| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 9 | 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 2258433844 | | |

**No. 05 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**

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

Bogotá D. C., 03 de noviembre de 2025

Señora teniente coronel
IVONNE JOHANNA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 (E)
Ciudad

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 81-7-20049-25

**TIPO DE INFORME**

**PERIÓDICO__X__ O FINAL _____**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **04/09/2025** | **Hasta** | **03/10/2025** |

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 del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato, 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: 4**

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 04/06/2025 y el 03/07/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-377255-MEBOG-29.25 del 01/07/2025.

2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 04/07/2025 y el 03/08/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-467992-MEBOG -29.25 del 08/08/2025.

3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 04/08/2025 y el 03/09/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-525433-MEBOG-29.25 del 03/09/2025.

4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 04/09/2025 y el 03/10/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-600270-MEBOG -29.25 del 05/09/2025.

**Información del contrato**

| | |
|---|---|
| **Contrato No.** | 81-7-20049-25 |
| **Objeto del Contrato** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON CEGUERA Y/O BAJA VISIÓN – DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1. |
| **Contratista** | CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC |
| **Representante legal** | GLADYS DE LAS MERCEDES LOPERA RESTREPO |
| **Valor inicial del contrato** | TREINTA Y UN MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($31.500.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA |
| **Valor adiciones del contrato** | N/A |
| **Valor total del contrato** | TREINTA Y UN MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($31.500.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA |
| **Plazo de ejecución inicial** | Hasta 31 de diciembre de 2025 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato** | 04-06-2025 |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato** | 31-12-2025 |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)** | N/A |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) modificación (es)** | N/A |
| **Adiciones** | N/A |
| **Modificatorios** | N/A |
| **Prorrogas** | |
| **Otros** | N/A |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

### 1.1 Acciones adelantadas:

✓ Mediante llamadas periódicas durante el mes se ha realizado la verificación del cumplimiento contractual.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 1) Cumplir con el objeto contractual. | SI | Ninguna |
| 2) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. | SI | Ninguna |
| 3) Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule | SI | Ninguna |
| 4) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. | SI | Ninguna |
| 5) Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única. | SI | Ninguna |
| 6) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros | SI | Ninguna |
| 7.No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. | SI | Ninguna |
| 8) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. | SI | Ninguna |
| 9) Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado. | SI | Ninguna |
| 10) CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación. | SI | Ninguna |
| 11) Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del cumplimiento objeto del contrato. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato, incluyendo los impuestos. | | |
| 12) Durante la ejecución del contrato, se podrán incluir productos de apoyo para la movilización personal que no hayan sido incluidos en el contrato, cuando fueren dispositivos formulados por el Comité de especialistas en Rehabilitación y ordenados por fallo de tutela, previa autorización del ordenador del gasto y modificación del contrato. El valor del elemento será establecido previa solicitud de mínimo dos cotizaciones por parte del supervisor del contrato, incluida la cotización del contratista, de las cuales se tomará el valor más favorable para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1. | SI | Ninguna |
| 13) El CONTRATISTA deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo". | SI | Ninguna |
| 14) Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos" y el registro de la factura electrónica de venta. | SI | Ninguna |
| 15) 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 |

2258433844

| | | |
|---|---|---|
| 16) El Contratista se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. | SI | Ninguna |

## CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| **De carácter técnico:** | | |
| REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El Contratista deberá mantenerla vigente la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS durante la ejecución del contrato, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. | SI | Ninguna |
| El contratista deberá entregar al supervisor el portafolio actualizado de los servicios que se encuentran prestando en la modalidad presencial con los horarios disponibles. | | |
| El contratista garantiza que desarrollará el siguiente programa:<br><br>Programa de habilitación/rehabilitación funcional dirigido a personas con discapacidad sensorial visual (Ceguera y/o Baja Visión), a través de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando así estrategias eficaces que les permita modificar su estilo de vida, consiguiendo su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño. Brinda servicios de apoyo y asesoría a las familias y cuidadores mediante herramientas para su manejo en el hogar, favoreciendo la integración a su entorno.<br><br>El programa debe incluir:<br>a. Evaluación Interdisciplinaria Institucional y Seguimiento.<br>b. Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular.<br>c. Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades específicas del usuario.<br>d. Orientación y asesoría a la familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación de la discapacidad y de empoderamiento<br>Entrenamiento para el desarrollo de hábitos y destrezas ocupacionales del usuario, con el fin de facilitar la construcción de su nuevo proyecto de vida. | SI | Ninguna |
| **CONDICIONES ESPECIFICAS** | | |
| 1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación. | SI | Ninguna |
| 2. El contratista realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración para determinar el ingreso del usuario a dicha institución. | SI | Ninguna |
| 3. El contratista prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1., junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario. | SI | Ninguna |
| 4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del usuario, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento | SI | Ninguna |
| 5. Antes de iniciar el tratamiento, el Oferente 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 | SI | Ninguna |

ll.aguilar

| | | |
|---|---|---|
| terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado. | | |
| 6. El contratista deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicio de salud en el SISAP WEB, la generación de las autorizaciones de servicios debe realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo | SI | Ninguna |
| 7. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos | SI | Ninguna |
| 8. 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 |
| 9. 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 |
| 10. 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 |
| 11.El contratista permitirá el acceso a sus instalaciones al supervisor del contrato y sus profesionales para adelantar las labores de evaluación, control y seguimiento de condiciones locativas, recurso humano disponible y programas terapéuticos, durante la ejecución del contrato, sin previo aviso. | SI | Ninguna |
| 12. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes. | SI | Ninguna |
| 13. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida, RETHUS y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio. | SI | Ninguna |
| 14. 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 |
| 15. El contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía y calidad de la atención en salud | SI | Ninguna |
| 16. 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 |
| 17. El contratista deberá responder por los costos generados por los eventos adversos que se presenten durante la prestación del servicio asistencial que afecten a usuarios del contratante y comunicar dentro de un término prudencial al supervisor del contrato, no superior a 48 horas, la ocurrencia de los mismos. Entendido el evento adverso como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" | SI | Ninguna |
| 18. 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 |
| 19. El contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, las novedades presentadas con los usuarios, respecto a inasistencia mensual, retiro del programa, cambios de terapeutas, ajustes en el plan de tratamiento, cambios de domicilio y situaciones especiales y de notificación obligatoria. | SI | Ninguna |
| 20. El contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica. | SI | Ninguna |

2258433844

| | | |
|---|---|---|
| **21. RECURSO HUMANO**<br>Personal Profesional: El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas:<br>• Un profesional en Medicina General<br>• Un profesional en Oftalmología<br>• Un profesional en Optometría<br>• Un profesional en Terapia Ocupacional<br>• Un profesional en Psicología<br>• Un profesional en Trabajo Social<br><br>Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel. | SI | Ninguna |
| **22. INSTALACIONES:**<br><br>El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con las siguientes áreas:<br>• Una (1) Área terapéutica para trabajo grupal<br>• Seis (6) Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual<br>• Una (1) Zona verde, salón o patio para actividades recreativas.<br>• Un (1) baño para hombres y un (1) baño para mujeres, con adaptaciones cada uno<br>• Las instalaciones de la institución deben contar con una rampa de acceso | SI | Ninguna |
| 23. 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 |
| 24. **DOTACIÓN:**<br><br>El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con la siguiente dotación:<br>• Mesas de trabajo y sillas<br>• Ábaco (2)<br>• Sistema Braille (2)<br>• Computador con software especial para entrenamiento visual (3)<br>• Dos (2) Ayudas Audiovisuales (Televisor, Reproductor de CD, VHS o DVD u otro), de acuerdo a las necesidades<br>• Materiales para talleres (asesoría ocupacional). | SI | Ninguna |
| 25. El contratista deberá tener documentados los programas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, de acuerdo a la normatividad vigente. | SI | Ninguna |
| 26. El contratista deberá mantener vigente el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85%) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | SI | Ninguna |

## 2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

La entidad realizará facturación de los servicios prestados los primeros 05 cinco días de cada mes.

## 23. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (29) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (182) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

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

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

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

Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 Min Salud de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta **LOS 60 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES**.

La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días calendario posterior a la prestación de los servicios.

• La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
• El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

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".

Documentos requeridos:

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, valida por 6 meses.

2258433844

GS-2025-661294-MEBOG



- Cuadro Excel por usuario, en el cual se registra la programación y asistencia diaria de los usuarios a las diferentes sesiones terapéuticas.
- 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.

**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 de la Regional, 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, 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.

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 realizarán a la siguiente cuenta:**

NOMBRE BENEFICIARIO: CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: AHORRO DAMAS
NUMERO DE CUENTA: 0550009000214651

2258433844

GS-2025-661294-MEBOG



**4.1 Ejecución Financiera y Pagos**:

**a. Balance general de pagos y entregas**

| | Valor en pesos | % del valor del contrato |
|---|---|---|
| Valor total del contrato | $31.500.000,00 | 100% |
| Valor total de las entregas | $6.263.242,00 | 19,9% |
| Valor total facturado | $1.654.706,00 | 5,3% |
| Valor facturado pendiente de pago | $1.654.706,00 | 5,3% |
| Valor pagado | $6.263.242,00 | 19,9% |
| Valor pendiente de entrega | $ 25.236.758,00 | 80,1% |

**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. 04 del 06/10/2025 | $1.654.706,00 | Del 04/08/2025 al 30/08/2025 | $1.654.706,00 | 52239 a 52265 | Pendiente | Pendiente | Pendiente |

***25.* RECOMENDACIONES**

Como supervisor del contrato se recomienda a la Administración asignar el recurso presupuestal para dar continuidad con los procesos contractuales

**26. 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. 81-7-20049-25
Correo electrónico: liliana.aguilar4452@correo.policia.gov.co

2258433844

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 2 | 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. 29 de octubre de 2025 |
| Unidad: | REGIONAL DE SEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 |
| Tipo de contrato | |

| Tipo de contrato | Marque el tipo de contrato |
|---|---|
| Orden de compra | |
| Contrato de obra | |
| Contrato de consultoría | |
| Contrato de prestación de servicios | X |
| Contrato de compraventa | |
| Contrato de suministro | |
| Contrato interadministrativo | |

| | |
|---|---|
| Contrato No. | 81-7-20049-25 |
| Constancia de recibido No. | 4 |
| Contratista: | CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS CRAC |
| NIT del contratista: | 860011298-5 |
| Objeto del contrato: | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON CEGUERA Y/O BAJA VISIÓN – DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD DPERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 |
| Valor del contrato: | Valor del contrato: $31.500.000,00 |
| Plazo de ejecución: | Del 04-06-2025 al 31-12-2025 |
| Lugar de ejecución y/o entrega | Calle 8 Sur No 31A-31 |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X | |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Subintendente LILIANA AGUILAR RENTERIA<br>Fonoaudióloga Grupo Prestador de Atención en Salud |
| Fecha de entrega certificada: | Del: 04/09/2025 Al: 03/10/2025 |

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINAN...
29 OCT 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

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

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RASES 1 | 16 | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES REHABILITACION FUNCIONAL | $1.654.706,00 | $1.654.706,00 | $0,00 | $1.654.706,00 |

2258433844

| | | |
|---|---|---|
| Página 2 de 2 | 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 | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 52239 | 30/09/2025 | $ 29.820,00 | $ 0,00 | $ 29.820,00 |
| 52240 | 30/09/2025 | $ 160.000,00 | $ 0,00 | $ 160.000,00 |
| 52241 | 30/09/2025 | $ 29.820,00 | $ 0,00 | $ 29.820,00 |
| 52257 | 30/09/2025 | $ 375.048,00 | $ 0,00 | $ 375.048,00 |
| 52258 | 30/09/2025 | $ 531.318,00 | $ 0,00 | $ 531.318,00 |
| 52261 | 30/09/2025 | $ 250.032,00 | $ 0,00 | $ 250.032,00 |
| 52262 | 30/09/2025 | $ 64.000,00 | $ 0,00 | $ 64.000,00 |
| 52263 | 30/09/2025 | $ 54.668,00 | $ 0,00 | $ 54.668,00 |
| 52264 | 30/09/2025 | $ 64.000,00 | $ 0,00 | $ 64.000,00 |
| 52265 | 30/09/2025 | $ 96.000,00 | $ 0,00 | $ 96.000,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | **$ 1.654.706,00** | **$ 0,00** | **$ 1.654.706,00** |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: LOS ELEMENTOS ENTREGADOS SE RECIBEN A SATISFACCIÓN CUMPLIMIENTO CON LA CALIDAD DE LA ENTREGA DENTRO DEL PLAZO ESTIPULADO EN EL CONTRATO Y CUMPLIMIENTO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO

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, en el mes de septiembre 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, 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 y parafiscales, expedida por el representante legal y el revisor fiscal. |

**Subintendente. LILIANA AGUILAR RENTERIA**
Fonoaudióloga. Grupo Prestador de Atención en Salud
Supervisora del Contrato N° 81-7-20049-25

GS-2025-661294-MEBOG

Outlook

**RV: Cuadro radicador Septiembre-2025 / Ejecución contrato CRAC**

**Desde** LILIANA AGUILAR RENTERIA <liliana.aguilar4452@correo.policia.gov.co>
**Fecha** Lun 6/10/2025 9:27 AM
**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>; JHANNES ZADAY ARIAS RUIZ <jhannes.ariasr@correo.policia.gov.co>

2 archivos adjuntos (143 KB)
CUADRO CENTRAL DE CUENTAS POR IPS FINAL SEPTIEMBRE- 2025.xlsx; EJECUCION CONTRATO POLICIA MES SEPTIEMBRE-2025.xlsx;

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

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
06 OCT 2025
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Bogotá, D.C - 06 de octubre 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 SEPTIEMBRE 2025 de la Entidad CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADULTOS CIEGOS – CRAC número de contrato N° 81-7-20049-25, (10) FACTURAS con su respectiva copia.

Se revisó 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.

2258433844

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:** jhon jairo maca bojaca <jhon_maca_1992@hotmail.es>
**Enviado:** lunes, 6 de octubre de 2025 9:17 a. m.
**Para:** LILIANA AGUILAR RENTERIA <liliana.aguilar4452@correo.policia.gov.co>
**Asunto:** Fwd: Cuadro radicador Septiembre-2025 / Ejecución contrato

No suele recibir correo electrónico de jhon_maca_1992@hotmail.es. Por qué es esto importante

---------- Mensaje reenviado ----------
De: Mariela Gonzalez Cortes <tesoreria@cracolombia.org.co>
Fecha: 6/10/2025 9:09 a. m.
Asunto: Cuadro radicador Septiembre-2025 / Ejecución contrato
Para: JHANNES ZADAY ARIAS RUIZ <jhannes.ariasr@correo.policia.gov.co>,Jhon Maca <apoyo.adtivo@cracolombia.org.co>,jhon jairo maca bojaca <jhon_maca_1992@hotmail.es>
Cc: Lina Beltran <sub.administrativa@cracolombia.org.co>,Direccion CRAC <direccion@cracolombia.org.co>,Martha Niño <sub.bajavision@cracolombia.org.co>,Norma Gavilan <sub.tecnica@cracolombia.org.co>,Carolina Angel <coordinacionsedenorte@cracolombia.org.co>

Cordial saludo, me permito adjuntar cuadro radicador por servicios brindados en el Mes de septiembre de 2025 y a la vez anexo la Ejecución del Contrato de la referencia con fecha de corte septiembre 30 de 2025.

Quedo atenta,

**Cordialmente,**

**MARIELA GONZALEZ CORTES**
Secretaria Subdirección Administrativa y Financiera
Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos-CRAC
Teléfono: 7209046 Ext 122
Fax: 7201948

*El Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos-Rehabilitación Integral CRAC-, está certificado con Norma ISO 9001:2015, nuestra Misión es la habilitación rehabilitación integral de las personas con discapacidad visual para facilitar su inclusión social. Visionamos en el año 2022 llegar a la mayor parte posible del territorio nacional con servicios de alta calidad en beneficio de las personas con discapacidad visual. Nuestra política de calidad se enfoca en la mejora continua fomentando la cultura de aprendizaje e innovación a través de un modelo de rehabilitación integral dinámico trabajado en equipo: usuario, familia e institución. Conoce más sobre el CRAC en nuestra página web: www.cracolombia.org y a través de nuestras redes sociales:*

GS-2025-661294-MEBOG



Evita imprimir este mensaje si no es estrictamente necesario. De esta manera ahorras agua, energía y recursos forestales..

ll.aguilar

2258433844

ll.aguilar

CS-2025-661294-MEBCC

CRAC - Rehabilitación Visual Integral

Todos por la inclusión

El suscrito, REVISOR FISCAL Y REPRESENTANTE LEGAL del CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS – CRAC- Nit.No.860.011.298-5 con vista a los comprobantes y libros oficiales de contabilidad, debidamente registrados ante la DIAN.

## CERTIFICA

Que el Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos – CRAC-, identificado con el Nit.No.860.011.298-5, en los términos fijados, se han pagado de manera interrumpidamente en los últimos 06 meses hasta el periodo de agosto, septiembre de 2025, de la planilla seguridad social y los aportes parafiscales 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, encontrandose paz y salvo en este concepto.

DIRECCION DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
10 FEB 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Esta certificación se expide en Bogotá a los tres (03) días del mes de septiembre de dos mil veinticinco (2025), de acuerdo al Artículo 50 de la Ley 789 de 2.002, modificado por el Articulo 1 de la Ley 828 de 2.003.

GERMAN TOVAR
REVISOR FISCAL
Matrícula 1501-T

GLADYS LOPERA RESTREPO
REPRESENTANTE LEGAL



2258433844

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

2258433844

compensar miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | FUNDACION CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CI | **NIT:** | 860011298 |
| **Tipo Planilla:** | E | **Periodo liquidación Pensiones:** | agosto 2025 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | septiembre 2025 |
| **Número de Radicación:** | 89442836 | **Total a pagar:** | $125,923,300 |
| **Fecha de vencimiento:** | 22/09/2025 | **Total de empleados:** | 92 |
| **Fecha de Pago:** | 03/09/2025 | **Número de Administradoras:** | 31 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 1749993069 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 92 | | $0 | $6,641,000 |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 19 | | $0 | $9,240,400 |
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 31 | | $0 | $15,580,400 |
| 231001 | 800227940 | Colfondos | 5 | | $0 | $3,046,600 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 33 | | $0 | $21,794,500 |
| CCF03 | 890000842 | Comfenalco Antioquia- Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $68,000 |
| CCF07 | 890101994 | Comfamiliar del Atlantico Caja de Compensacion | 1 | | $0 | $120,000 |
| CCF09 | 890480110 | Caja de Compensacion Familiar de Cartagena | 3 | | $0 | $348,000 |
| CCF15 | 892399989 | Comfacesar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $120,000 |
| CCF16 | 891080005 | Comfacor Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $140,000 |
| CCF21 | 860013570 | Cafam Caja de Compensacion Fliar | 76 | | $0 | $10,974,700 |
| CCF32 | 891180008 | Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar | 2 | | $0 | $240,000 |
| CCF35 | 891280008 | Caja de Compensacion Familiar de Narfio | 1 | | $0 | $100,000 |
| CCF36 | 890500675 | Comfaoriente Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $120,000 |
| CCF43 | 890000381 | Comfenalco Quindio Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $116,000 |
| CCF50 | 890700148 | Comfenalco Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $120,000 |
| CCF56 | 890303093 | Comfenalco Valle Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $120,000 |

ll.aguilar

| Código | NIT | Administradoras | Núm. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF63 | 891206337 | Confamiliar Putumayo Caja de Compensacion | 1 | | $0 | $60,000 |
| CCF69 | 844003392 | Comfacasanare Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $120,000 |
| CCFC55 | 901563241 | EPS-S Cafacopi | 1 | | $0 | $372,600 |
| EPS001 | 830113831 | ALIANSALUD EPS S.A. | 1 | | $0 | $625,000 |
| EPS002 | 800130907 | Salud Total EPS | 10 | | $0 | $3,074,000 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 26 | | $0 | $13,311,600 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 18 | | $0 | $6605,100 |
| EPS010 | 800088702 | EPS Sura | 4 | | $0 | $1,062,500 |
| EPS012 | 830003564 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 16 | | $0 | $8,224,700 |
| EPS037 | 900156264 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | 14 | | $0 | $5,055,200 |
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S Mutual Ser | 1 | | $0 | $375,000 |
| ESSC18 | 901021565 | EPS-S Emssanar | 1 | | $0 | $107,500 |
| PATCBF | 899999239 | ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar | 92 | | $0 | $9,576,600 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 92 | | $0 | $6,303,900 |
| | | | | | | $125,923,300 |

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informarlo la administradora correspondiente los descuentos.

2258433844

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

| FECHA DE LA ATENCION | NÚMERO DE AUTORIZACIÓN | FECHA DE AUTORIZACION | NOMBRE DEL USUARIO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO | CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL EN NÚMERO | DESCRIPCIÓN CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL EN TEXTO | DX CIE 10 EN NÚMERO | DESCRIPCIÓN DX CIE 10 EN TEXTO EN TEXTO | VALOR DE LA FACTURA | EDAD PACIENTE | GENERO DEL USUARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596716 | 02/09/2025 | ISABELLA MARTINEZ ROMERO | 1033197742 | 943102 | PSICOLOGIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA | Q120 | CATARATA CONGENITA | $ 29,820.00 | 15 AÑOS | F |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596698 | 02/09/2025 | JUAN JOSE OLAVE MORENO | 1021680181 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TERAPIA PCUPACIPNAL | H351 | RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD | $ 160,000.00 | 16 AÑOS | M |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596743 | 02/09/2025 | MARIA ADELA BERMUDEZ DE PEREZ | 41663537 | 943102 | PSICOLOGIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA | H442 | MIOPIA DEGENERATIVA | $ 29,820.00 | 72 AÑOS | F |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596241 | 09/09/2025 | HERMES PEREZ ARIAS | 79461884 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | H540 | CEGUERA DE AMBOS OJOS | $ 375,048.00 | 57 AÑOS | M |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596350 | 09/09/2025 | LUIS ANTONIO QUISTIAL PARRA | 19337478 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | H360 | RETINOPATIA DIABETICA | $ 531,318.00 | 67 AÑOS | M |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596462 | 09/09/2025 | JULIO ROBERTO GUTIERREZ DELGADO | 79497389 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | H355 | DISTROFIA HEREDITARIA DE LA RETINA | $ 250,032.00 | 57 AÑOS | M |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596844 | 02/09/2025 | ELIDA MORENO SAENZ | 51612023 | 890313 | CONSULTA TERAPIA OCUPACIONAL | H442 | MIOPIA DEGENERATIVA | $ 64,000.00 | 68 AÑOS | F |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596570 | 02/09/2025 | HERMES SILVA CELI | 79362609 | 890309943102 | CONSULTA POR TRABAJO SOCIAL/ PSICOLOGIA INDIVIDUAL | H442 | MIOPIA DEGENERATIVA | $ 54,863.00 | 49 AÑOS | M |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596662 | 02/09/2025 | MARIA TERESA GONZALEZ DE HERNANDEZ | 20266527 | 890313 | CONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL | H401 | GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO | $ 64,000.00 | 85 AÑOS | F |
| SEPTIEMBRE-2025 | 10596606 | 02/09/2025 | OLGA PATRICIA HERNADEZ SUAREZ | 41555667 | 890313 | CONSULTA TERAPIA OCULACIONAL | H355 | DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO | $ 96,000.00 | 73 AÑOS | F |
| | | | | | TOTAL | | | | $ 1,654,705.00 | | |

2258433844

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

*CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC*
*Código del Prestador : 1100106913 Nit : 860011298*
*Dirección : Calle 8 Sur No. 31A - 31*
*Teléfono : 7438421-3106780504*
*Email : direccion@cracolombia.org.co*
*Web : www.cracolombia.org.co*

# CUENTA DE COBRO N°003877

## MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL

## DEBE A

## CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC

## DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30

| N | FACTURA | PACIENTE | FECHA | ESTRATO | VALOR | COPAGO | DESCUENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FES52239 | TI - 1033107742 : ISABELLA MARTINEZ ROMERO | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 29.820 | 0 | ( |
| 2 | FES52240 | TI - 1021680181 : JUAN JOSE OLAVE MORENO | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 160.000 | 0 | ( |
| 3 | FES52241 | CC - 41663537 : MARIA ADELA BERMUDEZ DE PEREZ | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 29.820 | 0 | ( |

**LA SUMA DE:** **219.640**
**EN LETRAS:** **DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE**

ll.aguilar

ll.aguilar

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7fc6835574704... | FacturaElectron... | FES52239 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 29,820.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/09/30 11:4... | |
| 91ea7d8a38c57... | FacturaElectron... | FES52240 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 160,000.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/09/30 11:4... | |
| 5a3109d8a74... | FacturaElectron... | FES52241 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 29,820.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/09/30 11:4... | |

ll.aguilar

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 7438421 - 3106780504**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52239**

## Datos de la Empresa

**Prestado a** : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Septiembre 2025
**Contrato** : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 30/09/2025
**Dirección** : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 30/09/2025
**Teléfono** : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 30/10/2025
**Observación** : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025-
**Medio De Pago:** Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

## Datos del Paciente

**Identificación** : TI - 1033107742 **Paciente** : ISABELLA MARTINEZ ROMERO
**Fecha Nacimiento:** : 2010/04/05 **Edad** : 15 años **Régimen** : Otro
**Dirección** : CLL19 # 105-19 **Teléfono** : 3204744146
**No Historia** : TI1033107742 **Estudio** : 449304

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 943102 | PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA | 2025/09/25 | 10596716 | 1 | $29,820.00 | 0.00 | $29,820.00 |

Valor en Letras: VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$29,820.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$29,820.00** |

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: 836c650027a44cbf0e68dc52446f4534833370d9d31110db2e14b1f7b0d2e39985631191becee05fe6346bb0f018fd5f**
Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

2258435844

ll.aguilar

{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72356472,
  "NumFactura": "FES52239",
  "CodigoUnicoValidacion":
"71c6685f5747096af40d00f0121d2620be564f1f2d9b1c39334e7336f3688474fdb555a72565919b
fecfcb44b414513e",
  "FechaRadicacion": "2025-09-30T11:48:44.0293709-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\PLOICIA NACIONAL BAJA VISION
SUR SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52239",
  "ResultadosValidacion": []
}

2258433844

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 7438421 - 3106780504**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52240**

## Datos de la Empresa

**Prestado a** : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Septiembre 2025
**Contrato** : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 30/09/2025
**Dirección** : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 30/09/2025
**Teléfono** : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 30/10/2025
**Observación** : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025-
**Medio De Pago:** Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

## Datos del Paciente

**Identificación** : TI - 1021680181 **Paciente** : JUAN JOSE OLAVE MORENO
**Fecha Nacimiento:** : 2009/03/24 **Edad** : 16 años **Régimen** : Otro
**Dirección** : CRA 27 NO 41 B 21 **Teléfono** : 3212426460-3125505712
**No Historia** : TI1021680181 **Estudio** : 447923

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/15 | 10596698 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |
| 2 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/15 | 10596698 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |
| 3 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/18 | 10596698 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |
| 4 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/25 | 10596698 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |
| 5 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/25 | 10596698 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |

Valor en Letras: CIENTO SESENTA MIL PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$160,000.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$160,000.00** |

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: 3c5eb67d9edfbd7457dbad8a905ca9c859ba6bc6231f01ae7e136f54b3f69e3d8f57ae611fed4996f455f0eae3a7e778**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

2258435844

ll.aguilar

```
{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72356475,
  "NumFactura": "FES52240",
  "CodigoUnicoValidacion":
"90ea7c8a38c57175f952ffd526df937337c098307c252c909a3f80afdd7c2769e1cdc5a5f9daca4f
3c97011b84e2f22c",
  "FechaRadicacion": "2025-09-30T11:48:44.3213445-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\PLOICIA NACIONAL BAJA VISION
SUR SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52240",
  "ResultadosValidacion": []
}
```

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 7438421 - 3106780504**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52241**

## Datos de la Empresa

**Prestado a** : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Septiembre 2025
**Contrato** : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 30/09/2025
**Dirección** : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 30/09/2025
**Teléfono** : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 30/10/2025
**Observación** : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025-
**Medio De Pago:** Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

## Datos del Paciente

**Identificación** : CC - 41663537 **Paciente** : MARIA ADELA BERMUDEZ DE PEREZ
**Fecha Nacimiento:** : 1953/08/30 **Edad** : 72 años **Régimen** : Otro
**Dirección** : CRA 79 F NO 26 - 25 SUR **Teléfono** : 8077657- 3138771426- 3165327002
**No Historia** : CC41663537 **Estudio** : 448862

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 943102 | PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA | 2025/09/19 | 10596743 | 1 | $29,820.00 | 0.00 | $29,820.00 |

Valor en Letras: VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$29,820.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$29,820.00** |

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: a8977114488e12d225442cd1a78b0cbe26786096b429d1acde252b6cb002e0b3b84b9d7c1f7eecfa5f32cb9735eb8eb1**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

2258435644

ll.aguilar

```
{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72356479,
  "NumFactura": "FES52241",
  "CodigoUnicoValidacion":
"5c330398dc37427be2a8ca91916820fc24b3d33a0e54b9802d34ae883aeaf872ca810f2bb3116dc8
0dca9351564671a0",
  "FechaRadicacion": "2025-09-30T11:48:44.560215-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\PLOICIA NACIONAL BAJA VISION
SUR SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52241",
  "ResultadosValidacion": []
}
```


ll.aguilar

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

*CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC*
*Código del Prestador : 1100106913 Nit : 860011298*
*Dirección : Calle 8 Sur No. 31A - 31*
*Teléfono : 7438421-3106780504*
*Email : direccion@cracolombia.org.co*
*Web : www.cracolombia.org.co*

# CUENTA DE COBRO N°003878

## MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL

## DEBE A

## CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC

## DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30

| N | FACTURA | PACIENTE | FECHA | ESTRATO | VALOR | COPAGO | DESCUENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FES52257 | CC - 79461884 : HERMES PEREZ ARIAS | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 375.048 | 0 | ( |
| 2 | FES52258 | CC - 19337478 : LUIS ANTONIO QUISTIAL PARRA | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 531.318 | 0 | ( |
| 3 | FES52261 | CC - 79497389 : JULIO ROBERTO GUTIERREZ DELGADO | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 250.032 | 0 | ( |

**LA SUMA DE:** **1.156.398**
**EN LETRAS:** **UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS MCTE**

2258433844

ll.aguilar ll.aguilar ll.aguilar

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| abeb2bc86791... | FacturaElectron... | FES52257 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 375,048.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/09/30 4:09... |
| 9e5fa929de4a14... | FacturaElectron... | FES52258 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 531,318.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/09/30 4:09... |
| 9085128bc0289... | FacturaElectron... | FES52261 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 250,032.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/09/30 4:09... |

ll.aguilar

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEROG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 7438421 - 3106780504**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52257**

## Datos de la Empresa

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Prestado a** | : RES001 - POLICIA NACIONAL | **Nit** | : 900336524-5 | **Período Facturado** | : Septiembre 2025 |
| **Contrato** | : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL | | | **Fecha y Hora de Generación** | : 30/09/2025 |
| **Dirección** | : Carrera 68B Bis | | | **Fecha y Hora de Expedición** | : 30/09/2025 |
| **Teléfono** | : 0 | **Manual :** | MANUAL POLICIA NACIONAL | **Fecha Vencimiento** | : 30/10/2025 |

**Observación** : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025

**Medio De Pago:** Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

## Datos del Paciente

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación** | : CC - 79461884 | | | **Paciente** | : HERMES PEREZ ARIAS |
| **Fecha Nacimiento:** | : 1968/09/23 | **Edad** | : 56 años | **Régimen** | : Otro |
| **Dirección** | : CRA 72 G NO 39 F 19 SUR | | | **Teléfono** | : 3102795681-3107701015-5637934 |
| **No Historia** | : CC79461884 | **Estudio** | : 445781 | | |

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/02 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 2 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/02 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 3 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/02 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 4 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/04 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 5 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/04 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 6 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/04 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 7 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/09 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 8 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/09 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 9 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/09 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 10 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/16 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 11 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/16 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 12 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/16 | 10596241 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |

Valor en Letras: TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$375,048.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$375,048.00** |

Mariela Gonzalez Cortes

RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: 04f54089b2d69f2e45dbceec87f04ed73cdd5ab3e5931b84432268439ab82af74275b4f3b40c0a7c68270f83453701b7**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

2258435844

ll.aguilar

```
{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72551333,
  "NumFactura": "FES52257",
  "CodigoUnicoValidacion":
"ebeb2bc867913e9674dbf05d52802f0fa557c7bb245ed738d72b8ee528a1082ee61211d30eae47f6
763c67e0eb80e212",
  "FechaRadicacion": "2025-09-30T16:09:54.809783-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\POLICIA NACIONAL CIEGO SUR
SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52257",
  "ResultadosValidacion": []
}
```

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 7438421 - 3106780504**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52258**

## Datos de la Empresa

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Prestado a** | : RES001 - POLICIA NACIONAL | **Nit** | : 900336524-5 | **Período Facturado** | : Septiembre 2025 |
| **Contrato** | : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL | | | **Fecha y Hora de Generación** | : 30/09/2025 |
| **Dirección** | : Carrera 68B Bis | | | **Fecha y Hora de Expedición** | : 30/09/2025 |
| **Teléfono** | : 0 | **Manual** : | MANUAL POLICIA NACIONAL | **Fecha Vencimiento** | : 30/10/2025 |
| **Observación** | : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025 | | | | |
| **Medio De Pago:** Acuerdo mutuo | | **Forma De Pago:** Crédito | | **Plazo Crédito:** 30 día(s) | |

## Datos del Paciente

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación** | : CC - 19337478 | | | **Paciente** | : LUIS ANTONIO QUISTIAL PARRA |
| **Fecha Nacimiento:** | : 1958/04/28 | **Edad** | : 67 años | **Régimen** | : Otro |
| **Dirección** | : CL 57 B SUR NO. 62-31 CASA 57 | | | **Teléfono** | : 3133309400-3203755839 |
| **No Historia** | : CC19337478 | **Estudio** | : 446233 | | |

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/04 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 2 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/04 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 3 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/04 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 4 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/04 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 5 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/04 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 6 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/11 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 7 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/11 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 8 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/11 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 9 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/11 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 10 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/11 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 11 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/18 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 12 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/18 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 13 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/18 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 14 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/18 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 15 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/25 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 16 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/25 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 17 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/25 | 10596550 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |

Valor en Letras: QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$531,318.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$531,318.00** |

Mariela Gonzalez Cortes

RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: 28d3234ab7f6053005339117f396b98c8e29570ad4151db44f5a985350f30204c951a495d28e468b06bcaa81151e76cb**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

ll.aguilar ll.aguilar ll.aguilar

```
{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72551367,
  "NumFactura": "FES52258",
  "CodigoUnicoValidacion":
"9e5fa929de4a148f44cf5546d4f2753885bbcf22c22549a3f8504d22ba497acb88140a8c89447eed
71c589be69d55977",
  "FechaRadicacion": "2025-09-30T16:09:56.7429218-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\POLICIA NACIONAL CIEGO SUR
SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52258",
  "ResultadosValidacion": []
}
```


ll.aguilar

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 7438421 - 3106780504**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52261**

## Datos de la Empresa

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Prestado a** | : RES001 - POLICIA NACIONAL | **Nit** | : 900336524-5 | **Período Facturado** | : Septiembre 2025 |
| **Contrato** | : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL | | | **Fecha y Hora de Generación** | : 30/09/2025 |
| **Dirección** | : Carrera 68B Bis | | | **Fecha y Hora de Expedición** | : 30/09/2025 |
| **Teléfono** | : 0 | **Manual** : | MANUAL POLICIA NACIONAL | **Fecha Vencimiento** | : 30/10/2025 |
| **Observación** | : POR CONCEPTO TRATAMIENTO REHABILITACION INTEGRAL PARA PERSONA CIEGA, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025 | | | | |
| **Medio De Pago:** Acuerdo mutuo | | **Forma De Pago:** Crédito | | **Plazo Crédito:** 30 día(s) | |

## Datos del Paciente

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación** | : CC - 79497389 | | | **Paciente** | : JULIO ROBERTO GUTIERREZ DELGADO |
| **Fecha Nacimiento:** | : 1967/12/18 | **Edad** | : 57 años | **Régimen** | : Otro |
| **Dirección** | : CLL 38 A NO 72 P 10 SUR | | | **Teléfono** | : 3143568623-3165315589 |
| **No Historia** | : CC79497389 | **Estudio** | : 445591 | | |

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/01 | 10596462 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 2 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/01 | 10596462 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 3 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/08 | 10596462 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 4 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/08 | 10596462 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 5 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/15 | 10596462 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 6 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/15 | 10596462 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 7 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/29 | 10596462 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |
| 8 | 938303 | TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL | 2025/09/29 | 10596462 | 1 | $31,254.00 | 0.00 | $31,254.00 |

Valor en Letras: DOSCIENTOS CINCUENTA MIL TREINTA Y DOS PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$250,032.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$250,032.00** |

Mariela Gonzalez Cortes

RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: 036f46dafd962b116b425cd429d258ff4de77e781f26d189419d0d4ecff318b9ed2721bbc6ac114692ffd34da27de084**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

ll.aguilar

{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72551395,
  "NumFactura": "FES52261",
  "CodigoUnicoValidacion":
"908b128bc82899c9c8b6c606139c185ac96dcabb11bfd5e6f5d39adaa9b36126592d34d91abf9e3a01f852cf769fe267",
  "FechaRadicacion": "2025-09-30T16:09:58.9191857-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\POLICIA NACIONAL CIEGO SUR SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52261",
  "ResultadosValidacion": []
}

ll.aguilar ll.aguilar ll.aguilar

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

*CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC*
*Código del Prestador : 1100106913 Nit : 860011298*
*Dirección : Calle 8 Sur No. 31A - 31*
*Teléfono : 7438421-3106780504*
*Email : direccion@cracolombia.org.co*
*Web : www.cracolombia.org.co*

# CUENTA DE COBRO N°003879

## MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL POLICIA NACIONAL

## DEBE A

## CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS CRAC

## DEL 2025/09/30 AL 2025/10/01

| N | FACTURA | PACIENTE | FECHA | ESTRATO | VALOR | COPAGO | DESCUENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FES52262 | CC - 51612923 : ELIDA MORENO SAENZ | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 64.000 | 0 | 0 |
| 2 | FES52263 | CC - 79862609 : HERMES SILVA CELY | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 54.668 | 0 | 0 |
| 3 | FES52264 | CC - 20266527 : MARIA TERESA GONZALEZ DE HERNANDEZ | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 64.000 | 0 | 0 |
| 4 | FES52265 | CC - 41555667 : OLGA PATRICIA HERNANDEZ SUAREZ | 2025/09/30 | EXENTO DE PAGO | 96.000 | 0 | 0 |

**LA SUMA DE:** **278.668**
**EN LETRAS:** **DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MCTE**

ll.aguilar ll.aguilar ll.aguilar

ll.aguilar ll.aguilar ll.aguilar

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11eae785f881ae... | FacturaElectron... | FES52262 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 64,000.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/10/01 8:45... | |
| bb41cad4e1111... | FacturaElectron... | FES52263 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 54,668.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/10/01 8:45... | |
| b378c04a2712a... | FacturaElectron... | FES52264 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 64,000.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/10/01 8:45... | |
| 114c8072b2791... | FacturaElectron... | FES52265 | 30/Sep/2025 | 0.00 | 96,000.00 | 0 | Procesamiento... | 2025/10/01 8:45... | |

ll.aguilar ll.aguilar ll.aguilar

```
{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72858892,
  "NumFactura": "FES52262",
  "CodigoUnicoValidacion":
"11eae785f881aee0c351d11fc3cf5e011defa408b56dab8dd157b034fa9d40bd395a83061d6d7f54
9ec36168c0014968",
  "FechaRadicacion": "2025-10-01T08:45:22.9260133-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\POLICIA NACIONAL NORTE
SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52262",
  "ResultadosValidacion": []
}
```


ll.aguilar

ll.aguilar

```
{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72858902,
  "NumFactura": "FES52263",
  "CodigoUnicoValidacion":
"bb41cad4e11116c33f31994adbac410ca452d11f50031d694001f1ca16310dee991f5bf320bae3cf
49adea38b4efeb89",
  "FechaRadicacion": "2025-10-01T08:45:23.5006104-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\POLICIA NACIONAL NORTE
SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52263",
  "ResultadosValidacion": []
}
```

ll.aguilar

ll.aguilar

{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72858916,
  "NumFactura": "FES52264",
  "CodigoUnicoValidacion":
"b378c04a2712a18bf839062c4113afd7d5846cf61484af125b98d0f33620196526ec69899f5acd4d
ed64617751e0701e",
  "FechaRadicacion": "2025-10-01T08:45:24.0848575-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\POLICIA NACIONAL NORTE
SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52264",
  "ResultadosValidacion": []
}

2258433844

ll.aguilar

{
  "ResultState": true,
  "ProcesoId": 72858932,
  "NumFactura": "FES52265",
  "CodigoUnicoValidacion":
"114c8072b279142e344864ee93bc1d59b2f087da055097043407af6fc3ea1b54778ae16491bd5b4a
ce7abb5b9076306d",
  "FechaRadicacion": "2025-10-01T08:45:24.691848-05:00",
  "RutaArchivos": "C:\\Users\\Mgonzalez\\Downloads\\POLICIA NACIONAL NORTE
SEPTIEMBRE-2025\\Factura-FES52265",
  "ResultadosValidacion": []
}

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 6266716 - 3124610897 - 3185852302**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52262**

## Datos de la Empresa

**Prestado a** : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Septiembre 2025
**Contrato** : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 30/09/2025
**Dirección** : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 30/09/2025
**Teléfono** : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 30/10/2025
**Observación** : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025-
**Medio De Pago:** Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

## Datos del Paciente

**Identificación** : CC - 51612923 **Paciente** : ELIDA MORENO SAENZ
**Fecha Nacimiento:** : 1957/03/24 **Edad** : 68 años **Régimen** : Otro
**Dirección** : CALLE 21 NUMERO 108-39 **Teléfono** : 3026474517-3162692948-4585345-5470081
**No Historia** : CC51612923 **Estudio** : 448415

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/17 | 10596644 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |
| 2 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/17 | 10596644 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |

Valor en Letras: SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$64,000.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$64,000.00** |

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: ccfc35b7914ac22278849252666cfbd557cbcf4eb14480a69dcfe150157b2a98c2822e7449e87e20753e586ab4f4859b**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

ll.aguilar ll.aguilar ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 6266716 - 3124610897 - 3185852302**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52263**

## Datos de la Empresa

**Prestado a** : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Septiembre 2025
**Contrato** : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 30/09/2025
**Dirección** : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 30/09/2025
**Teléfono** : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 30/10/2025
**Observación** : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025-
**Medio De Pago:** Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

## Datos del Paciente

**Identificación** : CC - 79862609 **Paciente** : HERMES SILVA CELY
**Fecha Nacimiento:** : 1976/09/05 **Edad** : 48 años **Régimen** : Otro
**Dirección** : CRA 110 N 65 B 82 **Teléfono** : 3124711507
**No Historia** : CC79862609 **Estudio** : 445844

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 943102 | PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA | 2025/09/02 | 10596676 | 1 | $29,820.00 | 0.00 | $29,820.00 |
| 2 | 890309 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL | 2025/09/04 | 10596676 | 1 | $24,848.00 | 0.00 | $24,848.00 |

Valor en Letras: CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$54,668.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$54,668.00** |

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancias y prestación de servicios descritos en este titulo valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: 885a7fcadce5e4e05efae0ef4ab5a3d0781a6b898f5809d1951fd5208d2a82e75ca1398cff338fc69076a81d6d4cc0ca**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

ll.aguilar ll.aguilar ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 6266716 - 3124610897 - 3185852302**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52264**

## Datos de la Empresa

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Prestado a** | : RES001 - POLICIA NACIONAL | **Nit** | : 900336524-5 | **Período Facturado** | : Septiembre 2025 |
| **Contrato** | : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL | | | **Fecha y Hora de Generación** | : 30/09/2025 |
| **Dirección** | : Carrera 68B Bis | | | **Fecha y Hora de Expedición** | : 30/09/2025 |
| **Teléfono** | : 0 | **Manual :** | MANUAL POLICIA NACIONAL | **Fecha Vencimiento** | : 30/10/2025 |
| **Observación** | : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025- | | | | |
| **Medio De Pago:** Acuerdo mutuo | | **Forma De Pago:** Crédito | | **Plazo Crédito:** 30 día(s) | |

## Datos del Paciente

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación** | : CC - 20266527 | | | **Paciente** | : MARIA TERESA GONZALEZ DE HERNANDEZ |
| **Fecha Nacimiento:** | : 1940/08/05 | **Edad** | : 85 años | **Régimen** | : Otro |
| **Dirección** | : CALLE 55 67 B 23 APT 308 ANILLO 13 | | | **Teléfono** | : 3132941767-3166928850 |
| **No Historia** | : CC20266527 | **Estudio** | : 447045 | | |

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/09 | 10596662 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |
| 2 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/09 | 10596662 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |

Valor en Letras: SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$64,000.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$64,000.00** |

Mariela Gonzalez Cortes

RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: 07cdc5d9b49f72d2004d6f6d9588557f3f112c27475e2f6a389d68aafa85227dd363aff0ae665c10c4a7008318c83e19**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S. Nit: 900399741 - 7

ll.aguilar

GS-2025-661294-MEBOG

CRAC - Rehabilitación Visual Integral
Todos por la inclusión

**CENTRO DE REHABILITACION PARA ADULTOS CIEGOS - CRAC**
**Código del Prestador : 1100106913** **Nit: 860011298-5**
**Dirección : CL 8 SUR 31 A 31**
**Teléfono: 6266716 - 3124610897 - 3185852302**
**Email: direccion@cracolombia.org.co**
**Web: www.cracolombia.org.co**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN DIAN No. 18764074813183 DE 2024-07-10 HASTA 2026-07-10 DEL FES39158 HASTA FES100000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: FES52265**

## Datos de la Empresa

**Prestado a** : RES001 - POLICIA NACIONAL **Nit** : 900336524-5 **Período Facturado** : Septiembre 2025
**Contrato** : 081-7-020049-25 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD POLICIA NACIONAL **Fecha y Hora de Generación** : 30/09/2025
**Dirección** : Carrera 68B Bis **Fecha y Hora de Expedición** : 30/09/2025
**Teléfono** : 0 **Manual** : MANUAL POLICIA NACIONAL **Fecha Vencimiento** : 30/10/2025
**Observación** : POR CONCEPTO PAQUETE TRATAMIENTO BAJA VISION, BRINDADO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025-
**Medio De Pago:** Acuerdo mutuo **Forma De Pago:** Crédito **Plazo Crédito:** 30 día(s)

## Datos del Paciente

**Identificación** : CC - 41555667 **Paciente** : OLGA PATRICIA HERNANDEZ SUAREZ
**Fecha Nacimiento:** : 1952/08/12 **Edad** : 73 años **Régimen** : Otro
**Dirección** : CRA 6 NO 125 - 35 **Teléfono** : 3142182237
**No Historia** : CC41555667 **Estudio** : 446425

## Detalles de la Factura

| Nº | CÓDIGO | DETALLE DEL SERVICIO | FECHA SERV | AUTORIZACION | CANT. | VALOR | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/04 | 10596606 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |
| 2 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/11 | 10596606 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |
| 3 | 890313 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL | 2025/09/30 | 10596606 | 1 | $32,000.00 | 0.00 | $32,000.00 |

Valor en Letras: NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | **$96,000.00** |
| **IVA:** | **0.00** |
| **TOTAL FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** | **0.00** |
| **COPAGO/CUOTA MODERADORA:** | **$0.00** |
| **TOTAL:** | **$96,000.00** |

Mariela Gonzalez Cortes
RESPONSABLE

A esta Factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (Art.5 Ley 1231 de 2008) Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y prestación de servicios descritos en este título valor. No Somos Grandres Contribuyentes - Somo Regimen Especial Tributario Segun Art. 19 E.T. Responsables de Iva - Actividad Economica :8559 Factura Electrónica de Venta emitida por el Software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor Tecnológico Facture S.A.S. Nit: 900399741-7

**Cufe: 1552db9399e937e26528b2b807fad38fb25c0129b7bfaa8c1388270a4d16e3f2185c31bf97a7ca50f5e22cbdac981bda**

Factura electrónica de venta emitida por el software Zeus Nit: 806.009.752-5 / Zeus Tecnologia S.A. / Proveedor tecnologico Facture S.A.S Nit: 900399741 - 7

ll.aguilar