GS-2025-541340-MEBOG

No. 1 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2025- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 10 de septiembre de 2025

Señor mayor
EDISSON FERNANDO TERAN PINO
Jefe (E) Regional de Aseguramiento en Salud No. 1
Ciudad

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. 81-7-20159-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**11/06/2025**	**Hasta**	**10/07/2025**

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: 0**

2116643346

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

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20159-25
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	DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Plazo de ejecución inicial	Hasta el 30 de diciembre de 2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	11-06-2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31-12-2025
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
Modificatorios	N/A
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 21/07/2025, así como a las novedades e inasistencias reportadas.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

GS-2025-541340-MEBOG

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) 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
11) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario.		
12) EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad del articulo No 15 de la Ley 1966 del 11 de julio de 2019 "por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones", la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación" y la Resolución No 1557 del 27 de septiembre 2023 "Por la cual se reglamenta el mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud y se dictan otras disposiciones".	SI	Ninguna
13) 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,		
14) 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.		
15) El contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará		

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

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.		
16) 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.		
17) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse	SI	Ninguna
18) 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
19) El contratista se compromete a mantener confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	Ninguna
20) Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.		
21) Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter Técnico:		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El contratista deberá mantener vigente el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato	SI	Ninguna
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,	SI	Ninguna

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

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		
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 de la RASES No.1, junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.	SI	Ninguna
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y la	SI	Ninguna

2116643346

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		
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. 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
16. 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
17. 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
18. El oferente deberá garantizar la realización del reporte de eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, en un tiempo no superior a 48 horas posterior a la ocurrencia del mismo, también tiene el deber de realizar el análisis correspondiente del		

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

caso e implementación de un plan de mejora, el cual debe ser enviado al supervisor del contrato por correo electrónico en un tiempo no superior a las mismas 48 horas.		
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 El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con personal profesional y personal técnico en las áreas objeto del presente estudio, para lo cual deberá diligenciar el Formulario de Idoneidad de todo el Recurso Humano ofrecido. Así mismo, deberá certificado de inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) para las profesiones que aplique. Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel.	SI	Ninguna
24. INSTALACIONES: El Contratista deberá contar con un espacio Mínimo para la prestación del servicio en las siguientes áreas: ➢ Áreas terapéuticas para trabajo grupal, con un máximo de 8 niños por grupo. ➢ Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual. ➢ Zonas verdes, salón o patio para actividades recreativas. ➢ Zonas de comedor. ➢ Baños. ➢ Las instalaciones deben tener buena iluminación y ventilación. ➢ Las instalaciones de la institución deben contar con baños con adaptaciones y rampas de acceso en caso de requerirlas.	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
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 para evaluación psicológica • Una Batería para evaluación de procesos fonológicos. • Una Batería para evaluación del desarrollo motor.	SI	Ninguna

2116643346

• Una Batería 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 kit material de terapia Miofuncional: cuchara, cepillos, sopladores, vasos de escotadura. • Dos bipedestadores. • Un gimnasio: colchonetas, rampa, escalera, plano inclinado, cilindro, tabla de equilibrio, rampa rodante, espejo de pared y balones terapéuticos. • Ayudas Audiovisuales uno de cada uno (Grabadora, Reproductor de CD, Televisor, VHS o DVD u otro). • Dos Computadores • Dos espejos de pared de cuerpo completo. • Materiales para el desarrollo de los entrenamiento prevocacional y vocacional		
27. El Oferente deberá cumplir con las normas universales de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia	SI	Ninguna
28. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN 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 Oferente deberá presentar el Certificado vigente emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
30. El oferente se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.		
31. El presente proceso pertenece a la Subred Integral de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1, como parte del manejo de usuarios con discapacidad.		
32. RECURSO HUMANO REQUERIDO: El Talento Humano del oferente deberá reunir los requisitos definidos por el **Decreto 1335 de 1990** del Ministerio de Salud, por el cual se expide parcialmente el Manual General de Funciones y Requisitos del Subsector Oficial del Sector Salud "*Por el cual se expide parcialmente el Manual General de Funciones y Requisitos del Subsector Oficial del Sector Salud*", en cuanto a su idoneidad.		
33. Mantener vigente la póliza de responsabilidad civil médica profesional que ampare los riesgos en el ejercicio de la actividad profesional.		
34. El Contratista se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.		
35. Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, Decreto 780 del 2016, Resolución 1043 del 2006 y demás normas que los modifiquen, complementen o adicionen, dentro del marco del mejoramiento continuo.		
36. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.		
37. El oferente debe anexar con su propuesta, formulario de capacidad administrativa y operacional firmado por el representante legal a partir de su capacidad Instalada para prestar los servicios a contratar.		
38. El oferente debe permitir que se realice Auditoría de Cuentas a los servicios prestados mensualmente, por parte del Auditor Medico de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1.		
39. El oferente se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto		

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados		
40. El oferente se compromete a enviar mensualmente al supervisor del contrato o quien haga sus veces informe de las actividades desarrolladas durante el mes con sus respectivos soportes para realizar el informe de ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados, de igual manera el oferente deberá informar de manera escrita al supervisor del contrato el momento en el cual se tenga ejecutado el 50 y el 70% del recurso asignado al presente contrato. De igual manera, deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un 100% con el fin de evitar la sobre ejecución y evitar incurrir en faltas penales, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado y hará seguimiento a su facturación con el fin de no sobre ejecutar el presente contrato.		
41. Una vez legalizado el contrato, deberá enviar al supervisor en un plazo no mayor a 48 horas, mediante correo electrónico el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos, el cual deberá corresponder a los valores de la oferta económica pactada, es de anotar que deberán relacionar la totalidad de servicios y procedimientos a prestar con el fin de ingresarlos al aplicativo GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (SISAP WEB) de la Policía Nacional y de esta manera generar las autorizaciones de servicios de la red externa, así :		

No.	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	VALOR PACTADO

ACTIVIDADES LÚDICAS, DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y/O CULTURALES, El Contratista deberá realizar una (01) vez al mes durante la ejecución del contrato actividades lúdicas, deportivas, recreativas y/o culturales dirigido a los usuarios que asisten al programa de rehabilitación, garantizando la seguridad de los mismos durante la realización de estas actividades y contando con la autorización previa de los padres o acudientes.		
ACTUALIZACIONES DE LOS PROFESIONALES, El Contratista deberá realizar actualizaciones, cursos, capacitaciones, diplomados o especializaciones relacionados con sus profesionales y con la población objeto del presente proceso de contratación, en instituciones educativas debidamente acreditadas		
CAPACIDAD INSTALADA ADICIONAL, El Contratista deberá mantener habilitada la sede adicional para la prestación del servicio, garantizando la atención en forma oportuna a los usuarios, la cual será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

El oferente radicará facturación de servicios prestados durante el mes de junio de 2025, los primeros cinco (05) días del mes de julio.

25. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (30) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (173) 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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado, según modelo anexo. Se debe anexar copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la resolución 3047 min protección de 2008, Ley 1438 de 2011 y demás normas que las aclaren o modifiquen.

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

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

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

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

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

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

Documentos requeridos:

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

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

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 auditoria 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	$ 200.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	0	0
Valor total facturado	$ 13.778.126,00	6,89%
Valor facturado pendiente de pago	0	0
Valor pagado	$ 13.778.126,00	6,89%
Valor pendiente de entrega	$ 186.221.874,00	93,11%

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

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.1 21/07/2025	$13.778.126,00	Del 01/06/2025 al 30/06/2025	$13.778.126,00	CSD40905 a CSD40934	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. 81-7-20169-25
Correo electrónico: liliana.aguilar4452@correo.policia.gov.co

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 21 de julio 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.	81-7-20159-25
Constancia de recibido No.	01
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: $ 200.000.000,00 Valor total del contrato: $ 200.000.000,00
Plazo de ejecución:	Del 11-06-2025 al 31-12-2025
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: 11/06/2025 al 10/07/2025

DIRECCION DE SANIDAD
PASES 1
GRUPO FINANCIERO
21 JUL 2025
SUJETO A VERIFICACION

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

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	$13.778.126,00	$13.778.126,00	$0,00	

Acta de recepción de bienes: NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
CSD40905	09/07/2025	$ 293.604,00	$ 0,00	$ 293.604,00
CSD40906	09/07/2025	$ 468.673,00	$ 0,00	$ 468.673,00
CSD40907	09/07/2025	$ 172.669,00	$ 0,00	$ 172.669,00
CSD40908	09/07/2025	$ 246.670,00	$ 0,00	$ 246.670,00
CSD40909	09/07/2025	$ 468.673,00	$ 0,00	$ 468.673,00
CSD40910	09/07/2025	$ 320.671,00	$ 0,00	$ 320.671,00
CSD40911	09/07/2025	$ 468.673,00	$ 0,00	$ 468.673,00
CSD40912	09/07/2025	$ 542.674,00	$ 0,00	$ 542.674,00
CSD40913	09/07/2025	$ 74.001,00	$ 0,00	$ 74.001,00
CSD40914	09/07/2025	$ 542.674,00	$ 0,00	$ 542.674,00
CSD40915	09/07/2025	$ 320.671,00	$ 0,00	$ 320.671,00
CSD40916	09/07/2025	$ 320.671,00	$ 0,00	$ 320.671,00
CSD40917	09/07/2025	$ 197.336,00	$ 0,00	$ 197.336,00
CSD40918	09/07/2025	$ 444.006,00	$ 0,00	$ 444.006,00
CSD40919	09/07/2025	$ 222.003,00	$ 0,00	$ 222.003,00
CSD40920	09/07/2025	$ 468.673,00	$ 0,00	$ 468.673,00
CSD40921	09/07/2025	$ 394.672,00	$ 0,00	$ 394.672,00
CSD40922	09/07/2025	$ 394.672,00	$ 0,00	$ 394.672,00
CSD40923	09/07/2025	$ 394.672,00	$ 0,00	$ 394.672,00
CSD40924	09/07/2025	$ 320.671,00	$ 0,00	$ 320.671,00
CSD40925	09/07/2025	$ 296.004,00	$ 0,00	$ 296.004,00
CSD40926	09/07/2025	$ 320.671,00	$ 0,00	$ 320.671,00

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CSD40927	09/07/2025	$ 394.672,00	$ 0,00	$ 394.672,00
CSD40928	09/07/2025	$ 1.137.950,00	$ 0,00	$ 1.137.950,00
CSD40929	09/07/2025	$ 1.282.780,00	$ 0,00	$ 1.282.780,00
CSD40930	09/07/2025	$ 558.630,00	$ 0,00	$ 558.630,00
CSD40931	09/07/2025	$ 372.420,00	$ 0,00	$ 372.420,00
CSD40932	09/07/2025	$ 1.158.640,00	$ 0,00	$ 1.158.640,00
CSD40933	09/07/2025	$ 248.280,00	$ 0,00	$ 248.280,00
CSD40934	09/07/2025	$ 931.050,00	$ 0,00	$ 931.050,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 13.778.126,00**	**$ 0,00**	**$ 13.778.126,00**

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 JUNIO 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 junio 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° 81-7-20159-25

2116643346

GS-2025-541340-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 VERIFICACION
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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40905

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	9 de jul. de 2025 10:18:42 a. 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: e39f675d380ba6e6df09a4bc882f9c0b1884258b641cfc04551d14d1dd05c9050278f983bc19d80f2f317b3a5a2335bd | **Fecha validación:** 9/07/2025 10:18 a. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938660	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA LEVE	12	$24.467	0	$0	$293.604	10210903			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$293.604
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$293.604
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$293.604

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40906

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**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011206942	9 de jul. de 2025 10:31:08 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 41 a sur 50 a 17	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 5887855990616c4f031038b76038c03441bd6ad81323e6c1060125e74ad24d1948ff40df7482198b6477c4ef14c293b9	**Fecha validación:**	9/07/2025 10:31 a. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	19	$24.667	0	$0	$468.673	10211553			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$468.673
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$468.673
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$468.673

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40907

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	9 de jul. de 2025 10:39:53 a. 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 mamá	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 18ab0293d20e2bce2647a913b5500eb4613d57957f9d1893f30fdf0f6725cfc703a6d19347dc4418a6ef3563f9d34d23

Fecha validación:	9/07/2025 10:39 a. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	7	$24.667	0	$0	$172.669	10211573			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CIENTO SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$172.669
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$172.669
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$172.669

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40908

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	9 de jul. de 2025 10:50:48 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a42cae15edffa75979d0691d5f0dadc35752da4e9cc5635a770c257078d9ab9cee11ccb579516c2f427e41930e854faf

Fecha validación: 9/07/2025 10:50 a. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	10	$24.667	0	$0	$246.670	10211731			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$246.670
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$246.670
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$246.670

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40909

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	9 de jul. de 2025 11:11:02 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 140 B No 103 I - 45	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103456818 mama	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 03e0f8d9a3019e34bd945de9aad69c3af31aec7233ab72a63f0637c358793cd370e655949b441f410123977db6ef678f	**Fecha validación:**	9/07/2025 11:11 a. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	19	$24.667	0	$0	$468.673	10211766			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24:disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$468.673
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$468.673
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$468.673

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40910

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	9 de jul. de 2025 11:32:24 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: b99743b698fc39a809306965a1e1fbdd0277c4a96ac88753293b4adb1122f25542f067668b82b627654e6b9222b5b63d

Fecha validación: 9/07/2025 11:32 a. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	13	$24.667	0	$0	$320.671	10211783			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UNO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$320.671
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$320.671
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$320.671

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40911

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	9 de jul. de 2025 11:45:34 a. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	DIAGONAL 15 B 104-45	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103434839 mamá	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 4ef27ce00539a6306e48c19b8c1609d6a4442c30635f196f087f47eba83c5753490d482a2ee343fcca5692cd208f9190 | **Fecha validación:** 9/07/2025 11:45 a. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	19	$24.667	0	$0	$468.673	10211797			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$468.673
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$468.673
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$468.673

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40912

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**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1028840870	9 de jul. de 2025 12:01:08 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur	8 de ago. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213349423 (MAMA)		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 984eb89cd5c6ab423dabb1fb1f68794dabbd19f4e4f5992bfea9dc6266db0cccace1db6538ef92352dae9cbd55a7966a — **Fecha validación:** 9/07/2025 12:01 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	22	$24.667	0	$0	$542.674	10211824			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$542.674
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$542.674
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$542.674

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40913

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**	9 de jul. de 2025 1:17:54 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011222840		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	8 de ago. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 95 A # 26 sur - 49 Bloque 4 Apt 101		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	.		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: fb0afbf3b4a2e1a59d25709ca1e25dd4991ce71d5b722e94c591fa3731c23e28f15b83b29db9a6094170659859447f09

Fecha validación: 9/07/2025 1:17 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	**81-7-20159-25**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	3	$24.667	0	$0	$74.001	10211837			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETENTA Y CUATRO MIL UNO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$74.001
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$74.001
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$74.001

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40914

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	9 de jul. de 2025 1:43:55 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: ce11bcbff671a22a562ce3794076ebed55436ca5bf982f64f13fe7fefbf43e4c3b4320bc8b5b16b2255bd7c70d654591 — **Fecha validación:** 9/07/2025 1:43 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	22	$24.667	0	$0	$542.674	10211871			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24:disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$542.674
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$542.674
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$542.674

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40915

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

				Fecha y hora de expedición
Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL HERNANDEZ ABREO	9 de jul. de 2025 1:49:16 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1025555216	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CRA 2 B No 13-140 NORMANDIA DEL PARQUE 1(BARRIO EL HATO)	8 de ago. de 2025
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3012506319 mamá	
		Tipo Usuario:	NA	

CUFE: 3924e104ed99656b4e6024c453eba70c795c4c7919f9c2feb793e7539fd25fabed053b622467e0ba561228e8dbf70b65 — **Fecha validación:** 9/07/2025 1:49 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	13	$24.667	0	$0	$320.671	10211893			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24 disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UNO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$320.671
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$320.671
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$320.671

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40916

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:**	JUAN SEBASTIAN LLOREDA SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023166684	9 de jul. de 2025 1:56:51 p. m.
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 78 No 41 b-20 Sur Int 3 apto 203	**Fecha vencimiento**
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3218162736 madre	8 de ago. de 2025
		Tipo Usuario:	NA	

CUFE: 5481612265b12c2bc21bdd78844bdf67cb49b8d55b4b40c58c02bd521b493f3b59adf26ed438746d98bbf5a3a43aa5bf

Fecha validación: 9/07/2025 1:56 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	13	$24.667	0	$0	$320.671	10211902			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UNO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$320.671
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$320.671
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$320.671

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40917

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

				Fecha y hora de expedición
Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MATHIAS MENDEZ GUERRERO	9 de jul. de 2025 2:02:55 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020005650	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 18 N. 110 – 61 torre 1 ap 802	8 de ago. de 2025
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3195804360 mamá	
		Tipo Usuario:	**NA**	

CUFE: 24a6e20bd500c31392c98901f97b04516b20d3b2c38612776f284f119de70a4ef9f20af4e975f7dae8be51b3b71ba388 | **Fecha validación:** 9/07/2025 2:02 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	**81-7-20159-25**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	8	$24.667	0	$0	$197.336	10211908			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$197.336
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$197.336
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$197.336

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40918

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	9 de jul. de 2025 2:29:22 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 834b1a54cfc3683e65c7b9b97ab849d8258ff4709663ff5117ae3eb2d79d268584e4a61963e59ed344dcf7a75f465356 — **Fecha validación:** 9/07/2025 2:29 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	18	$24.667	0	$0	$444.006	10211919			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$444.006
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$444.006
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$444.006

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40919

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	9 de jul. de 2025 2:30:46 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 7f8d4895288ca34f7357cf0c10695b303c14b2759b5eb290eea75eb2e25bc485d172b53dcc845d1da174f3fef15f7945 — **Fecha validación:** 9/07/2025 2:30 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	9	$24.667	0	$0	$222.003	10211929			0.00

OBSERVACIONES

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$222.003
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$222.003
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$222.003

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40920

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**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1014979012	9 de jul. de 2025 2:32:38 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Diagonal 16b No 106 - 40 int 11 apto 301	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3058339 3054079487 (	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 25c68b4d745cdb9825def8ea3aae3e1f7b8f2fd0ba77fe17e4df50423e68c91eb4b5b8e81767d3a9d7d8b78a9f2523ac

Fecha validación: 9/07/2025 2:32 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	19	$24.667	0	$0	$468.673	10211943			0.00

OBSERVACIONES

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$468.673
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$468.673
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$468.673

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40921

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429266 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	9 de jul. de 2025 2:33:47 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	carrera 68 D # 24 A – 50	8 de ago. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3007864010 mama		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 052385348ea9b7c58bfda5ed737dbc22163259e5e7f888c47afdc6edb40a5afb7ecbb75e9b76e64dbef47dc6373b9c72

Fecha validación: 9/07/2025 2:33 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	16	$24.667	0	$0	$394.672	10211972			0.00

OBSERVACIONES

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

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$394.672
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$394.672
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$394.672

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40922

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	9 de jul. de 2025 2:35:28 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 24 A # 56 - 35 INT 1 APT 101 CONJUNTO PORTAL DEL SALITRE	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3104627452 mamá	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 40cbcd8efbd28d4888eb880890ef84a28c7af82cff26a7f9173af9fb2a2da294145af484c3633461983887ec907c156f — **Fecha validación:** 9/07/2025 2:35 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	16	$24.667	0	$0	$394.672	10211993			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24 disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$394.672
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$394.672
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$394.672

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40923

Numeración autorizada por la DIAN, prefijo CSD del 40001 hasta 45000 según resolución 18764093429266 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	9 de jul. de 2025 2:37:46 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: cd052f063dcb0178cc81144a814a9c354db3edecf1f3b0cf6bcc35e06201e7bea35162bc0dba02be8a064748aa95dfff

Fecha validación: 9/07/2025 2:37 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	16	$24.667	0	$0	$394.672	10212003			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$394.672
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$394.672
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$394.672

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40924

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	9 de jul. de 2025 2:39:37 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 98 A No 15 a - 80 apto 302 bloque 10 (abuelita) barrio zona franca	8 de ago. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202508599		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 60c54c3626fd321a94c9f1b4fc52925f15e140b52c5ac0a7c195d1298f1183e36cd039b2fbcf787640639658b4ae61c3 — **Fecha validación:** 9/07/2025 2:39 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	13	$24.667	0	$0	$320.671	10212018			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UNO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$320.671
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$320.671
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$320.671

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40925

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:**	ANGEL FELIPE ROMERO LIZARAZO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1140930926	9 de jul. de 2025 2:41:56 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 37f81347f24ad33c768a8535b7292be5166b7e77af25cdbf2a47ebd2e78cddec7c8b7f9ebd1f895f3356e665ed82c49e

Fecha validación: 9/07/2025 2:41 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
Cajero:	BREYDIT JULIETH ORTIZ RINCON		
Modalidad contratación y pago:	Pago por evento	**Cobertura o plan beneficios:**	Cobertura regimen especial o excepcion
Número póliza:	NA	**Número contrato:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	12	$24.667	0	$0	$296.004	10212029			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24.disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CUATRO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$296.004
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$296.004
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$296.004

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40926

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**	9 de jul. de 2025 2:44:35 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011254332		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	8 de ago. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 45 N #58 C 11 SUR		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212585325 (Madre)		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: af1df42b4498840073fc8b801d98c99c84d57192966e8e51486545634e103d69c2cb7593749e1176af31836210027de4

Fecha validación:	9/07/2025 2:44 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	**81-7-20159-25**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	13	$24.667	0	$0	$320.671	10212038			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#S16-01-02-039; 81-7-20258-24 disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UNO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$320.671
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$320.671
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$320.671

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40927

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	9 de jul. de 2025 2:46:14 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BtS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 129 N. 105 - 59	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212061379 mamá	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 345873d8caef0b9f076ba5c1d60d0c46c96335bcf48f072daa817b7a8baf20cd1494f6da07603bc81304b9474268bf5b

Fecha validación:	9/07/2025 2:46 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938661	/	REHABILITACION DE LA DISCAPACIDAD DEFICIENCIA COGNITIVA MODERADA	16	$24.667	0	$0	$394.672	10212053			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$394.672
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$394.672
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$394.672

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40928

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**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000255672	9 de jul. de 2025 3:09:32 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 68 A No 73 a-32 BOYACA REAL	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3118481568 (MAMA)	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 292357beb86de07a9f60e4fe53fb4d59e2df01da729e65579704f942f0c61f360347fe25f1007700fb6b6ab164a67903

Fecha validación: 9/07/2025 3:09 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	55	$20.690	0	$0	$1.137.950	10212066			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON CIENTO TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$1.137.950
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.137.950
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.137.950

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40929

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	9 de jul. de 2025 3:11:18 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 24 DNo 11 - 80 sur Apto 304 Bloque 10	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202635	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: **cae15a92f4c3696a6b25282aa70b7d8f594cdb2380bbadf4fe086df6e78b46fdf6dea16d26dd369ec531ff1922d11aec** | **Fecha validación:** 9/07/2025 3:11 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	**81-7-20159-25**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	62	$20.690	0	$0	$1.282.780	10212074			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24,disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$1.282.780
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.282.780
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.282.780

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40930

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	9 de jul. de 2025 3:13:24 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	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 0ea772e0224a9403908ef1f5f2954505a780c9755ef92babbe48b4b4f3f79dedffd792e7318917bff7baaa0b2799980d	**Fecha validación:**	9/07/2025 3:13 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	27	$20.690	0	$0	$558.630	10212088			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

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

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$558.630
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$558.630
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$558.630

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40931

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**	9 de jul. de 2025 3:17:29 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031642513		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania	**Fecha vencimiento**	8 de ago. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán 1 rincon de suba)		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3208727019 (MAMA)		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 28dae0d88d9fc7301470d0ecd612227f84095a6e647f43f09006fb07ece1f3df28fe69987ca1590db863d5b91fc45c52

Fecha validación: 9/07/2025 3:17 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	**81-7-20159-25**

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MIPRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	18	$20.690	0	$0	$372.420	10212101			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 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 CUATROCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$372.420
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$372.420
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$372.420

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643346

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40932

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	9 de jul. de 2025 3:18:47 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 65 bis 57-67sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**		8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 60aa85bcedee3704f2041e33d9b32702817cec1f99dd11e0aeaac3f11884ad296f7da5a51b94d2c764d26f61384f9ae8

Fecha validación: 9/07/2025 3:18 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	56	$20.690	0	$0	$1.158.640	10212110			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$1.158.640
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.158.640
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.158.640

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40933

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	9 de jul. de 2025 3:20:02 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	**Dirección:**	CARRERA 103 B No. 152 C - 64 APT 607 (Turingia)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4728372	8 de ago. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 1eac42fe851d3c5e10c7319a96ab182545fca3574d64761e066fb3b2a5491d501845e29c7f3887185c70ecd1c41d22c4 — **Fecha validación:** 9/07/2025 3:20 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	12	$20.690	0	$0	$248.280	10212121			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24:disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$248.280
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$248.280
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$248.280

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643348

GS-2025-541340-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-40934

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**	9 de jul. de 2025 3:21:19 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220505		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania	**Fecha vencimiento**	8 de ago. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 67 No 84 - 09		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3124040716 (PAPA) 56		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: cdaea19a756d753a50acfcf68f9cb0214f2cd68d66200a57f6c0948bf6341073d0fc51323b78ed0639b043689b8cdacc | **Fecha validación:** 9/07/2025 3:21 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-07-09	**Fecha final:**	2025-07-09
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:**	81-7-20159-25

CÓDIGO	CÓDIGO ATC/CUM	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL	AUTORIZACIÓN	MI PRESS	ENTREGA MIPRES	RECAUDO
938662	/	REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	45	$20.690	0	$0	$931.050	10212313			0.00

OBSERVACIONES

11 AL 30 DE JUNIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL CINCUENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$931.050
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$931.050
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$931.050

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

2116643348