Página 1 de 12	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021 2122469101	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

No. 2 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2025- -MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 11 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	**11/07/2025**	**Hasta**	**10/08/2025**

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: 1**

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/06/2025 y el 10/07/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-541340-MEBOG-29.25 del 10/09/2025.

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 mes julio, así como a las novedades e inasistencias reportadas.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

GS-2025-546665-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		

2122469101

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

GS-2025-546665-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 asesoria 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

2122469101

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		

GS-2025-546665-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 comisarias 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

2122469101

• 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		

2122469101

GS-2025-546665-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 julio de 2025, los primeros cinco (05) días del mes de agosto.

25. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (143) 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

2122469101

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

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

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

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

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

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

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

Documentos requeridos:

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

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

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.

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

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

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

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS

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

CAUSALES DE NO PAGO

La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelada por el SSPN. En cuanto a las actividades de 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	$ 13.778.126,00	6,89%
Valor total facturado	$25.253.490,00	12,63%
Valor facturado pendiente de pago	$25.253.490,00	12,63%
Valor pagado	$ 13.778.126,00	6,89%
Valor pendiente de entrega	$160.968.384,00	80,48%

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.2 20/08/2025	$25.253.490,00	Del 01/07/2025 al 30/07/2025	$25.253.490,00	CSD41339 a CSD41380	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. 81-7-20159-25
Correo electrónico: liliana.aguilar4452@correo.policia.gov.co

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 20 de agosto 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.	02
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: 11/07/2025 al 10/08/2025

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
20 AGO 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
RASES 1	16	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE USUARIOS CON SINDROME DE DOWN	$ 26.263.490,00	$ 26.263.490,00	$195.736,00	$26.067.754,00

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
CSD41339	04/08/2025	$ 195.736,00	$ 195.736,00	$ 0,00
CSD41350	04/08/2025	$ 444.006,00	$ 0,00	$ 444.006,00
CSD41351	04/08/2025	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD41352	04/08/2025	$ 666.009,00	$ 0,00	$ 666.009,00
CSD41353	04/08/2025	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD41354	04/08/2025	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD41355	04/08/2025	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD41356	04/08/2025	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD41357	04/08/2025	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD41358	04/08/2025	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD41359	04/08/2025	$ 444.006,00	$ 0,00	$ 444.006,00
CSD41360	04/08/2025	$ 444.006,00	$ 0,00	$ 444.006,00
CSD41361	04/08/2025	$ 444.006,00	$ 0,00	$ 444.006,00
CSD41362	04/08/2025	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD41363	04/08/2025	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD41364	04/08/2025	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD41365	04/08/2025	$ 444.006,00	$ 0,00	$ 444.006,00
CSD41366	04/08/2025	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD41367	04/08/2025	$ 444.006,00	$ 0,00	$ 444.006,00
CSD41368	04/08/2025	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD41369	04/08/2025	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD41370	04/08/2025	$ 370.005,00	$ 0,00	$ 370.005,00
CSD41371	04/08/2025	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00

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

CSD41372	04/08/2025	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD41373	04/08/2025	$ 2.069.000,00	$ 0,00	$ 2.069.000,00
CSD41374	04/08/2025	$ 1.903.480,00	$ 0,00	$ 1.903.480,00
CSD41375	04/08/2025	$ 993.120,00	$ 0,00	$ 993.120,00
CSD41376	04/08/2025	$ 1.572.440,00	$ 0,00	$ 1.572.440,00
CSD41377	04/08/2025	$ 2.027.620,00	$ 0,00	$ 2.027.620,00
CSD41378	04/08/2025	$ 393.110,00	$ 0,00	$ 393.110,00
CSD41379	04/08/2025	$ 496.560,00	$ 0,00	$ 496.560,00
CSD41380	04/08/2025	$ 1.986.240,00	$ 0,00	$ 1.986.240,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 25.253.490,00**	**$ 0,00**	**$ 25.057.754,00**

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

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

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 20 de agosto 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.	03
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: 11/07/2025 al 10/08/2025

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
22 AGO 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	
Acta de recepción de bienes	NO APLICA

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	$ 196.736,00	$ 196.736,00	$ 0,00	$196.736,00

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
CSD41339	04/08/2025	$ 195.736,00	$ 195.736,00	$ 0,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		**$ 195.736,00**	**$ 195.736,00**	**$ 0,00**

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.

NOTA: conciliación de glosas acta N° 1931 el 15/08/2025.

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

Outlook

RV: CUADRO RADICADOR Y RIPS JSON 1 AL 31 DE JULIO 2025

Desde LILIANA AGUILAR RENTERIA <liliana.aguilar4452@correo.policia.gov.co>
Fecha Mar 5/08/2025 2:59 PM
Para ADONIAS DE JESUS GOMEZ PEÑA <adonias.gomez@correo.policia.gov.co>; JOSE ALEXANDER FUQUEN PRECIADO <alexander.fuquen@correo.policia.gov.co>; erika.bautistad@correo.policia.gov.co <erika.bautistad@correo.policia.gov.co>; HARLEY GIOVANNI FONSECA FONSECA <harley.fonseca3810@correo.policia.gov.co>

3 archivos adjuntos (842 KB)
RIPS JSON.zip; CUADRO CENTRAL DE CUENTAS POR IPS 1-31 JULIO 2025..xlsx; CERTIFICADO PARAFISCALES_1.pdf;

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
POLICIA METROPOLITANA DE BOGOTA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
BASES 1
GRUPO FINANCIERO
05 AGO 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Bogotá, D.C - 05 de julio de 2025

DIOS Y PATRIA

BUENOS DIAS

De manera atenta y respetuosa me dirijo a mi intendente jefe, con el fin de remitir a la oficina de financiera, cuadro radicador del mes de JULIO 2025 de la Entidad SONDROME DOWN número de contrato N° 81-7-20159-25. Se revisaron 32 facturas con su respectiva copia, se revisa información física, lo cual se encuentra acorde con la información digital.

NOTA: La suscrita recibió el proceso de supervisión de contratos de los institutos que tenía a cargo la funcionaria no uniformada SM-14 CLAUDIA ROLON.

CONTACTO: 3107581876 Para cualquier solicitud al respecto.

Lo anterior para conocimiento y trámites que estime pertinentes.

Gracias.

Subintendente.
LILIANA AGUILAR RENTERÍA
Fonoaudióloga – Líder Rehabilitación GUPAS
Contacto: 5804400 ext. 1707

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Unidad Prestadora de Salud Bogotá

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

De: Breydit Ortiz <administracion@corporacionsindromededown.org>
Enviado: martes, 5 de agosto de 2025 8:36 a. m.
Para: LILIANA AGUILAR RENTERIA <liliana.aguilar4452@correo.policia.gov.co>; disan.rases1-er@policia.gov.co <disan.rases1-er@policia.gov.co>; disan.upb-dvr@policia.gov.co <disan.upb-dvr@policia.gov.co>
Cc: JESSICA TATIANA CONTRERAS VANEGAS <jessica.contrerasv@correo.policia.gov.co>; ELSA HERMINIA BELTRAN HERNANDEZ <elsa.beltran@correo.policia.gov.co>; JHANNES ZADAY ARIAS RUIZ <jhannes.ariasr@correo.policia.gov.co>; adodea@hotmail.com <adodea@hotmail.com>
Asunto: CUADRO RADICADOR Y RIPS JSON 1 AL 31 DE JULIO 2025

Buen día

Cordial saludo.

Adjunto soportes de RIPS JSON junto con el CUV, cuadro radiador y parafiscales de los servicios de Julio 2025.

Muchas gracias

Feliz día

Breydit Ortiz
Facturación y recaudo
CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN / *Administración*
***Cel* 3152593101**
Correo:* *administracion@corporacionsindromededown.org
Dirección: Carrera 57C N° 128-03 Villas-Bogotá D.C.
www.corporacionsindromededown.org

GS-2025-546665-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 57 N. 128 – 03 Tel 6241873
direccion@corporacionsindromededown.org
www.corporacionsindromededown.org
Bogotá, D.C

La Revisora 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., el día cuatro (4) de agosto de 2025

DORLY MUÑOZ MOSQUERA
Revisora Fiscal
Matrícula 72059-T
C.C. 39653935

VIGILADO Supersalud

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG



AREA DE SANIDAD

PLANILLA CONSOLIDADO DE 01 AL 31 DE JULIO 2025

AREA DE SANIDAD	IPS	NIT	FECHA DE RADICACION DE LA FACTURA	Nº. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	FECHA DE AUTORIZACIÓN	NOMBRE DEL USUARIO	GENERO	DOCUMENTO DE IDENTIFICCION DEL USUARIO	CODIGO CUPS	CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL	DX CIE 10 EN TEXTO	VALOR DE LA FACTURA	EDAD PACIENTE
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41339	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311310	18/07/2025	Hernandez Restrepo Santiago	M	1.023.992.162	938660	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 195.736	2 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41350	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311321	18/07/2025	Ariza Villami Sofia	F	1.011.206.942	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 444.006	13 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41351	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311325	18/07/2025	Bejarano Piñeros Gabriela	F	1.027.300.517	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	6 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41352	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311260	18/07/2025	Beltran Nieto Joseph	M	1.029.110.576	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 666.009	18 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41353	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311317	18/07/2025	Calderon Pinzon Dana Johana	F	1.011.212.102	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	12 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41354	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311337	18/07/2025	Castillo Medina Juliana	F	1.021.400.951	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	9 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41355	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311264	18/07/2025	Contreras Sanchez Pablo Elmer	M	1.071.549.408	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	15 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41356	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311345	18/07/2025	Cordoba Vergara Kimberly Dayana	F	1.028.840.870	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	16 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41357	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311348	18/07/2025	Forero Peñaranda Juan Sebastian	M	1.011.222.840	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	11 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41358	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311352	18/07/2025	Gomez Caicedo Samuel	M	1.023.386.421	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	14 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41359	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311355	18/07/2025	Hernandez Abreo Amanuel	M	1.025.555.216	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 444.006	9 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41360	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311376	18/07/2025	Lloreda Sanchez Juan Sebastian	M	1.023.166.684	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 444.006	14 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41361	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311327	18/07/2025	Mendez Guerrero Mathias	M	1.020.005.650	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 444.006	6 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41362	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311355	18/07/2025	Muñoz Alegria Gabriela Yazmin	F	1.140.931.035	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	9 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41363	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311333	18/07/2025	Ocampo Giraldo Andres Felipe	M	1.032.467.580	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	11 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41364	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311368	18/07/2025	Parra Salinas Carolina	F	1.014.979.012	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	18 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41365	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311392	18/07/2025	Prieto Rojas Emanuel Josue	M	1.031.825.144	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 444.006	13 AÑOS

GS-2025-546665-MEBOG

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41366	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311410	18/07/2025	Pulido Aguilar Maria Alejandra	F	1.011.231.054	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	740.010		16 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41367	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311395	18/07/2025	Quintero Pinerez Maria Paz	M	1.089.636.091	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	444.006		5 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41368	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311398	18/07/2025	Rios Salazar Sara Sofia	M	1.011.208.849	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	592.008		13 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41369	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311400	18/07/2025	Rivera Rodriguez Sharon	M	1.020.000.583	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	592.008		13 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41370	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311403	18/07/2025	Romero Lizarazo Angel Felipe	F	1.140.930.926	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	370.005		9 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41371	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311425	18/07/2025	Sanchez Martinez Daniel Alejandro	M	1.011.254.332	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	740.010		6 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41372	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311429	18/07/2025	Tabares Perez Jesus David	M	1.019.154.161	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	740.010		6 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41373	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311435	18/07/2025	Bautista Cardenas Danny Marcela	F	1.000.255.672	938662	FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD	Q909 SINDROME DE DOWN	$	2.069.900		21 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41374	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311409	18/07/2025	Betancurt Cucaita Magda Lorena	F	1.029.220.634	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	1.903.480		15 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41375	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311502	18/07/2025	Cely Parada Maria Jimena	F	1.000.161.808	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	993.120		22 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41376	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311504	18/07/2025	Florez Medina Nicolas	M	1.031.642.513	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	1.572.440		19 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41377	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311508	18/07/2025	Jimenez Herrera Valentina	M	1.029.220.679	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	2.027.620		18 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41378	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311519	18/07/2025	Pinzon Mendivelso Jessica Lorena	M	1.019.046.549	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	393.110		33 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41379	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311563	18/07/2025	Solis VArgas Jordan MAuricio	M	1.007.377.169	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	496.560		25 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	05/08/2025	CSD41380	04/08/2025	1/07/2025-31/07/2025	10311564	18/07/2025	Torres Rios Angelica	M	1.029.220.505	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$	1.986.240		19 AÑOS
													TOTAL FACTURA		$	25.253.490		

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41339

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:**	SANTIAGO HERNANDEZ RESTREPO	4 de ago. de 2025 4:52:33 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023992162	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 71 A SUR N 83 - 20	3 de sept. de 2025
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3209141259	
		Tipo Usuario:	NA	

CUFE: fb273e0f642e7c4373d799ab7d1346ef893ac43b8173b9f895d36ebcc06cc1a45e88bd4c507f40fe0e19a50ae0c018ae

Fecha validación: 4/08/2025 4:52 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	8	$24.467	0	$0	$195.736	10311310			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$195.736
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$195.736
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$195.736

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41350

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	4 de ago. de 2025 7:47:26 p. 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:**		3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 31379960541670c59bbc053987badac4d26f81aa3fd86bf1b5500aa849b6a68dbd6078b679b374459934b2dd8fb7a2ff | **Fecha validación:** 4/08/2025 7:47 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha Inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	10311321			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 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

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41351

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	4 de ago. de 2025 7:49:57 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 50 No 165-50	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112484209 mamá	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: b6a93578272f26d30e533b37da65fc226301b7b89ac8f42ae99d36084b01bd54460202ea2e0c61b661dab48d8a7c97ed

Fecha validación: 4/08/2025 7:49 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$24.667	0	$0	$592.008	10311325			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$592.008
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.008
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.008

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41352

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	4 de ago. de 2025 7:52:12 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	**Dirección:**	Avenida CARRERA 104 No 71 D - 29	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	6333229		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 68d02c20a14a8aeaca6247ec2d9768881f0a2d26795ed4d61f2f62f64413ad4262982796c5261c6cda65818c094819fa | **Fecha validación:** 4/08/2025 7:52 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	27	$24.667	0	$0	$666.009	10311260			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#S16-01-02-039; 81-7-20258-24.disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NUEVE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$666.009
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$666.009
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$666.009

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41353

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	4 de ago. de 2025 7:55:21 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 140 B No 103 f - 45	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3103456818 mama	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a18c32a354b3d6d5c8af59fa929e4f0bf750745850182b3e77e21cf119d5e393ddf596a30170d138680ab3c366c0e18b	**Fecha validación:**	4/08/2025 7:55 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$24.667	0	$0	$592.008	10311331			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$592.008
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.008
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.008

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41354

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	4 de ago. de 2025 7:57:18 p. 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	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a114a879685ebafe2447f01b5f95ba2b67b98dbd50619e40e59cbd13395f8c706acfba7f3933c09d3abb17ee3ec3209c

Fecha validación: 4/08/2025 7:57 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	30	$24.667	0	$0	$740.010	10311337			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24.disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CUARENTA MIL DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$740.010
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$740.010
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$740.010

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41355

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	4 de ago. de 2025 7:59:25 p. 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	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: fd140f8a15a7ff0201a76cd11ec3ff667338af4aabd42684b147623c18d7ecd384cba8511e836ea647e79d741e43cb90

Fecha validación:	4/08/2025 7:59 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$24.667	0	$0	$592.008	10311264			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$592.008
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.008
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.008

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41356

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	4 de ago. de 2025 8:01:59 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 91 B No 50 A - 45 Sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213349423 (MAMA)	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 868815fe4b8e6ea712d5a7cd21abd736a2646d269f55a8dfea85ceed683c54eb415e48fa3cdcf799221a2469c23fa46b

Fecha validación: 4/08/2025 8:01 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$24.667	0	$0	$592.008	10311345			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$592.008
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.008
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.008

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41357

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JUAN SEBASTIAN FORERO PEÑARANDA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011222840	4 de ago. de 2025 8:08:40 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 95 A # 26 sur - 49 Bloque 4 Apt 101	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	.	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 6ad1e2c7637c25cca9283ab9bfaae5ef402cd729675a88d25bcb02248a323e9770f364376bf09378220d31be84de327e

Fecha validación: 4/08/2025 8:08 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$24.667	0	$0	$592.008	10311348			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24:disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$592.008
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.008
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.008

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41358

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	4 de ago. de 2025 8:11:45 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	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 9d30361b7ae1e192bb08d88faebfd1a7b0b55758f597636691b638372cd28ee5291cce5a17df4471336556c939910828 — **Fecha validación:** 4/08/2025 8:11 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$24.667	0	$0	$592.008	10311352			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$592.008
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.008
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.008

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41359

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	EMANUEL HERNANDEZ ABREO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1025555216	4 de ago. de 2025 8:13:55 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CRA 2 B No 13-140 NORMANDIA DEL PARQUE 1(BARRIO EL HATO)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3012506319 mamá	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 8254f115a0578ec1fe7003e4c40f01f959a8c8bfa660d9dfbbaf81b80d38a2fa7d30da5438cc86a279da0c6eb3e096b4

Fecha validación: 4/08/2025 8:13 p. m

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	18	$24.667	0	$0	$444.006	10311355			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 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

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

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41360

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 LLOREDA SANCHEZ	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1023166684	4 de ago. de 2025 8:15:28 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 78 No 41 b-20 Sur Int 3 apto 203	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3218162736 madre		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 925bba2d377d2e6ec3cea52605a71972b5f93d37ceee8c336ff80c6e10067f7bafcd0dc4eafd2c586aa65d6adfbe2199 — **Fecha validación:** 4/08/2025 8:15 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	10311376			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 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 (Dias)	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

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41361

Numeracion 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:**	MATHIAS MENDEZ GUERRERO	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1020005650	4 de ago. de 2025 8:19:11 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 18 N. 110 – 61 tore 1 ap 802	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3195804360 mama		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 0220a555ddd694591c129c9f5aadb65c4f0494f61849ef932429cff93c373869630d3bcc62892994d6ae6234aaa1bce4

Fecha validación: 4/08/2025 8:19 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	10311377			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 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 (Dias)	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

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

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41362

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	4 de ago. de 2025 8:21:07 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogota-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 92 sur No 9-49(El Virrey)	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3112140917 mamá	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: a11e50d4baa92cd2c3561fca24ad7ca2e1540455db850923748b9b8470a5f68fb7c6796485ae04effca5214a889da09c

Fecha validación: 4/08/2025 8:21 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	30	$24.667	0	$0	$740.010	10311359			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CUARENTA MIL DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$740.010
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$740.010
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$740.010

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41363

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	4 de ago. de 2025 8:22:57 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Trav 6b bis No 48k-65 sur apt 903 torre 1	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3502767727 mama		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 29753998bbf9b208145198b939a3fa469d2b62de56c26db1ef7483f68f0b3cb47446b12bdcce609a72c73cebcfb1b804 | **Fecha validación:** 4/08/2025 8:22 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	30	$24.667	0	$0	$740.010	10311383			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CUARENTA MIL DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$740.010
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$740.010
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$740.010

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41364

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	4 de ago. de 2025 8:37:37 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 (	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 76f9ec7c0b18bd6665f1d54bb387e89b914611c7e5836ac18cca88215414827c462265e9ca1b6827e4ea303d79b5e957 — **Fecha validación:** 4/08/2025 8:37 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	30	$24.667	0	$0	$740.010	10311388			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CUARENTA MIL DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$740.010
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$740.010
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$740.010

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41365

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 1	**Paciente:**	EMANUEL JOSUE PRIETO ROJAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031825144	4 de ago. de 2025 8:42:48 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 142 c bis No 136 a -59	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3213782288 mamá	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: 04af47bbd5437bb101c7f811562828cdc549e17a20b389bd20d196ee91bed28762b4d3aa5c49418d52e3c87089d49456

Fecha validación: 4/08/2025 8:42 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	10311392			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 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

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41366

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	MARIA ALEJANDRA PULIDO AGUILAR	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011231054	4 de ago. de 2025 8:46:27 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	carrera 68 D # 24 A – 50	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3007864010 mamá	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: dceeea121de81afe523cb8478b40dfd6c3368bb1f2216623a78502b7c61f1a428ab0d0d9fa98ca75cee711488460defe

Fecha validación: 4/08/2025 8:46 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	30	$24.667	0	$0	$740.010	10311410			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CUARENTA MIL DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$740.010
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$740.010
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$740.010

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41367

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	4 de ago. de 2025 8:48:54 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	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 3dc7bb218f099c3777cdb93544c9831f991ec5365a99369f00a4c4d54e3fd66ecf60e9e7c605217802506db78dc3820a

Fecha validación: 4/08/2025 8:48 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	10311395			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 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

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41368

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:**	SARA SOPHIA RIOS SALAZAR	**Fecha y hora de expedición**	4 de ago. de 2025 8:51:27 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011208849		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	3 de sept. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 9 # 9-80		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	8374431		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: adc1413729ba20417e4ccb862e44e7451abf7db199f209d9c7cb49f809207c903447dee0c60dd8a5e2268305755b8987 **Fecha validación:** 4/08/2025 8:51 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$24.667	0	$0	$592.008	10311398			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$592.008
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.008
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.008

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41369

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	4 de ago. de 2025 8:53:26 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	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202508599		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 891996808ee2b194111f04399cc54f836fa8fdccd38cb8d5729386082aa2835d2db9fc14ea5f3c2b2d941334a52f0c98

Fecha validación: 4/08/2025 8:53 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$24.667	0	$0	$592.008	10311400			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$592.008
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$592.008
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$592.008

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

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

2122469101

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41370

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	4 de ago. de 2025 8:55:53 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 9 NA A # 78 A - 10 SUR	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3132826663 mama		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 97f53ebd0a38f30c6cf4b6481edad190d20e9aff3dd3e17b8cbe3f1f38a6407f55895268efe8c05cec4889e88014e36a — **Fecha validación:** 4/08/2025 8:55 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	15	$24.667	0	$0	$370.005	10311403			0.00

OBSERVACIONES

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS SETENTA MIL CINCO PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$370.005
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$370.005
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$370.005

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41371

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**	4 de ago. de 2025 8:58:50 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1011254332		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Registro civil	**Fecha vencimiento**	3 de sept. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 45 N #58 C 11 SUR		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212585325 (Madre)		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 971a40e9b0e36158c75add4d003239f0fdf467206f096886491ae261484f881430d102790b4166a7caf76a7b4bf99d10

Fecha validación: 4/08/2025 8:58 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	30	$24.667	0	$0	$740.010	10311425			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CUARENTA MIL DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$740.010
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$740.010
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$740.010

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41372

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	4 de ago. de 2025 9:01:46 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Tarjeta de identidad	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CALLE 129 N. 105 - 59	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212061379 mamá		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 12115bb58cf9829ececa40d6c2384f4e4965beb3824ac6fc603d61c0c3e6c27047893c50374115ef07ed52972a0f9ea3 — **Fecha validación:** 4/08/2025 9:01 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	30	$24.667	0	$0	$740.010	10311429			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CUARENTA MIL DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$740.010
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$740.010
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$740.010

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41373

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	4 de ago. de 2025 9:04:21 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 68 A No 73 a-32 BOYACA REAL	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3118481568 (MAMA)		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 2e12e2a3e23725a6512fe2d3bd0bf3c931a32c326b0af51169a3548be22096546dff11d9dfb977ce99494a1441ac5dc1 — **Fecha validación:** 4/08/2025 9:04 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	100	$20.690	0	$0	$2.069.000	10311435			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOS MILLONES SESENTA Y NUEVE MIL PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$2.069.000
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$2.069.000
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$2.069.000

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Crear en una vida plena y feliz

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41374

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	4 de ago. de 2025 9:06:42 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 24 DNo 11 - 80 sur Apto 304 Bloque 10	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3202635		
		Tipo Usuario:	**NA**		

CUFE: c15d7dd70e2f414cdbf096d9de4e11a69c84f7d36cb8ba03637a93ddfc48ee4302e78ed77c13e04255190444ea867095

Fecha validación: 4/08/2025 9:06 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	92	$20.690	0	$0	$1.903.480	10311409			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON NOVECIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$1.903.480
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.903.480
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.903.480

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41375

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**	4 de ago. de 2025 9:09:46 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1000161808		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania	**Fecha vencimiento**	3 de sept. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	**Dirección:**	CRA 87 No 18-53 torre 3 apt 404		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3204385526 (MAMA) 46		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 726c54c4684d05d19c4a7016defcce8d87f2b5cdb7698c7aeeaaa448dc7e14f24936ad5f76a60a075f6c2a3f627ec8f6 | **Fecha validación:** 4/08/2025 9:09 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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
938662	/	REHABILITACION DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA	48	$20.690	0	$0	$993.120	10311502			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	**COP PESO**
SUBTOTAL	$993.120
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$993.120
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$993.120

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41376

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	NICOLAS FLOREZ MEDINA	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1031642513	4 de ago. de 2025 9:12:22 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadanía	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Carrera 87 c No 128 - 62 (Jordán 1 rincon de suba)	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3208727019 (MAMA)		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: c708a4e696183485e3b0e55cffba316d21403afb3fa01daadae873b0663761538658738f7f1479cf56b1a2091a0afd28 | **Fecha validación:** 4/08/2025 9:12 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	76	$20.690	0	$0	$1.572.440	10311504			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039: 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$1.572.440
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.572.440
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.572.440

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41377

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**	4 de ago. de 2025 9:15:36 p. m.
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220679		
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania	**Fecha vencimiento**	3 de sept. de 2025
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Cra 65 bis 57-67sur		
Teléfono	5804400	**Teléfono:**			
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: 03af1a257851967b601f703b1704cb63da447020ca52aeef45ebff2c13ba9eaeac95fd72bee41f7d96028c23772b38df

Fecha validación: 4/08/2025 9:15 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	98	$20.690	0	$0	$2.027.620	10311508			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24;disan.upb-dvr@policia.gov.co#S

VALOR TOTAL EN LETRAS: DOS MILLONES VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$2.027.620
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$2.027.620
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$2.027.620

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41378

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	4 de ago. de 2025 9:17:10 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania	**Fecha vencimiento**	
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	CARRERA 103 B No. 152 C - 64 APT 607 (Turingia)	3 de sept. de 2025	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	4728372		
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: b28d29166eabe492930ea5fd27f5bd4bab8c11cb59d5a61cfc380bcc544c0c12f43e0a3528150643067618ff5065b245

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA	**Fecha validación:**	4/08/2025 9:17 p. m.
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04		
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	19	$20.690	0	$0	$393.110	10311519			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039; 81-7-20258-24,disan.upb-dvr@policia.gov.co#S

VALOR TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO DIEZ PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$393.110
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$393.110
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$393.110

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41379

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	JORDAN MAURICIO SOLIS VARGAS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1007372169	4 de ago. de 2025 9 18 35 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTA	**Dirección:**	Carrera 78 f No 56 a - 26 Sur	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3212227794	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: f8280b9d93b7a4798a02710d0e631a27ecc96381626fee60ee10c8df514afe16c834f025ff64480b135e7f699d54753c

Fecha validación: 4/08/2025 9:18 p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	24	$20.690	0	$0	$496.560	10311553			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039: 81-7-20258-24:disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$496.560
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$496.560
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$496.560

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA

GS-2025-546665-MEBOG

CORPORACION SINDROME DE DOWN

NIT.800037619 - 0

CASTELLANA

K 49 No 99 10 PBX-

Bogotá - Colombia

F1 - FACTURACION ELECTRONICA

No. CSD-41380

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

Cliente:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 1	**Paciente:**	ANGELICA TORRES RIOS	**Fecha y hora de expedición**	
NIT:	900336524-5	**No. Identificación:**	1029220505	4 de ago. de 2025 9:20:46 p. m.	
Dirección:	CARRERA 68B BIS #4458	**Tipo Identificación:**	Cédula ciudadania		
Ciudad / Dpto:	Bogotá-BOGOTÁ	**Dirección:**	Calle 67 No 84 - 09	**Fecha vencimiento**	
Teléfono	5804400	**Teléfono:**	3124040716 (PAPA) 56	3 de sept. de 2025	
		Tipo Usuario:	NA		

CUFE: b4e1f1864d213785ae99b4b28b582434ca55a92d296e43feb97cfae8d9192e1fe4b6db74f2ca3428f9b3d7e4683ec1a0 — **Fecha validación:** 4/08/2025 9:20:p. m.

Convenio:	PN-SECSA BOGOTA 81-7-20159-25	**Estado:**	ACTIVA
Fecha inicial:	2025-08-04	**Fecha final:**	2025-08-04
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	96	$20.690	0	$0	$1.986.240	10311554			0.00

OBSERVACIONES

SERVIOS JULIO 2025#$16-01-02-039: 81-7-20258-24:disan.upb-dvr@policia.gov.co#$

VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

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

MONEDA	COP PESO
SUBTOTAL	$1.986.240
VALOR IVA	$0
RTE. FUENTE	$0
RTE. I.V.A.	$0
RTE. I.C.A.	$0
TOTAL	$1.986.240
ABONOS	$0
DESCUENTOS	$0
TOTAL A PAGAR	$1.986.240

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO / FECHA