EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN:** **CLÁUSULA PRIMERA:** Modificar la **CLAUSULA SÉPTIMA – PLAZO DE EJECUCIÓN** del contrato principal No. **81-7-20258-24**, el cual quedara de la siguiente manera: **CLAUSULA SÉPTIMA – PLAZO DE EJECUCIÓN**: El Plazo de Ejecución del contrato será hasta el **31 DE MAYO DE 2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO LO PRIMERO QUE OCURRA**, tiempo durante el cual, deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga. Dicho plazo iniciara a partir de la Aprobación de la Garantía Única y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato. Modificación No. 002 **CLÁUSULA PRIMERA:** Modificar el **ANEXO No. 1 "DATOS DEL CONTRATO" - CLAUSULA SÉPTIMA – PLAZO DE EJECUCIÓN** del contrato No. **81-7-20258-24**, el cual quedara de la siguiente manera: **CLAUSULA SÉPTIMA – PLAZO DE EJECUCIÓN**: El Plazo de Ejecución del contrato será hasta el **10 DE JUNIO DE 2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO LO PRIMERO QUE OCURRA**, tiempo durante el cual, deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga. Dicho plazo iniciara a partir de la Aprobación de la Garantía Única y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato.
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

Se realiza seguimiento a los usuarios que asisten a la entidad frente al proceso terapéutico que realizan a fecha 03/07/2025, así como a las novedades e inasistencias reportadas.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1) Cumplir con el objeto contractual	SI	Ninguna
2) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	Ninguna
3) Responder en los plazos que la POLICIA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule	SI	Ninguna
4) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.		
5) Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UNIDAD EJECUTORA o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
6) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
7) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la UNIDAD EJECUTORA de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias	SI	Ninguna
8) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna
9) Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.	SI	Ninguna

10) CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato, Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.	SI	Ninguna
11) El contratista anexará a la factura, los RIPS y el informe de tratamiento realizado durante el mes al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y firma del recibido a satisfacción del padre o acudiente del paciente. Así mismo adjuntará la relación del usuario atendido en el mes en Excel donde se relacione número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Esta última información se debe presentar en físico y medio magnético.	SI	Ninguna
12) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario.		
13) Cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, respecto al pago de los parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.	SI	Ninguna
14) El contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato, a sus profesionales a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitará la verificación y revisión de los servicios prestados,		
15) El contratista el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carnet y constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario.		
16) El contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio físico y magnético, el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y se anexa en la histori clínica del usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha del inicio de tratamiento, los objetos terapeúticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas las recomendaciones y el compromiso de la familia.		
17) El oferente deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.		
18) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse	SI	Ninguna
19) Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna
20) El oferente se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre as entidades responsables del pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter Técnico:		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El oferente deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS para los servicios de Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia ocupacional y Psicología, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100	SI	Ninguna

de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.		
El Contratista garantiza que desarrollará: Programa de rehabilitación funcional encaminado a los beneficiarios con diagnóstico de Síndrome de Down, a través de actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias eficaces para conseguir su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño en sus actividades de la vida diaria. Todas las actividades deben facilitar la construcción de su proyecto de vida. Se establece de acuerdo a la edad y al grado de severidad de la discapacidad, así: • **Programa presencial de estimulación temprana**: dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de facilitar el estimular y mejorar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para mejorar su calidad de vida personal y familiar. Para los usuarios que están en edad escolar (mayores de 2 años) se debe prestar, además, el apoyo y asesorías de pedagógica terapéutica a los docentes, usuario y familia. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación (refrigerio). • **Programa presencial para usuarios con inclusión escolar:** dirigido a usuarios mayores de 6 años, integrados a un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico-pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación. (refrigerio) • **Programa presencial para usuarios sin inclusión escolar**: dirigido a usuarios mayores de 17 años sin inclusión escolar, con el fin de potencializar prácticas de autonomía en destrezas de la vida diaria y habilidades de ejecución ocupacional, de acuerdo a sus perfiles ocupacionales e intereses, facilitando oportunidades de participación social y la construcción de su proyecto de vida. El servicio prestado deberá ser de 100 sesiones, incluye el servicio de alimentación (almuerzo). El programa incluye: a) Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. b) Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular c) Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Educación Especial, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. d) Entrenamiento prevocacional y vocacional, según su grado de autonomía Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad, empoderándolos en temas relacionados con el proceso y los objetivos terapéuticos para cada uno de ellos, ajuste y apoyo emocional, pautas de crianza, educación sexual fomento de la independencia y de la autonomía, educación sexual, etc. Se deberá desarrollar un (1) taller de forma trimensual, durante la ejecución del contrato y entregar un acta por cada actividad realizada con sus anexos fotográficos y firmas de asistencia al supervisor del contrato	SI	Ninguna
CONDICIONES ESPECIFICAS		
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa al cual pertenece el usuario y a sus necesidades específicas, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.	SI	Ninguna
2. El Contratista realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración al supervisor del contrato para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.	SI	Ninguna
3. El Contratista prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia	SI	Ninguna

de la RASES No.1, junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario		
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades de cada uno de los usuarios, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento	SI	Ninguna
5. Antes de iniciar el tratamiento, El Contratista deberá comunicar al grupo familiar el Plan individual de tratamiento (PIT) a realizar de acuerdo con el resultado de la valoración inicial, con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada una de las áreas terapéuticas, así como el compromiso de participación activa y permanente para el desarrollo del mismo. Además, cada una de las áreas terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado	SI	Ninguna
6. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos	SI	Ninguna
7. En caso de requerirse ajustes en el programa, se concertará una sesión de estudio del caso con el equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
El Contratista deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicio de salud en el SISAP WEB, la generación de las autorizaciones de servicios debe realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo	SI	Ninguna
8. El Contratista deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias y escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una asistencia efectiva a las mismas. Así mismo, asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitando que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboración y empatía.	SI	Ninguna
9. El Contratista deberá asesorar a las familias y/o cuidador sobre los Procesos de inclusión social del usuario en actividades educativas, sociales y/o laborales acordes a su desempeño e interés, así mismo a contactarse con las entidades competentes dentro del marco de la Ley Estatutaria de Discapacidad	SI	Ninguna
10. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y se anexará en la historia Clínica de cada usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
11. Al finalizar el contrato, El Contratista deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
12. El Contratista permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato	SI	Ninguna
13. El Contratista se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos, sin previo aviso.	SI	Ninguna
14. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.	SI	Ninguna
15. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.	SI	Ninguna

GS-2025-456042-MEBOG

16. El Contratista deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.	SI	Ninguna
17. El Contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.	SI	Ninguna
18. El Contratista deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.	SI	Ninguna
19. El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.	SI	Ninguna
20. El Contratista dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
21. El Contratista informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre o Madre y del usuario que presenta la inasistencia.	SI	Ninguna
22. El Contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	SI	Ninguna
23. RECURSO HUMANO Personal Profesional: El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: ➢ Dos profesionales en Fonoaudiología ➢ Dos profesionales en Fisioterapia ➢ Dos profesionales en Terapia Ocupacional ➢ Dos profesionales en Psicología ➢ Un profesional en Trabajo Social ➢ Dos profesionales en Educación Especial ➢ Un profesional en Nutrición (Asesoría Nutricional) Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel. Todos los profesionales presentados en la oferta deben acreditar experiencia mínima de un (1) año.	SI	Ninguna
24. INSTALACIONES: El Contratista deberá contar con un espacio Mínimo para la prestación del servicio en las siguientes áreas: ➢ Dos (2) Áreas terapéuticas para trabajo grupal, con un máximo de 8 niños por grupo. ➢ Seis (6) consultorios independientes para trabajo individual, uno por cada área terapéutica contemplada en el estudio previo ➢ Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas. ➢ Una (1) Zona de comedor ➢ Un (1) baño para hombres y un (1) baño para mujeres, con adaptaciones cada uno ➢ Las instalaciones de la institución deben contar con una rampa de acceso	SI	Ninguna
25. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.	SI	Ninguna

2019900376

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

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Ninguna

25. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (183) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (00) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

26. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada

presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios y todos los reportes estadísticos mencionados en el presente estudio previo, dentro de los cuarenta y **cinco (45) días** hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

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

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

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

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

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

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

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

Documentos requeridos:

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

- Acreditación de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 114-1 del estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

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

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.

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

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

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

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS

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

CAUSALES DE NO PAGO

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

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

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

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

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

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato
Valor total del contrato	$ 156.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$154.374.529,00	98,96%
Valor total facturado	$145.553.042,00	93,30%
Valor facturado pendiente de pago	$8.821.487,00	5,65%
Valor pagado	$145.553.042,00	93,30%
Valor pendiente de entrega	$ 1.625.471,00	1,04%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
No. 8 del 21/07/2025	$8.821.487,00	Del 01/06/2025 al 30/05/2025	$8.821.487,00	CSD40833 a CSD40864	Pendiente	Pendiente	Pendiente

5. RECOMENDACIONES

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

6. CONCLUSIONES

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

Atentamente,

Firma_____

Subintendente. **LILIANA AGUILAR RENTERIA**
Fonoaudióloga GUPAS UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20258-24
Correo electrónico: Liliana.aguilar4452@correo.policia.gov.co

GS-2025-456042-MEBOG

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 21 de junio 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.	81-7-20258-24
Constancia de recibido No.	08
Contratista:	CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT del contratista:	800037619-0
Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios:	NO APLICA
Valor del contrato:	Valor inicial del contrato: $ 156.000.000,00 Vigencia 2024: $ 36.000.000,00 Vigencia 2024: $ 120.000.000,00 Valor total del contrato. $ 156.000.000,00
Plazo de ejecución:	Del 27-11-2024 al 30-04-2025 Modificación No. 001 hasta 31/05/2025 Modificación No. 002 hasta 10/06/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 49 No 99-10
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente. LILIANA AGUILAR RENTERIA Fonoaudióloga Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/06/2025 al 30/06/2025

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO ENLACE [illegible]
21 JUL 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

2019900376

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

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 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 PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE USUARIOS CON SINDROME DE DOWN	**$8.821.487,00**	**$8.821.487,00**	**$0,00**	

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
CSD40833	02/07/2025	$ 73.389,00	$ 0,00	$ 73.389,00
CSD40834	02/07/2025	$ 228.789,00	$ 0,00	$ 228.789,00
CSD40835	02/07/2025	$ 381.315,00	$ 0,00	$ 381.315,00
CSD40836	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00
CSD40837	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00
CSD40838	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00
CSD40839	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00
CSD40840	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00
CSD40841	03/07/2025	$ 228.789,00	$ 0,00	$ 228.789,00
CSD40842	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00
CSD40843	03/07/2025	$ 228.789,00	$ 0,00	$ 228.789,00
CSD40844	03/07/2025	$ 381.315,00	$ 0,00	$ 381.315,00
CSD40845	03/07/2025	$ 203.368,00	$ 0,00	$ 203.368,00
CSD40846	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00
CSD40847	03/07/2025	$ 228.789,00	$ 0,00	$ 228.789,00
CSD40848	03/07/2025	$ 228.789,00	$ 0,00	$ 228.789,00
CSD40849	03/07/2025	$ 305.052,00	$ 0,00	$ 305.052,00
CSD40850	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00
CSD40851	03/07/2025	$ 228.789,00	$ 0,00	$ 228.789,00
CSD40852	03/07/2025	$ 305.052,00	$ 0,00	$ 305.052,00
CSD40853	03/07/2025	$ 381.315,00	$ 0,00	$ 381.315,00
CSD40854	03/07/2025	$ 152.526,00	$ 0,00	$ 152.526,00

GS-2025-456042-MEBOG

CSD40855	03/07/2025	$ 228.789,00	$ 0,00	$ 228.789,00
CSD40856	03/07/2025	$ 279.631,00	$ 0,00	$ 279.631,00
CSD40857	03/07/2025	$ 641.173,00	$ 0,00	$ 641.173,00
CSD40858	03/07/2025	$ 372.294,00	$ 0,00	$ 372.294,00
CSD40859	03/07/2025	$ 227.513,00	$ 0,00	$ 227.513,00
CSD40860	03/07/2025	$ 661.856,00	$ 0,00	$ 661.856,00
CSD40861	03/07/2025	$ 537.758,00	$ 0,00	$ 537.758,00
CSD40862	03/07/2025	$ 227.513,00	$ 0,00	$ 227.513,00
CSD40863	03/07/2025	$ 165.464,00	$ 0,00	$ 165.464,00
CSD40864	03/07/2025	$ 703.222,00	$ 0,00	$ 703.222,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 8.821.487,00**	**$ 0,00**	**$ 8.821.487,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCION DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. EL SERVICIO FUE PRESTADO DURANTE LOS DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2025. FACTURACIÓN Y SOPORTES SUJETA A VERIFICACIÓN DE AUDITORIA DE CUENTAS. (SOPORTES ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO Y EN CD ADJUNTO)

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

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante el mes de mayo de 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 en medio magnético, Autorización del servicio en original, Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL ye parafiscales, expedida por el revisor fiscal.

Subintendente. **LILIANA AGUILAR RENTERIA**
Fonoaudióloga
Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisora del Contrato N° 81-7-20258-24

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
10 JUL 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

El Revisor Fiscal de la
CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN

C E R T I F I C A:

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

Se expide en Bogotá, D.C., a los treinta días (30) días del mes de junio del año 2025

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

VIGILADO Supersalud

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40833

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SANTIAGO HERNANDEZ RESTREPO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023992162	2 de jul. de 2025 5:40:11 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 71 A SUR N 83 - 20	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209141259	1 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: c161520d4d2bf3fa4e7891f2d524f2105dff7dc587efd9a5e4bb730bb4a234499df3bed09a5f30452cdae620dac2115e

Fecha validación: 2/07/2025 5:40 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-02	**Fecha final:**	2025-07-02
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	3	$24.463	0	$0	$73.389	10055267			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039. 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40834

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1	**Paciente:**	SOFIA ARIZA VILLAMIL	**Fecha y hora de expedición**	2 de jul. de 2025 8:49:37 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011206942		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	1 de ago. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 41 a sur 50 a 17		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**			
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: cdf332736411a65a5e23e388ffa1e11958328ced4c1c4594f33d867e2caa8b420d8eb52d93f8f90ccb2e4d2c14185d40 — **Fecha validación:** 2/07/2025 8:49 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-02	**Fecha final:**	2025-07-02
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	**81-7-20258-24**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	10055282			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40835

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA BEJARANO PIÑEROS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1027300517	2 de jul. de 2025 8:53:46 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 50 No 165-50	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112484209 mama	1 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a79c71085e6916cc0e1b5f221dc64549b0c718c4b1385a4850ae9250fdae49e4da50508792e2a00201dd858f0760a2a4

Fecha validación: 2/07/2025 8:53 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-02	**Fecha final:**	2025-07-02
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	15	$25.421	0	$0	$381.315	10055291			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40836

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JOSEPH SEBASTIAN BELTRAN NIETO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220576	3 de jul. de 2025 10 48 42 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Avenida CARRERA 104 No 71 D - 29	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	6333229	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 4760f1245d3d74b3f526192e66c9b11a9eeb13e1148bb26a14b834889662472ff74b79129653fe0058ec131fa27ddc88

Fecha validación:	3/07/2025 10:48 a. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-02	**Fecha final:**	2025-07-02
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	**81-7-20258-24**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055299			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40837

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANA JOHANA CALDERON PINZON	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011212102	3 de jul. de 2025 11:10:51 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 140 B No 103 f- 45	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103456818 mamá	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: eff2d14ec15718dd1013890c072662c2c6f984b979bc49242e45e053df1ee9eebd931462d32ef670b7cc9e30c2d440a5

Fecha validación: 3/07/2025 11:10 a. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-02	**Fecha final:**	2025-07-02
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055306			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40838

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JULIANA CASTILLO MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1021400951	3 de jul. de 2025 11:19:17 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diag 151 b No 136 a -50 casa 123	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3123797119	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: f79f35856737747ce97f8ce685c449fed175d59243e03968dd0f3a13db6af6f420b09fe3fc30d02f0076945a6e48a847 — **Fecha validación:** 3/07/2025 11:19 a. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-02	**Fecha final:**	2025-07-02
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055313			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40839

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	PABLO ELMER CONTRERAS SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1071549408	3 de jul. de 2025 11:34:17 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	DIAGONAL 15 B 104-45	2 de ago. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103434839 mamá		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 8253d5f033fb76f451c1cb87f436615e84a79bd4fdb41e8b7440d858367467c1686fbf751c576262224f075819e10737 — **Fecha validación:** 3/07/2025 11:34 a. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055316			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40840

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	KIMBERLY DAYANA CORDOBA VERGARA	**Fecha y hora de expedición**	3 de jul. de 2025 11:39:14 a. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1028840870		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	2 de ago. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	**Dirección:**	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213349423 (MAMA)		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 5b917ca78ff9f1ef2479abfccef7888fb5ca29e50d63179bde928873fd7ec21235861642b18e16984030718275 2aaaa0

Fecha validación: 3/07/2025 11:39 a. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-02	**Fecha final:**	2025-07-02
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055320			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40841

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN FORERO PEÑARANDA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011222840	3 de jul. de 2025 11:57:12 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de Identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 95 A # 26 sur - 49 Bloque 4 Apt 101	2 de ago. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	.		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 9df781e6b6b6fbd3026cbd193f9be512522d94af2866c8af9f1a9e584a626263299e85b74cb456dfcf6d6088c0e32cf3

Fecha validación: 3/07/2025 11:57 a. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-02	**Fecha final:**	2025-07-02
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	10055329			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40842

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SAMUEL GOMEZ CAICEDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023386421	3 de jul. de 2025 12:00:51 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 7 A No 3-35 Torre 20 Apt 603 PARQUE CAMPESTRE	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209530603 mamá	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 615c4f041bcc60677af258546850baa6543a14a02fc27bc42bb4dc0b5e70b3c88d68f8121b3aea127f894d9dd3d2896b — **Fecha validación:** 3/07/2025 12:00 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055511			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40843

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL HERNANDEZ ABREO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1025555216	3 de jul. de 2025 12 03 37 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	**Dirección:**	CRA 2 B No 13-140 NORMANDIA DEL PARQUE 1(BARRIO EL HATO)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3012506319 mamá	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: ace4ed56f9db21272c742ef6c3dd2a41904316bc9565e65efe2a0b5e2eba6df14ffef57d3f7009668b61170077891710 **Fecha validación:** 3/07/2025 12 03 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	10055339			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;dnsan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40844

Numeracion autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN LLOREDA SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023166684	3 de jul. de 2025 12:25:12 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 78 No. 41 b-20 Sur Int 3 apto 203	2 de ago. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3218162736 madre		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: b217eef40044c4e93563b39fc0c4f41b8338a615b7819e3a7b8087cb1aea3c39a04d1d986252d054eb46036ce1a1be25

Fecha validación: 3/07/2025 12:26 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	15	$25.421	0	$0	$381.315	10055341			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40845

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MATHIAS MENDEZ GUERRERO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020005650	3 de jul. de 2025 1:10:32 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 18 N. 110 – 61 tore 1 ap 802	2 de ago. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3195804360 mamá		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 3cc3340e34b9e1e26ce43719099255270056606806de5bf57d782f39a01d03828c51a25d10c2e02e4558c86821265aae8e

Fecha validación: 3/07/2025 1:10 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	8	$25.421	0	$0	$203.368	10055350			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039: 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40846

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	GABRIELA YAZMIN MUÑOZ ALEGRIA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140931035	3 de jul. de 2025 1:12:19 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 92 sur No 9-49(El Virrey)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112140917 mamá	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 77c73e8bf7fbd1b2e73f110abca127ca563850ec2e75e57390c004c262ec3a086b7dbdb54d26095c8017b5cc5af40838

Fecha validación: 3/07/2025 1:12 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055355			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40847

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANDRES FELIPE OCAMPO GIRALDO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1032467580	3 de jul. de 2025 1:17:05 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3502767727 mamá	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 6a78f7a4cc8786c1f586a006a414a43acf75addc6edec1ea2af8c90e56b69e9c13630ff9f381723565480800655 0e9f2

Fecha validación: 3/07/2025 1:17 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	10055364			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40848

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	CAROLINA PARRA SALINAS	**Fecha y hora de expedición**	3 de jul. de 2025 1:18:47 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1014979012		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	2 de ago. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diagonal 16b No 106 - 40 int 11 apto 301		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3058339 3054079487 (		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 4318dfe835e2933b73b8e0c62f0dc880177444d59bfa2e0863bcbf797f837b9373ff9bee935e65ae940bc42eacee04ea — **Fecha validación:** 3/07/2025 1:18 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	10055391			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40849

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL JOSUE PRIETO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031825144	3 de jul. de 2025 1:21:56 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 142 c bis No 138 a -59	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213782288 mamá	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 32bff2ce7b2c09f8f356a07a57540a169b5efcabaaadc47e96f4ab8aec429c8c1b4335a4462f7e2eaaddfbce6f7e5966 | **Fecha validación:** 3/07/2025 1:21 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	10055394			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Creer en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40850

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA ALEJANDRA PULIDO AGUILAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011231054	3 de jul. de 2025 1:23:34 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	carrera 68 D # 24 A – 50	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3007864010 mama	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 998510adc4c23fbb5140255227bf46f4271a994af6ff2763d8ef5d178908c71708b146f41ef6919be9e5856165e00dc2	**Fecha validación:**	3/07/2025 1:23 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	**81-7-20258-24**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055404			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40851

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA PAZ QUINTERO PIÑERES	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1089636091	3 de jul. de 2025 1:27:32 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 24 A # 56 - 35 INT 1 APT 101 CONJUNTO PORTAL DEL SALITRE	2 de ago. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3104627452 mamá		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 127524aa052f77c675adb038a4d97374e1c650ba229fe6badf2a5b2a0be62079ed160e77ba9fffaf4d464855c14eca84 — **Fecha validación:** 3/07/2025 1:27 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	10055407			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40852

Numeracion autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SARA SOPHIA RIOS SALAZAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011208849	3 de jul. de 2025 1:29:12 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 9 # 9-80	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8374431	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: c136704e6edbb20fe1419baa04c62b96909b76d7ad73acc6304274ff5d7012de70e7c74b1a80d16c96a81d491b7b76cb

Fecha validación: 3/07/2025 1:29 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	12	$25.421	0	$0	$305.052	10055412			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40853

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	SHARON DANIELA RIVERA RODRIGUEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020000583	3 de jul. de 2025 1:31:17 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 98 A No 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202508599	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: efa3cd023b00efdd2a3a2da641f83ebf2500efa1391952d5d1fb38d661ab81452ee4cefb711ed2c550f754c9689d88d5

Fecha validación:	3/07/2025 1:31 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	**81-7-20258-24**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	15	$25.421	0	$0	$381.315	10055415			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBI CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40854

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 segun resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGEL FELIPE ROMERO LIZARAZO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140930926	3 de jul. de 2025 1 34 25 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 9 NA A # 78 A - 10 SUR	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3132826663 mamá	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: fa463d130cebe51a0e7ad91934ea8fd4a5339a84f890954331e3d69313ddc25a24a8ff6a3b080536793f43c842ab74b1

Fecha validación: 3/07/2025 1:34 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	6	$25.421	0	$0	$152.526	10055417			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40855

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANIEL ALEJANDRO SANCHEZ MARTINEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011254332	3 de jul. de 2025 1:36:56 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 45 N #58 C 11 SUR	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212585325 (Madre)	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: f74952b215d1f1922f027a9cdfeda1a311f60e85a07100704443bddc18b705576917383e5d94e6afce0b08a661b501ac

Fecha validación:	3/07/2025 1:36 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	9	$25.421	0	$0	$228.789	10055421			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40856

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESUS DAVID TABARES PEREZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019154161	3 de jul. de 2025 1 38 37 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 129 N. 105 - 59	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212061379 mamá	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 3c34119dcc13303ee30e930565008979d6b44e3de51bfa165a3a11b114d4b5421acc61fce1a1e6903423d07fd8fb759e

Fecha validación: 3/07/2025 1:38 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	11	$25.421	0	$0	$279.631	10055429			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039, 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UNO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$279.631
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$279.631
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$279.631

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40857

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	DANNY MARCELA BAUTISTA CARDENAS	**Fecha y hora de expedición**	3 de jul. de 2025 2:36:46 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000255672		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania	**Fecha vencimiento**	2 de ago. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 68 A No 73 a-32 BOYACA REAL		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3118481568 (MAMA)		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: f08bb6333f8ca3978663c25d9e2a5b928035af3021e136927f63517fae5c94b91a4ae7353119ebd40065133ed6452cdb

Fecha validación: 3/07/2025 2:36 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepcion
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	31	$20.683	0	$0	$641.173	10055432			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039, 81-7-20258-24;drsan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$641.173
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$641.173
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$641.173

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40858

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MAGDA LORENA BETANCOURT CUCAITA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220634	3 de jul. de 2025 2:39:48 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 24 DNo 11 - 80 sur Apto 304 Bloque 10	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202635	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: e6033d1079f27a4b7661fea05f65a256fdc9d53f5a34181659bca69c112b4e0c03114404ee2574795430e933c6b33781 | **Fecha validación:** 3/07/2025 2:39 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	**81-7-20258-24**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	18	$20.683	0	$0	$372.294	10055435			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

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

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

Crear un una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40859

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA JIMENA CELY PARADA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000161808	3 de jul. de 2025 2:41:23 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CRA 87 No 18-53 torre 3 apt 404	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3204385526 (MAMA) 46	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 72f6f037d6ae1f44a6fe7dbcbe4f7c0740080af4d9745895f287c74f0d5311683b21d1ed3a5f63c9c64b51e4128532d2 — **Fecha validación:** 3/07/2025 2:41 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	11	$20.683	0	$0	$227.513	10055437			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025 #$16-01-02-039; 81-7-20258-24,disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIENTOS TRECE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$227.513
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$227.513
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$227.513

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40860

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOLAS FLOREZ MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031642513	3 de jul. de 2025 2:45:24 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán 1 rincon de suba)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3208727019 (MAMA)	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 8c28deaf8394a98b5507b4c4712a1d37dfb00c01e623274a25e47da5d5432e7d293b2694ef2d9f803d500c641938736e

Fecha validación: 3/07/2025 2:45 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	32	$20.683	0	$0	$661.856	10055449			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$661.856
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$661.856
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$661.856

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40861

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	VALENTINA JIMENEZ HERRERA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220679	3 de jul. de 2025 2:48:59 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 65 bis 57-67sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: c8ae510f73feb77fcfebff546f1e9845c3eff0c4366b7cbcd8797e267684acb02b7406a416000ffe899afd9a5181dd33

Fecha validación: 3/07/2025 2:48 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	26	$20.683	0	$0	$537.758	10055453			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$537.758
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$537.758
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$537.758

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40862

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JESSICA LORENA PINZON MENDIVELSO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1019046549	3 de jul. de 2025 2:50:50 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 103 B No 152 C - 64 APT 607 (Tuingia)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4728372	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a41b06d289fc7f0bf4b38dcb2d45691af13117e9325aabc970dba3c11226c7d587d2a4a66ff43956f0a021c3a8b72151

Fecha validación: 3/07/2025 2:50 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	11	$20.683	0	$0	$227.513	10055456			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIENTOS TRECE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$227.513
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$227.513
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$227.513

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40863

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JORDAN MAURICIO SOLIS VARGAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1007372169	3 de jul. de 2025 2:52:32 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 78 f No 56 a - 26 Sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212227794	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a5470f2b76b0f0ff9a16b9e9cca20f0c4cc6327b6bb0dbc609099c15edcc408b192cb61619d98da53c060d2134d319bf

Fecha validación: 3/07/2025 2:52 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	8	$20.683	0	$0	$165.464	10055466			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CIENTO SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$165.464
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$165.464
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$165.464

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2019900376

GS-2025-456042-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40864

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429256 del 22 de mayo de 2025 al 22 de mayo de 2027

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGELICA TORRES RIOS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220505	3 de jul. de 2025 2:54:19 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 67 No 84 - 09	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3124040716 (PAPA) 56	2 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 9e15c73ec1f0cd4a0e496adfdf4e2c857a59865f470dd711ad072a7cf65ebb9d4b4a7aa5265d99bea651850f835e32c9 — **Fecha validación:** 3/07/2025 2:54 p. m.

Convenio:	81-7-20258-24	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2025-07-03	**Fecha final:**	2025-07-03
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura régimen especial o excepción
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20258-24

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	34	$20.683	0	$0	$703.222	10055490			0.00

OBSERVACIONES

1 AL 10 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS VEINTIDOS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$703.222
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$703.222
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$703.222

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2019900376