Página 1 de 13 Código: 2BS-FR-0019	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 12-03-2021 Versión: 5 2572768815	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	

No. 04 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1

GS – 2026-

Bogotá D, C 26 DE FEBRERO DEL 2026

Señora Teniente coronel **IVONNE JOHANNA HERNANDEZ RODRIGUEZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 1
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. No.81-7-20236-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/01/2026**	**Hasta**	30/01/2026

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 u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación No. GS-2025-023345-REGI1 del 01-10-2025 el Señor Capitán ISAAC AMADO CODINA GIRALDO GALLARDO Jefe de Grupo Contratos (RASES) NO.1., obrando en calidad de Jefe Grupo de Contratos RASES No1, nombró como supervisor del contrato del asunto a la Responsable Salud Mental Unidad Prestadora de Salud Bogotá, al señor Subintendente FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:** 3

1. Informe de supervisión del mes de octubre 2025 periodo entre el 01/10/2025 al 30/10/2025 publicado mediante comunicado oficial NO. GS-2025-702804-MEBOG

Página 2 de 13	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		

2. Informe de supervisión del mes de noviembre 2025 periodo entre el 01/11/2025 al 10/12/2025 publicado mediante comunicado oficial NO. GS-2025-756931-MEBOG
3. Informe de supervisión del mes de diciembre 2025 periodo entre el 01/12/2025 al 30/12/2026 publicado mediante comunicado oficial NO. GS-2026-002033-MEBOG

Información del contrato

Contrato No.	**81-7-20236-25**
Objeto del Contrato	**LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1**
Contratista	**NOMBRE: FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR** **NIT: 830507712-4** **REPRESENTANTE LEGAL: JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA** **DOC. IDENTIDAD: C.C. 79.130.214 de Fontibón** **CIUDAD DE NOTIFICACIÓN: Bogota D.C** DIRECCIÓN: Cra 71 No. 53-52 Barrio Normandía Teléfono: 7493280 - 3108561210 – 3188881314 Email: direccionclaritza@fundacionaprenderavivir.com - johnpava_27@hotmail.com
Representante legal	**JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA** **DOC. IDENTIDAD: C.C 79.130.214 de Fontibón**
Valor inicial del contrato	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato **CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.** distribuidos así: para la vigencia 2025 la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** para la vigencia 2025 la suma de **OCHENTA MILLONES DE PESOS ($80.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**
Valor adiciones del contrato	n/a
Valor total del contrato	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato **CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.** distribuidos así: para la vigencia 2025 la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** para la vigencia 2025 la suma de **OCHENTA MILLONES DE PESOS ($80.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** **MODIFICACION NO.1 FECHA 09-12-2025** **CLÁUSULA PRIMERA: Modificar el acápite valor de la carta de aceptación de la oferta No. 81-7-20236-25, en el sentido de adicionar la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA para la vigencia 2025, quedando de la siguiente manera:** **VALOR El valor del contrato es de CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($135.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA distribuidos así:**

freddy.ochoam

	Para la vigencia 2025 la suma de CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($55.000.000,00), MONEDA LEGAL COLOBIANA. **Para la vigencia 2026 la suma de OCHENTA MILLONES DE PESOS ($80.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**
Plazo de ejecución inicial	El Plazo de Ejecución del contrato, será hasta el **31 de mayo de 2026**, o hasta agotar presupuesto
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	01/10/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31-05-2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	09-12-2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	31-05-2026
Adiciones	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato **CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.** distribuidos así: para la vigencia 2025 la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA,** para la vigencia 2025 la suma de **OCHENTA MILLONES DE PESOS ($80.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** **MODIFICACION NO.1 FECHA 09-12-2025** **CLÁUSULA PRIMERA: Modificar el acápite valor de la carta de aceptación de la oferta No. 81-7-20236-25, en el sentido de adicionar la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA para la vigencia 2025, quedando de la siguiente manera:** **VALOR El valor del contrato es de CIENTO TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($135.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA distribuidos así:** **Para la vigencia 2025 la suma de CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($55.000.000,00), MONEDA LEGAL COLOBIANA.** **Para la vigencia 2026 la suma de OCHENTA MILLONES DE PESOS ($80.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**
Modificatorios	**n/a**
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones Adelantadas:

2572768815

Ninguna

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. EL CONTRATISTA se obligará a cumplir el objeto del contrato de acuerdo a la adjudicación del proceso de selección, prestando el servicio al cumplimiento del 100% de las especificaciones técnicas exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.	SI	NINGUNA
2. Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del objeto contractual del presente contrato. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato, incluyendo los impuestos.	SI	NINGUNA
3. En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.	SI	NINGUNA
4. El CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante, cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.	SI	NINGUNA
5. El CONTRATISTA deberá guardar 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
6. El CONTRATISTA deberá informar al Supervisor del Contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento, a fin de evitar la sobre ejecución del objeto contractual.	SI	NINGUNA
7. EL CONTRATISTA deberá colaborar con los entes de control de la entidad del estado cuando así lo requiera.	SI	NINGUNA
8. EL CONTRATISTA deberá realizar la entrega del Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN, en el instructivo 009 DISAN - AGESA – 70 del 06 de marzo de 2014.		
9. El CONTRATISTA deberá tener en cuenta que cualquier tipo de impuesto que genere la ejecución del contrato, será a cargo del contratista.	SI	NINGUNA
10. EL CONTRATISTA deberá aceptar y facilitar los requerimientos de la Auditoria Medica del Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1	SI	NINGUNA

2572768815

Página 5 de 13 Código: 2BS-FR-0019 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	POLICÍA NACIONAL

11. EL CONTRATISTA deberá asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones de carácter laboral del personal destinado para la ejecución objeto del contrato.	SI	NINGUNA
12. El CONTRATISTA deberá cumplir con los amparos requeridos (póliza de Seguros), garantía de cumplimiento, calidad y las que la institución requiera o la normatividad vigente lo establezca.	SI	NINGUNA
13. El CONTRATISTA no deberá 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 al Área Regional de Aseguramiento en Salud N°1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
14. El CONTRATISTA deberá 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
15. El CONTRATISTA deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
16. El CONTRATISTA deberá cumplir con la obligación de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	NINGUNA
17. EL CONTRATISTA se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
18. El CONTRATISTA deberá garantizar que el servicio será prestado por el profesional idóneo en cada área (de acuerdo con lo descrito en el ANEXO: OFERTA Y CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS) y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes o terceros. 19. El CONTRATISTA dispondrá de un área física con las siguientes características: delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar, protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada, incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales y de familia y consultorios y contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo.	SI	NINGUNA
20. El Contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1.	SI	NINGUNA
21. El CONTRATISTA deberá notificar de forma inmediata y por escrito los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) y que llegasen a requerir ingreso por el servicio de urgencias; con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o remisión del paciente al Hospital Central de la Policía Nacional. De igual manera debe contar con la posibilidad de traslado del paciente en ambulancia, traslado que no tendrá costo adicional para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1		

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

22. El CONTRATISTA deberá entregar al supervisor del contrato el horario de atención y de actividades realizadas en lo pertinente a la programación y atención del usuario y/o beneficiarios.	SI	NINGUNA
23. El CONTRATISTA deberá informar por escrito las no asistencias de los familiares para el procedimiento, (tratamiento) así como la falta de colaboración de los mismos a pesar de las instrucciones, impartidas y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación. Si esta llegara a suceder	SI	NINGUNA
24. El CONTRATISTA deberá cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes	SI	NINGUNA
25. El CONTRATISTA deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres	SI	NINGUNA
26. El CONTRATISTA facturará cada tratamiento de acuerdo a la atención prestada, de tal manera que si el tratamiento es interrumpido por cualquier razón se facturará proporcionalmente.	SI	NINGUNA
27. 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
28. El CONTRATISTA se compromete a mantener confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.	SI	NINGUNA
29. Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	SI	NINGUNA
30. El CONTRATISTA acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No.	SI	NINGUNA

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.		
31. El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2020 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación", dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co.	SI	NINGUNA
32. 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

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El contratista deberá estar inscrito y mantener vigente la inscripción y habilitación de los servicios de salud objeto del presente proceso en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS en la ciudad de Bogotá, 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, modificada por la Resolución 00000544 del 3 de abril de 2023, en el cual deberán estar habilitados en todos los servicios requeridos para la prestación relacionada con el objeto del contrato	SI	N/A
2	**RECURSO HUMANO MÍNIMO REQUERIDO Y EXPERIENCIA DEL MISMO** El contratista deberá mantener el Talento Humano requerido para la prestación del servicio PSICÓLOGO (A) con experiencia mínima de un año, PSIQUIATRA con experiencia mínima de un año, TRABAJADOR SOCIAL con experiencia mínima de un año, TERAPEUTA OCUPACIONAL con experiencia mínima de un año, UN MEDICO GENERAL con experiencia mínima de un año, PROFESIONAL EN NUTRICIÓN con experiencia mínima de un año y OTROS PROFESIONALES QUE AMERITEN EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN. Los mencionados profesionales deberán mantener vigente la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo a lo tipificado en el artículo 23 de la ley 1164 de 2007. (...) con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del Área de la salud.		
	CAPACIDAD OPERATIVA		
3	**INSTALACIONES:** El contratista deberá mantener un área física con las siguientes características: • Delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar. • Protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada. • Incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales, y de familia y consultorios. • Contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo. El contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1.		

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

4	El contratista deberá notificar al correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co de manera formal y oportuna los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) para su análisis y evaluación a través del Grupo de garantía de la calidad en salud de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.	SI	N/A
5	El contratista deberá enviar a diario el censo de pacientes a los correos electrónicos disan.upb-sm@policia.gov.co y disan.upb-rc@policia.gov.co de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.	SI	N/A
6	El contratista deberá notificar al correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co de manera formal y oportuna las no asistencias de los familiares y/o usuario para el procedimiento, (tratamiento) así como no adherencia al tratamiento establecido (falta de colaboración de los mismos) a pesar de las orientación brindada y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación.	SI	N/A
7	Una vez se de egreso al paciente del ámbito intramural, se deberá remitir por correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co, COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL, la epicrisis de la atención prestada, además se le orientara al usuario sobre la trascripción de las ordenes medicas generadas las cuales se recepcionaran de manera presencial de lunes a viernes de 06:30 horas a 16:00 horas en la oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1 ubicada en la Cra. 68b Bis #26-58 edificio Duarte Valero torre 1 piso o de manera virtual a través del link https://sgs.policia.gov.co:8080/PSS/Cuenta/Login?ReturnUrl=%2FPSS%2FCertificados%2FCertificadoBeneficiario en horario continuo.	SI	N/A
8	El contratista deberá adherirse a los siguientes lineamientos internos de la Policía Nacional-Dirección de Sanidad, así: • El Subsistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional cuenta con un manual único de medicamentos y terapéutica del SSPM establecido en el acuerdo No 080 de 2022 el cual debe ser de conocimiento dEl contratista y del personal de profesionales para que la prescripción de medicamentos se realice conforme a lo establecido en el mencionado acuerdo. Cuando se haga necesaria la formulación de medicamentos que no estén contemplados en el acuerdo No 080 de 2022, se debe cumplir con el siguiente protocolo: • La prescripción del medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, sólo podrá realizarse por un médico u odontólogo especialista habilitado según corresponda, para la formulación correspondiente. • Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva. • La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado todas las posibilidades terapéuticas del presente Manual, sin obtener respuesta clínica o para clínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el Manual. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente. • Las solicitudes de este tipo de moléculas a nivel ambulatorio y hospitalario, deben estar debidamente soportadas y diligenciadas en los formatos respectivos. Ambulatorio (formato emitido por el Establecimiento de Sanidad Policial) e intrahospitalario (formato emitido por el respectivo prestador). • **ACUERDO No. 080 del 27 de mayo de 2022** *"POR EL CUAL SE DICTAN POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN FARMACÉUTICA Y SE DETERMINA EL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA PARA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL".* • **DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PERMANENTE NO. 003 del 10 de marzo de 2023"** *DIRECTRICES PARA LA EXPEDICION Y RESGISTRO DE EXCUSAS DE SERVICIO, INCAPACIDAD MEDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA".* • **ACUERDO 002 del 27 de abril de 2001** *"PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL"* los cuales serán socializados por el área de Referencia, contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.1 de manera mensual. **Las cuáles serán socializados por el supervisor del contrato o quien haga sus veces.**	SI	N/A
9	En el caso de que se requiera un procedimiento que no esté contemplado en el contrato y que el contratista ofrezca, este se podrá incluir mediante solicitud del supervisor al ordenador del Gasto para realizar la modificación del Contrato. El valor será establecido previa solicitud de mínimo dos	SI	N/A

GS-2026-114488-MEBOG

	(2) cotizaciones, incluida una del contratista y conforme al estudio de mercado se tomará el valor más favorable.		
10	Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, de acuerdo a normatividad vigente.	SI	N/A
11	El contratista se compromete a designar un coordinador eficiente del contrato como apoyo de solución a los inconvenientes que den a lugar en la ejecución del mismo. Para este ejercicio de su función deberá disponer de los medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información, que permita atender los requerimientos, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	SI	N/A
12	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios	SI	N/A
13	El contratista deberá expedir los conceptos médicos que formule la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.1, a través del supervisor del contrato.	SI	N/A
14	El contratista deberá presentar a la oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1 y al supervisor del contrato los pacientes que por sus comorbilidades requieran de un manejo integral diferente al de salud mental para su ubicación en la red de prestadores de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1	SI	N/A
	El contratista deberá informar al supervisor del contrato cuando el presupuesto se encuentre en un 70% de ejecución, con el fin de tomar medidas para la continuidad de la prestación del servicio. De igual manera, deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un 100% con el fin de evitar la sobre ejecución y evitar incurrir en faltas penales, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado.	SI	N/A
15	El contratista deberá aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico Concurrente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, supervisor del contrato y la coordinación de salud mental.	SI	N/A
16	El contratista deberá delegar un especialista para que intervenga en las reuniones de decisiones médicas cuando su participación sea solicitada por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	N/A
17	El contratista deberá mantener vigente el Certificado vigente emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	SI	N/A
18	El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2020 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación.	SI	N/A
19	Una vez agotado el presupuesto del contrato, El contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y El contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.	SI	N/A
20	El contratista prestará en el servicio de salud en cumplimiento a al DECRETO 4747 DE 2007 (diciembre 07) ***"Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"*** (orden médica, documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional Vigente).	SI	N/A
21	El contratista deberá 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	N/A
22	Cuando se detecte que un paciente es consultante crónico, El contratista deberá reportar al supervisor del contrato al correo disan.upb-sm@policia.gov.co la frecuencia de uso del servicio.	SI	N/A

2572768815

23	El contratista se compromete a facturar por evento en el caso en que no se preste la totalidad del paquete contratado, denominado **(RUPTURA DEL PAQUETE)**	**SI**	**N/A**
24	El contratista deberá brindar atención encaminada al tratamiento de la dependencia y el consumo de sustancias psicoactivas, el cual incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y/o ludopatía además de la intervención orientada a la reinserción social la cual hace referencia al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas alcoholismo y/o ludopatía; ésta área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes: • Familiar • Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo. • Asesoramiento educativo. • Alojamiento o Vivienda. Habiendo posibilidad de diversos enfoques en el tratamiento se contará con un enfoque aceptado y validado nacional e internacionalmente. Por lo anterior El contratista entregará las guías de manejo actualizadas en ejercicio a la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y/ los dictados de acuerdo con las rutas integrales de atención en Salud (RIAS) específicamente la ruta de atención en SPA, con las cuales se realizará la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1. Las guías de manejo serán entregadas al supervisor de contrato mediante correo electrónico DISAN.UPB-SM@POLICIA.GOV.CO.	**SI**	**N/A**
25	REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El contratista deberá estar inscrito y mantener vigente la inscripción y habilitación de los servicios de salud objeto del presente proceso en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS en la ciudad de Bogotá, 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, modificada por la Resolución 00000544 del 3 de abril de 2023, en el cual deberán estar habilitados en todos los servicios requeridos para la prestación relacionada con el objeto del contrato	**SI**	**N/A**

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

SE REALIZA FACTURACION HASTA EL 30 DE ENERO 2026

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (130) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (112/**242**) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

3. TRAMITES 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, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel listado discriminando número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético (CD) 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 y los requisitos establecidos por la DIAN.

Responsabilidad en cuanto a la Facturación Electrónica:

El Contratista deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2020 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados, del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación".

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.
Documentos requeridos:

a) Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley.
b) Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
c) Copia de la historia clínica en la que se soporte cada una de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente. Así mismo, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 se compromete a guardar la reserva de este tipo de información, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 "la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" en concordancia con el articulo 10 literal G de la ley 1751 de 2015 y el articulo 14 numerales 3 y 4 de la resolución 1995 de 1999.
d) Autorización del servicio en original
e) Orden médica.
f) Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, 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.

Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, anexo 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, 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 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 cual se anexa.
- El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

freddy.ochoam

PARÁGRAFO PRIMERO: AUDITORIA DE CUENTAS.

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

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

CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.
Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la USP, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de TRIAGE y dé la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el decreto 4747/2007.

Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) y aprobado por esa instancia de la Dirección de Sanidad.

Bien o 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 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS) (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EIPS).

Las contempladas en la Resolución 3047 de 2008, Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las modifiquen o adicionen
Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR
BANCO: BANCOLOMBIA SA
TIPO DE CUENTA: CUENTA DE AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 58973808816

4. **Ejecución Financiera y Pagos:**

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$135.000.000	100%
Valor total de las entregas	$69.009.312,00	51,12%
Valor total facturado	$54.999.997,00	41%
Valor facturado pendiente de pago	$80.000.003,00	59%
Valor pagado	$54.999.997,00	41%
Valor pendiente de entrega	$65.990.688,00	48,88%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**
NO 06.	**$14.009.315**	26/01/2026	**$14.009.315**	Del FFE2263 A FFE2271	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

5. **RECOMENDACIONES** No se tiene recomendaciones, se realiza RAS e informe de supervisión después de revisión por auditoría de cuentas y bajo notificación de glosas y conciliaciones.

6. **CONCLUSIONES**

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI X**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soporte (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,

Subintendente **FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR**
LIDER SALUD MENTAL UPRES BOGOTÁ
Supervisor Contrato No. 81-7-20322-24
Freddy.ochoa2743@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3228533396

2572768815

freddy.ochoam

Página 1 de 9	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. 26 DE FEBRERO
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	**PN RASES No.1 N.º No.81-7-20236-25**
Constancia de recibido No.	06
Contratista:	FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT del contratista:	830507712-4
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	**PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1**
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato **CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.** distribuidos así: para la vigencia 2025 la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2025 la suma de **OCHENTA MILLONES DE PESOS ($80.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA** **Modificación No.1 ADICIÓN POR LA SUMA DE QUINCE MILLONES DE PESOS (15.000.000)**
Plazo de ejecución:	Plazo inicial 01/10/2025 hasta 31/05/2026, o hasta agotar presupuesto

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
26 FEB 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

Página 2 de 9	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		

Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 71 N. 53-52 FUNDACION APRENDER A VIVIR
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR Líder Salud Mental UPRES BOGOTA
Fecha de entrega certificada:	01 DE ENERO DEL 2026 AL 30 DE ENERO DEL 2026

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
RASES N.1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1	$14.009.315	$14.009.315	0	$14.009.315

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

Página 3 de 9	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		

N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	VALOR	NOTA DEBITO O CREDITO	VALOR NETO
4/02/2026	4/02/2026	$ 2.993.061		$ 2.993.061
4/02/2026	4/02/2026	$ 622.438		$ 622.438
4/02/2026	4/02/2026	$ 2.993.061		$ 2.993.061
4/02/2026	4/02/2026	$ 2.893.292		$ 2.893.292
4/02/2026	4/02/2026	$ 99.769		$ 99.769
4/02/2026	4/02/2026	$ 982.797		$ 982.797
4/02/2026	4/02/2026	$ 655.198		$ 655.198
4/02/2026	4/02/2026	$ 982.797		$ 982.797
4/02/2026	4/02/2026	$ 1.786.902		$ 1.786.902
		$ 14.009.315		$ 14.009.315

CONCEPTO E CUMPLIMIENTO: SE CERTIFICA QUE CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ANEXO N.2 Y CONDICIONES ESTIPULADAS DEL 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: SE AVALA EL PAGO DE LA FACTURA ANUNCIADA EN LA SIGUIENTE PLANILLA PARA EL PERIODO DE 11 DE DICIEMBRE 2025 AL 26 DE DICIEMBRE E DEL 2025 previa auditoria, No. RADICACION 331 - 332 DEL 5 FEBRERO DE 2026 . CORRESPONDE A LA RESPUESTA DE GLOSA. ME PERMITO CERTIFICAR QUE REVISADAS LAS FACTURAS Y VERIFICADOS SUS SOPORTES LOS CUALES CUMPLEN CON LOS REQUISITOS.CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LOS PAGOS HAN SIDO VERIFICADOS Y CORRESPONDEN TANTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS, COMO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO N° 97-7-20236-25 Y LOS VALORES FACTURADOS (NO SUPERAN LOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 2423/1.996 / CORRESPONDEN A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO), VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. NO SE OBSERVA GLOSA. CORREO DE NOTIFICACION EL DIA 26 De Febrero 2026 Señor SUPERVISOR DE CONTRATO.

2572768815

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El contratista deberá estar inscrito y mantener vigente la inscripción y habilitación de los servicios de salud objeto del presente proceso en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS en la ciudad de Bogotá, 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, modificada por la Resolución 00000544 del 3 de abril de 2023, en el cual deberán estar habilitados en todos los servicios requeridos para la prestación relacionada con el objeto del contrato	SI	N/A
2	**RECURSO HUMANO MÍNIMO REQUERIDO Y EXPERIENCIA DEL MISMO** El contratista deberá mantener el Talento Humano requerido para la prestación del servicio PSICÓLOGO (A) con experiencia mínima de un año, PSIQUIATRA con experiencia mínima de un año, TRABAJADOR SOCIAL con experiencia mínima de un año, TERAPEUTA OCUPACIONAL con experiencia mínima de un año, UN MÉDICO GENERAL con experiencia mínima de un año, PROFESIONAL EN NUTRICIÓN con experiencia mínima de un año y OTROS PROFESIONALES QUE AMERITEN EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN. Los mencionados profesionales deberán mantener vigente la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo a lo tipificado en el artículo 23 de la ley 1164 de 2007. (...) con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del Área de la salud.		
	CAPACIDAD OPERATIVA		
3	**INSTALACIONES:** El contratista deberá mantener un área física con las siguientes características: • Delimitada, adecuada y exclusiva para la prestación del servicio que se pretende contratar. • Protegida, con vigilancia permanente, controlada, monitorizada. • Incluirá espacios físicos cómodos, con área para la realización de actividades lúdicas, área para la realización de actividades deportivas, área para la realización de intervenciones terapéuticas grupales, y de familia y consultorios. • Contará con habitaciones cómodas, en apropiadas condiciones de limpieza y aseo. El contratista deberá proveer al usuario de: Hotelería, Alimentación y Transporte (El Transporte se requerirá cuando el Paciente deba asistir a Consulta Médica, o deba trasladarse para Salidas Terapéuticas únicamente cuando sea necesario y el Tratamiento Integral de Deshabituación y Rehabilitación así lo requiera), sin costo alguno para el Área Regional de Aseguramiento en Salud Número 1.		
4	El contratista deberá notificar al correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co de manera formal y oportuna los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante la prestación del servicio (lesión por intento de suicidio, lesión causada por un tercero, intoxicación o cualquier otra condición médica que amerite intervención inmediata) para su análisis y evaluación a través del Grupo de garantía de la calidad en salud de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.	SI	N/A

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

5	El contratista deberá enviar a diario el censo de pacientes a los correos electrónicos disan.upb-sm@policia.gov.co y disan.upb-rc@policia.gov.co de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1.	**SI**	**N/A**
6	El contratista deberá notificar al correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co de manera formal y oportuna las no asistencias de los familiares y/o usuario para el procedimiento, (tratamiento) así como no adherencia al tratamiento establecido (falta de colaboración de los mismos) a pesar de las orientación brindada y las causas de cancelación de procedimientos con su respectiva justificación.	**SI**	**N/A**
7	Una vez se de egreso al paciente del ámbito intramural, se deberá remitir por correo electrónico disan.upb-sm@policia.gov.co, COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL, la epicrisis de la atención prestada, además se le orientara al usuario sobre la trascripción de las ordenes medicas generadas las cuales se recepcionaran de manera presencial de lunes a viernes de 06:30 horas a 16:00 horas en la oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1 ubicada en la Cra. 68b Bis #26-58 edificio Duarte Valero torre 1 piso o de manera virtual a través del link https://sgs.policia.gov.co:8080/PSS/Cuenta/Login?ReturnUrl=%2FPSS%2FCertificados%2FCertificadoBeneficiario en horario continuo.	**SI**	**N/A**
8	El contratista deberá adherirse a los siguientes lineamientos internos de la Policía Nacional- Dirección de Sanidad, así: • El Subsistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional cuenta con un manual único de medicamentos y terapéutica del SSPM establecido en el acuerdo No 080 de 2022 el cual debe ser de conocimiento dEl contratista y del personal de profesionales para que la prescripción de medicamentos se realice conforme a lo establecido en el mencionado acuerdo. Cuando se haga necesaria la formulación de medicamentos que no estén contemplados en el acuerdo No 080 de 2022, se debe cumplir con el siguiente protocolo: • La prescripción del medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, sólo podrá realizarse por un médico u odontólogo especialista habilitado según corresponda, para la formulación correspondiente. • Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva. • La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado todas las posibilidades terapéuticas del presente Manual, sin obtener respuesta clínica o para clínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el Manual. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente. • Las solicitudes de este tipo de moléculas a nivel ambulatorio y hospitalario, deben estar debidamente soportadas y diligenciadas en los formatos respectivos. Ambulatorio (formato emitido por el Establecimiento de Sanidad Policial) e intrahospitalario (formato emitido por el respectivo prestador). • **ACUERDO No. 080 del 27 de mayo de 2022** *"POR EL CUAL SE DICTAN POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN FARMACÉUTICA Y SE DETERMINA EL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA PARA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL".* • **DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PERMANENTE NO. 003 del 10 de marzo de 2023"** *DIRECTRICES PARA LA EXPEDICION Y RESGISTRO DE EXCUSAS DE SERVICIO, INCAPACIDAD MEDICA, LICENCIA POR*	**SI**	**N/A**

2572768805

	MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA". • **ACUERDO 002 del 27 de abril de 2001** *"PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL"* los cuales serán socializados por el área de Referencia, contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.1 de manera mensual. **Las cuáles serán socializados por el supervisor del contrato o quien haga sus veces**.		
9	En el caso de que se requiera un procedimiento que no esté contemplado en el contrato y que el contratista ofrezca, este se podrá incluir mediante solicitud del supervisor al ordenador del Gasto para realizar la modificación del Contrato. El valor será establecido previa solicitud de mínimo dos (2) cotizaciones, incluida una del contratista y conforme al estudio de mercado se tomará el valor más favorable.	**SI**	**N/A**
10	Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, de acuerdo a normatividad vigente.	**SI**	**N/A**
11	El contratista se compromete a designar un coordinador eficiente del contrato como apoyo de solución a los inconvenientes que den a lugar en la ejecución del mismo. Para este ejercicio de su función deberá disponer de los medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información, que permita atender los requerimientos, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.	**SI**	**N/A**
12	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios	**SI**	**N/A**
13	El contratista deberá expedir los conceptos médicos que formule la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.1, a través del supervisor del contrato.	**SI**	**N/A**
14	El contratista deberá presentar a la oficina de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1 y al supervisor del contrato los pacientes que por sus comorbilidades requieran de un manejo integral diferente al de salud mental para su ubicación en la red de prestadores de servicios de salud de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 1	**SI**	**N/A**
	El contratista deberá informar al supervisor del contrato cuando el presupuesto se encuentre en un 70% de ejecución, con el fin de tomar medidas para la continuidad de la prestación del servicio. De igual manera, deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un 100% con el fin de evitar la sobre ejecución y evitar incurrir en faltas penales, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado.	**SI**	**N/A**
15	El contratista deberá aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico Concurrente de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, supervisor del contrato y la coordinación de salud mental.	**SI**	**N/A**
16	El contratista deberá delegar un especialista para que intervenga en las reuniones de decisiones médicas cuando su participación sea solicitada por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	**SI**	**N/A**
17	El contratista deberá mantener vigente el Certificado vigente emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los	**SI**	**N/A**

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

	Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
18	El contratista deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2020 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación.	**SI**	**N/A**
19	Una vez agotado el presupuesto del contrato, El contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante con cargo al presente contrato y El contratista acepta que el pago de tales servicios se verificará, previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para tal efecto.	**SI**	**N/A**
20	El contratista prestará en el servicio de salud en cumplimiento a al DECRETO 4747 DE 2007 (diciembre 07) ***"Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"*** (orden médica, documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional Vigente).	**SI**	**N/A**
21	El contratista deberá 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**	**N/A**
22	Cuando se detecte que un paciente es consultante crónico, El contratista deberá reportar al supervisor del contrato al correo disan.upb-sm@policia.gov.co la frecuencia de uso del servicio.	**SI**	**N/A**
23	El contratista se compromete a facturar por evento en el caso en que no se preste la totalidad del paquete contratado, denominado **(RUPTURA DEL PAQUETE)**	**SI**	**N/A**
24	El contratista deberá brindar atención encaminada al tratamiento de la dependencia y el consumo de sustancias psicoactivas, el cual incluye todas aquellas acciones de	**SI**	**N/A**

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

	tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y/o ludopatía además de la intervención orientada a la reinserción social la cual hace referencia al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas alcoholismo y/o ludopatía; ésta área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes: • Familiar • Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo. • Asesoramiento educativo. • Alojamiento o Vivienda. Habiendo posibilidad de diversos enfoques en el tratamiento se contará con un enfoque aceptado y validado nacional e internacionalmente. Por lo anterior El contratista entregará las guías de manejo actualizadas en ejercicio a la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y/ los dictados de acuerdo con las rutas integrales de atención en Salud (RIAS) específicamente la ruta de atención en SPA, con las cuales se realizará la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1. Las guías de manejo serán entregadas al supervisor de contrato mediante correo electrónico DISAN.UPB-SM@POLICIA.GOV.CO.		
25	REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El contratista deberá estar inscrito y mantener vigente la inscripción y habilitación de los servicios de salud objeto del presente proceso en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS en la ciudad de Bogotá, 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, modificada por la Resolución 00000544 del 3 de abril de 2023, en el cual deberán estar habilitados en todos los servicios requeridos para la prestación relacionada con el objeto del contrato	SI	N/A

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Atentamente

FIRMA DE SUPERVISOR
Subintendente **FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR**
Lider de Salud Mental

GS-2026-062403-MEBOG

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
METROPOLITANA DE BOGOTA
GRUPO SERVICIOS ASISTENCIALES ESPRI UNIDAD MEDICA BG EDGAR YESID DUARTE VALERO

CEA.3.0-07
16-ECD-003

ESPRI-GASIS - 20.1

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
05 FEB 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Bogotá D.C., 05 de febrero de 2026

Señor
JHON ALEXANDER PAEZ
Representante legal Fundacion Aprender a Vivir
CARRERA 71 53-52
Bogotá

Asunto: Informe de facturas de FUNDACION APRENDER A VIVIR.

Respetuosamente me permito remitir facturas allegadas para pago del contrato No. 81-7-20236-25 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1, relacionados de la siguiente manera, para entrega en oficina de cuentas Regional de Aseguramiento en Salud No.1:

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 05 DE FEBRERO
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**: Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	**PN RASES No.1 N.° No.81-7-20236-25**
Constancia de recibido No.	06
Contratista:	FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT del contratista:	830507712-4
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	**PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIC REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1**
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato **CIENTO VEINTE MILLONES DE I ($120.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA.** distribuidos así: para la vigencia 2025 la suma de **CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000. MONEDA LEGAL COLOMBIANA** para la vigencia 2025 la suma de **OCHENTA MILLONES DE PESOS ($80.000.000) MONEDA COLOMBIANA** **Modificación No.1 ADICIÓN POR LA SUMA DE QUINCE MILLONES DE PESOS (15.000.000)**
Plazo de ejecución:	Plazo inicial 01/10/2025 hasta 31/05/2026, o hasta agotar presupuesto

2572768805

GS-2026-114488-MEBOG

GS-2026-062403-MEBOG

Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 71 N. 53-52 FUNDACION APRENDER A VIVIR
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente FREDDY ARLEY OCHOA MUNEVAR Líder Salud Mental UPRES BOGOTA
Fecha de entrega certificada:	01 DE ENERO DEL 2026 AL 30 DE ENERO DEL 2026

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar*	Valor pa
RASES N.1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, INCLUIDO ALCOHOLISMO Y LUDOPATÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NÚMERO 1	$14.009.315	$14.009.315	0	$14.0

Atentamente,

...

Firmado digitalmente por:
Nombre: Freddy Arley Ochoa Munevar
Grado: Subintendente
Cargo: Neuropsicologo
Cédula: 1051210808
Dependencia: Grupo Servicios Asistenciales Espri Unidad Medica Bg Edgar Yesid Duarte Valero
Unidad: Metropolitana De Bogota
Correo: freddy.ochoa2743@correo.policia.gov.co
5/02/2026 9:58:47 a. m.

Anexo: si

INFORMACIÓN PÚBLICA

2572768805

GS-2026-114488-MEBOG

Nº	AREA DE BANCO	NOMBRE DEL CAPRE	NIT	NUMERO DE FACTURACION	FECHA DE RADICACION DE LA FACTURA	N DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NUMERO DE AUTORIZACION	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PSICOLOGICO IN HOMBRES	DESCRIPCION CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PSICOLOGICO IN HOMBRES	CODIGO CIE10 EL PACIENTE	DESCRIPCION CIE10 EL PACIENTE	VALOR DE LA FACTURA	EDAD PACIENTE	GENERO (FEMENINO)
1	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2363	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	11548604	28/01/2026	LAURA MARIA RAMOS ARANGO	1085111014	138801	Sesión de Entidad Básica del Comunidad de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 2.999.081	19	M
2	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2364	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	10710641	1/10/2025	KEVIN ANDRES CEVERA VARGAS	1020537187	138801	Sesión de Entidad Básica del Comunidad de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 614.434	21	M
3	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2365	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	11165367	1/12/2025	ANDRES SANTIAGO CORRALES HERNANDEZ	1022385027	138801	Sesión de Entidad Básica del Comunidad de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 2.591.265	19	M
4	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2366	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	11321827	23/12/2025	LAURA ESTEFANIA MORENO SANDOVAL	1058355703	138801	Sesión del cuidado Básica del Consumidor de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 2.392.193	19	M
5	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2367	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	11599668	30/01/2026	MARCO DIEGO RAMIREZ PEREZ	1003137463	138804	Sesión del cuidado Básica del Consumidor de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 99.788	33	M
6	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2365	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	10803687	31/10/2025	JHOSEP MOISES CHAMORRO ROMERO	1193185537	138801	Sesión del cuidado Básica del Consumidor de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 992.192	15	M
7	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2368	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	10786305	1/10/2025	JUAN DIEGO RAMIREZ ARENAS	1110500648	138801	Sesión del cuidado Básica del Consumidor de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 655.198	34	M
8	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2120	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	10885690	31/10/2025	JOHAN DAVID ALEMAN DE VARGAS	1002351319	138801	Sesión del cuidado Básica del Consumidor de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 982.299	24	M
9	Regional de Aseguramiento de salud No.1	FUNDACION APRENDER A VIVIR	830507112-4		05/02/2026	FFE2371	4/02/2026	1/01/2026-30/01/2026	11280192	16/12/2025	OSCARPO BERNAL TABARES	3172928	138801	Sesión del cuidado Básica del Consumidor de Sustancias Psicoactivas	F199	Trastorno mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	$ 1.358.902	61	M
																	$ 14.009.315		

2572768805

freddy.ochoam

Bogotá, febrero 3 de 2026

CERTIFICACION

El suscrito Representante legal de la **FUNDACION APRENDER A VIVIR**, identificado con NIT. 830507712-4, por medio de la presente certifica que a la fecha la institución se encuentra al día por concepto de aportes a la seguridad social y parafiscal de ley a la fecha y en los últimos seis meses.

Para efecto me permito adjuntar la planilla de pago correspondiente al mes de enero de 2026.

Cordialmente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA
Representante Legal

2572768805

freddy.ochoam

2572768815

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR	CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E		45464157	$13.410.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1
EPS006	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.125.000	0		0		0	0	0	0	1.125.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	275.000	0		0		0	0	0	0	275.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	2.431.400	0		0		0	0	0	0	2.431.400	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.720.200	0	0	45.000	45.000	0	0		1.810.200	2
231001	Colfondos	800227940-9	352.000	0	0	0	0	0	0		352.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.392.400	0	0	77.500	77.500	0	0		3.547.400	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	356.800				356.800	0	0	356.800			3.568	356.800	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	1.368.300	0	0	1.368.300	7

Esta planilla fue validada como PRIMARIA por parte de Compensar Operador de Información

GS-2026-114488-MEBOG

freddy.ochoam

257276883

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

GS-2026-114488-MEBOG

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830507712-4	FUNDACION APRENDER A VIVIR		CR 71 53 52	3103330027	johnpava_27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – mayor de 200 c			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
					TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E		45484157	$13.410.000	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
683.300	0	0	683.300	7
ICBF				
1.024.800	0	0	1.024.800	7
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	4.269.200	4.269.200
Pensión	3	5.709.600	5.709.600
Riesgos Laborales	1	356.800	356.800
CCF	1	1.366.300	1.366.300
ESAP	0	0	0
ICBF	1	1.024.800	1.024.800
MEN	0	0	0
SENA	1	683.300	683.300
TOTALES	12	13.410.000	13.410.000

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

freddy.ochoam

Fundación Aprender a Vivir

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor ORLANDO BOTINA TABARES identificado con cedula de ciudadanía No. 3.142.998, durante el mes de enero de 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de INTERNADO/AMBULATORIO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2271

				Fecha y hora Factura	
Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Generación**	04/02/2026, 14:21
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	(000) 3505560928	**Expedición**	04/02/2026, 14:21
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Vencimiento**	06/03/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138B01 CC3142998 ORLANDO BOTINA TABARES	1.00	1,786,902.00

Fabricante Software y Proveedor Tecnológico: Siigo S.A.S. - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica según el XML

Total Items: 1

Valor en Letras:
Un millón setecientos ochenta y seis mil novecientos dos pesos m/cte

Total Bruto	1,786,902.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	1,786,902.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 1,786,902.00

Observaciones:
MENSUALIDAD INTERNADO/AMBULATORIO ENERO Autorización # 11280102

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:

Modalidad de pago:

1100120395

Periodo de inicio:
01/01/2026

Periodo de finalización:
30/01/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Pago por evento

Plan de servicios:
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

[illegible] relativas a la ley de cuentas (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente los [illegible] descritos en este título - Valor Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses

[illegible] 9720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL

[illegible]

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11280102 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 16/12/2025 14:07:46

Información del Prestador

Nombre	FUNDACION APRENDER A VIVIR	**Identificación Prestador**	830507712
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	**Municipio**	BOGOTÁ
Dirección	CL 53# 67-15/25	**Teléfono**	2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre	ORLANDO BOTINA TABARES	**Identificación Paciente**	3142998
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	**Municipio**	BOGOTÁ, D.C.
Dirección	CRA. 82 G BIS # 59 - 62 SUR CONJUNTO TORRES DE LUCERNA, TORRE 6 APARTAMENTO 404	**Teléfono**	3610922
Fecha de Nacimiento	10/12/1963		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
138B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones CONTINUAR CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 30 DÍAS DE INTERNALIZACIÓN, 3 MESES DE SOPORTE PROFESIONAL ANDRES PARRA ESPITIA. RM 80112022 EVOLUCION FUNDACION APRENDER A VIVIR TENIENDO EN CUENTA LA LEY 2460 DE 202 (JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico	00
Cargo	AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

2572768805

2572768815

GS-2026-114488-MEBOG

Fundación Aprender a Vivir
Porque el sol es para todos

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor JOHAN DAVID ALEXANDER VANEGAS identificado con cedula de ciudadanía No. 1.000.252.319, durante el mes de enero del 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de AMBULATORIO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

GS-2026-114488-MEBOG

freddy.ochoam

2572768815

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2270

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-		
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	(000) 3505560928
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación	04/02/2026, 14:14
Expedición	04/02/2026, 14:14
Vencimiento	06/03/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138B01 CC1000252319 JOHAN DAVID ALEXANDER VANEGAS VANEGAS	1.00	982,797.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Novecientos ochenta y dos mil setecientos noventa y siete pesos m/cte

Total Bruto	982,797.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	982,797.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 982,797.00

Observaciones:
MENSUALIDAD AMBULATORIO ENERO Autorización # 10806690

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:

Modalidad de pago:

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.085.605-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

1100120395

Periodo de inicio:
01/01/2026

Periodo de finalización:
30/01/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Pago por evento

Plan de servicios:
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

[illegible] relativas a la ley de cuotas (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las [illegible] descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764009787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses

[illegible] 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas tarifa 9.66 POR MIL

CUFE: 0[illegible]

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 10806690 Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año) 3/10/2025 20:01:53

Información del Prestador

Nombre	FUNDACION APRENDER A VIVIR	Identificación Prestador	830507712
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	Municipio	BOGOTÁ
Dirección	CL 53B 67-15/25	Teléfono	2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre	JOHAN DAVID ALEXANDER VANEGAS VANEGAS	Identificación Paciente	1000252319
Departamento		Municipio	
Dirección	TV 37 59B18 SUR	Teléfono	
Fecha de Nacimiento	22/8/2001		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
139801	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	11

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización: Consulta Externa

Observaciones: SEGUIR CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PACIENTE QUIEN INICIO PROCESO CONTRATO ANTERIOR CONTINUAR RESTANTE DEL CICLO: DE 60 DÍAS DE INTERNALIZACIÓN, 3 MESES DE SOPORTE PROFESIONAL ANDRES PARRA ESPITIA PSIQUIATRA CC 80112022 TENIENDO EN CUENTA LA LEY 2460 DE 202 (JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico	00
Cargo	AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

2572768805

freddy.ochoam

Fundación Aprender a Vivir

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor JUAN DAVID ROMERO ARENAS identificado con cedula de ciudadanía No. 1.110.508.088, durante el mes de enero del 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de AMBULATORIO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2269

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	(000) 3505560928	**Generación**	04/02/2026, 14:11
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	04/02/2026, 14:11
				Vencimiento	06/03/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138801 CC1110508088 JUAN DAVID ROMERO ARENAS	1.00	655,198.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sigo SAS - Nit 830.040.145-8. Nombre Software: Sigo Nube. Firma electrónica: Ver en el XML

Total items: 1

Valor en Letras:
Seiscientos cincuenta y cinco mil ciento noventa y ocho pesos m/cte

Total Bruto	655,198.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	655,198.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 655,198.00

Observaciones:
MENSUALIDAD AMBULATORIO ENERO Autorización # 10791636

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:

Modalidad de pago:

2572768805

1100120395

Periodo de inicio:
01/01/2026

Periodo de finalización:
30/01/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Pago por evento

Plan de servicios:
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

[illegible] normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las [illegible] descritas en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
[illegible] 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
[illegible] 8af1a0bf1096b1b6bdd1472db138d1ea8a46101241f5168acba180e657d80ced5c89734eba9ffcab37c0abab7d2f562

2572768815

GS-2026-114488-MEBOG

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 10791636 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 1/10/2025 19:04:33

Información del Prestador

Nombre	FUNDACION APRENDER A VIVIR	Identificación Prestador	830507712
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	Municipio	BOGOTÁ
Dirección	CL 53# 67-15/25	Teléfono	2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre	JUAN DAVID ROMERO ARENAS	Identificación Paciente	1105080088
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	Municipio	BOGOTÁ, D.C.
Dirección	AC. 26 # KR 74	Teléfono	
Fecha de Nacimiento	18/1/1991		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
138B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones

SEGUIR CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 60 DIAS DE INTERNALIZACION Y TRES MESES DE SOPORTE MEDICO PSIQUIATRA ANDRES PARRA ESPITIA PSIQUIATRIA RM 1117052013 LEY 2460 DE 2025 JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico	00
Cargo	AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeto a Auditoría de Cuentas Médicas.

2572768805

GS-2026-114488-MEBOG

2572768815

Fundación Aprender a Vivir

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor JADER JADY GRANADOS FRAGOZO identificado con cedula de ciudadanía No. 1.193.126.577, durante el mes de enero del 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de AMBULATORIO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

GS-2026-114488-MEBOG

freddy.ochoam

2572768815

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2268

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			Fecha y hora Factura	
NIT	900.336.524-5	Teléfono	(000) 3505560928	Generación	04/02/2026, 14:05
Dirección	CR 68B BIS 44 58	Ciudad	Bogotá - Colombia	Expedición	04/02/2026, 14:05
				Vencimiento	06/03/2026

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138B01 CC1193126577 JADER JADY GRANADOS FRAGOZO	1.00	982,797.00

al items: 1

Total Bruto	982,797.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	982,797.00

Valor en Letras:
Novecientos ochenta y dos mil setecientos noventa y siete pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 982,797.00

Observaciones:
MENSUALIDAD AMBULATORIO ENERO Autorización # 10803687

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:

Modalidad de pago:

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

freddy.ochoam

1100120395

Periodo de inicio:
01/01/2026

Periodo de finalización:
30/01/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Pago por evento

Plan de servicios:
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

[illegible] relativas a la ley de garantías (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las [illegible] descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses

[illegible] Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9,66 POR MIL

[illegible]

FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 10803687 Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año) 3/10/2025 14:00:18

Información del Prestador

Nombre	FUNDACION APRENDER A VIVIR	Identificación Prestador	830507712
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	Municipio	BOGOTÁ
Dirección	CL 53# 67-15/25	Teléfono	2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre	JADER JADY GRANADOS FRAGOZO	Identificación Paciente	1193126577
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	Municipio	BOGOTÁ, D.C.
Dirección	CL 152 A BIS 110 29 SC SUBA ALMENDROS AP 302	Teléfono	/
Fecha de Nacimiento	25/11/2000		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
136B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización: Consulta Externa

Observaciones: SEGUIR CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 60 DIAS DE INTERNALIZACION Y TRES MESES DE SOPORTE MEDICO PSIQUIATRA ANDRES PARRA ESPITIA PSIQUIATRIA RM 1117052013 LEY 2460 DE 2025 JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico	00
Cargo	AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono	

IMPORTANTE: Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

2572768805

freddy.ochoam

Fundación Aprender a Vivir

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor MARCOS FIDEL SUAREZ PEREZ identificado con cedula de ciudadanía No. 1.063.137.463, durante el mes de enero del 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de INTERNADO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2267

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	(000) 3505560928	**Generación**	04/02/2026, 13:51
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	04/02/2026, 13:51
				Vencimiento	06/03/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138B01 CC1063137463 MARCOS FIDEL SUAREZ PEREZ	1.00	99,769.00

Fabricante Software y Proveedor Tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.415-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: Ver en el XML

Total items: 1

Valor en Letras:
Noventa y nueve mil setecientos sesenta y nueve pesos m/cte

Total Bruto	99,769.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	99,769.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 99,769.00

Observaciones:
MENSUALIDAD INTERNADO ENERO Autorización # 11569668

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:

Modalidad de pago:

GS-2026-114488-MEBOG

1100120395

Periodo de inicio:
30/01/2026

Periodo de finalización:
30/01/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Pago por evento

Plan de servicios:
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

[illegible] relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las [illegible] en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**

[illegible] 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL

[illegible]bb101f7bc8ed196ad39b7af2b6685b37596ad06989bd183e78c8b4bfc4512a0

freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11569668 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 30/1/2026 15:25:24

Información del Prestador

Nombre	FUNDACION APRENDER A VIVIR	**Identificación Prestador**	830507712
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	**Municipio**	BOGOTÁ
Dirección	CL 53# 67-15/25	**Teléfono**	2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre	MARCOS FIDEL SUAREZ PEREZ	**Identificación Paciente**	1063137463
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	**Municipio**	BOGOTÁ, D.C.
Dirección	CLL. 16 F BIS N. 103 A - 86	**Teléfono**	3235289162
Fecha de Nacimiento	6/1/1986		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
138B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones

INTERNACION CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 60 DIAS DE INTERNALIZACIÓN CON TRES MESES SOPORTE, CLÍNICA INMACULADA INTERNACIÓN DE UNIDAD DE SALUD MENTAL (INCLUYE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) CRISTIAN ROJAS 7185176 TENIENDO EN CUENTA LA LEY 2460 DE 202 (JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL.

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico	00
Cargo	AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

2572768805

freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

Fundación Aprender a Vivir
Porque el vicio cura

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor DAYRON SAMUEL MORENO SANDOVAL identificado con tarjeta de identidad No.1.058.355.703 durante el mes de enero del 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de INTERNADO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

GS-2026-114488-MEBOG

2572768815

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2266

				Fecha y hora Factura	
Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA -CUNDINAMARCA-			**Generación**	04/02/2026, 13:42
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	(000) 3505560928	**Expedición**	04/02/2026, 13:42
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Vencimiento**	06/03/2026

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138B01 TI1058355703 DAYRON SAMUEL MORENO SANDOVAL	1.00	2,893,292.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Dos millones ochocientos noventa y tres mil doscientos noventa y dos pesos m/cte

Total Bruto	2,893,292.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	2,893,292.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 2,893,292.00

Observaciones:
MENSUALIDAD INTERNADO ENERO Autorización # 11321927

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica** 18764069787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR Mil.

CUFE: 5db607563ebd2a190850146f7ba90be10005bf3c6405bd5d1c89ba2a684b8f140a2905d94fdc72390de4e34d0c7ba4b...

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.018.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11321927 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 23/12/2025 17:26:40

Información del Prestador

Nombre	FUNDACION APRENDER A VIVIR	**Identificación Prestador**	830507712
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	**Municipio**	BOGOTÁ
Dirección	CL 53# 67-15/25	**Teléfono**	2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre	DAYRON SAMUEL MORENO SANDOVAL	**Identificación Paciente**	1058355703
Departamento	BOYACA	**Municipio**	SOGAMOSO
Dirección	KR 12 7-30	**Teléfono**	3202930440
Fecha de Nacimiento	13/4/2010		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
138B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones

INGRESO CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 60 DÍAS DE INTERNALIZACIÓN, 3 MESES DE SOPORTE PROFESIONAL AYALA CUERVO GERALDINE, SOPORTE APOYO DEBOY Y CLINICA LA INMACULADA TENIENDO EN CUENTA LA LEY 2460 DE 202 (JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico	00
Cargo	AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

2572768805

GS-2026-114488-MEBOG

freddy.ochoam

2572768815

GS-2026-114488-MEBOG

Fundación Aprender a Vivir
Porque el arte crea vida

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor ANDRES SANTIAGO CORRALES HERNANDEZ identificado con tarjeta de identidad No. 1.023.385.017, durante el mes de enero del 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de INTERNADO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2265

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	(000) 3505560928	**Generación**	04/02/2026, 13:37
Dirección	CR 68B BIS 44 68	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	04/02/2026, 13:37
				Vencimiento	06/03/2026

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138B01 TI1023385017 ANDRES SANTIAGO CORRALES HERNANDEZ	1.00	2,993,061.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - NIT 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Total items: 1

Valor en Letras:
Dos millones novecientos noventa y tres mil sesenta y un pesos m/cte

Total Bruto	2,993,061.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	2,993,061.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 2,993,061.00

Observaciones:
MENSUALIDAD INTERNADO ENERO Autorización # 11185367

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:

Modalidad de pago:

1100120395

Periodo de inicio:
01/01/2026

Periodo de finalización:
30/01/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Pago por evento

Plan de servicios:
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

[illegible] sendas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las [illegible] descritos en este título - Valor Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses

[illegible] 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9,66 POR MIL

CUFE: [illegible]5a325f41ac221439cb5bab00a5e0be9226a15cca6e6adeeee01ac6b07ee43965ca6

2572768815

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11185367 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 1/12/2025 16:08:47

Información del Prestador

Nombre	FUNDACION APRENDER A VIVIR	**Identificación Prestador**	830507712
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	**Municipio**	BOGOTÁ
Dirección	CL 53# 67-15/25	**Teléfono**	2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre	ANDRES SANTIAGO CORRALES HERNANDEZ	**Identificación Paciente**	1023385017
Departamento	BOGOTÁ, D.C.	**Municipio**	BOGOTÁ, D.C.
Dirección	TRANS. 70 G N. 63 - 52 SUR APT. 403 TORRE 5	**Teléfono**	3003078560
Fecha de Nacimiento	21/7/2009		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
138B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones SEGUIR CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 60 DÍAS DE INTERNALIZACIÓN, 3 MESES DE SOPORTE PROFESIONAL LAURA JULIANA ACOSTA, CLINICA LA INMACULADA. RM 53107669, FECHA 12-11-2025 TENIENDO EN CUENTA LA LEY 2460 DE 202 (JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico	00
Cargo	AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoria de Cuentas Médicas.

2572768805

freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

Fundación Aprender a Vivir
Porque el reto eres tú

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor KEVIN ANDRES GAVIRIA VARGAS identificado con cedula de ciudadanía No. 1.007.587.187, durante el mes de enero del 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de AMBULATORIO los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

freddy.ochoam

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2264

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	(000) 3505560928	**Generación**	04/02/2026, 13:32
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	04/02/2026, 13:32
				Vencimiento	06/03/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138B01 CC1007587187 KEVIN ANDRES GAVIRIA VARGAS	1.00	622,438.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - NIT 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Total ítems: 1

Valor en Letras:
Seiscientos veintidos mil cuatrocientos treinta y ocho pesos m/cte

Total Bruto	622,438.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	622,438.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 622,438.00

Observaciones:
MENSUALIDAD AMBULATORIO ENERO Autorización # 10791641

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:

Modalidad de pago:

1100120395

Periodo de inicio:
01/01/2026

Periodo de finalización:
30/01/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Pago por evento

Plan de servicios:
Cobertura Régimen Especial o Excepción

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

[illegible] obligaciones aquí [illegible] - Valor. Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses
[illegible] Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL
[illegible]

freddy.ochoam freddy.ochoam freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 10791641 Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año) 1/10/2025 19:07:39

Información del Prestador

Nombre FUNDACION APRENDER A VIVIR
Identificación Prestador 830507712
Departamento BOGOTÁ, D.C.
Municipio BOGOTÁ
Dirección CL 53# 67-19/25
Teléfono 2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre KEVIN ANDRES GAVIRIA VARGAS
Identificación Paciente 1007587187
Departamento BOGOTÁ, D.C.
Municipio BOGOTÁ, D.C.
Dirección CL 65 SUR 78 2
Teléfono 11675467
Fecha de Nacimiento 9/5/2001

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
38B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización: Consulta Externa

Observaciones: SEGUIR CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 60 DIAS DE INTERNALIZACION Y TRES MESES DE SOPORTE MEDICO PSIQUIATRA ANDRES PARRA ESPITIA PSIQUIATRIA RM 1117052013 LEY 2460 DE 2025 JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico 00
Cargo AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

2572768805

freddy.ochoam

Fundación
Aprender a Vivir

CERTIFICACION

La FUNDACION APRENDER A VIVIR identificada con NIT. 830.507.712-4 certifica que el señor FABIO ARIOSTO PINZON ACEVEDO identificado con cedula de ciudadanía No. 80.851.104 durante el mes de enero del 2026 recibió todos los servicios ofrecidos dentro del TRATAMIENTO DE RECUPERACION DE FARMACODEPENDENCIA bajo la modalidad de INTERNADO; los cuales incluyen: TERAPIAS INDIVIDUALES, TERAPIAS FAMILIARES, REUNIONES ABIERTAS DE GRUPO, REUNIONES PARA FAMILIAS, ALIMENTACION COMPLETA, HABITACION, DINAMICAS GRUPALES.

La presente certificación se expide a los tres (03) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA.
DIRECTOR.

2572768805

freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

FUNDACION APRENDER A VIVIR
NIT 830.507.712-4
CR 71 53 52
Tel: 2631740
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
No. FFE 2263

Señores	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA-			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.336.524-5	**Teléfono**	(000) 3505560928	**Generación**	04/02/2026, 13:27
Dirección	CR 68B BIS 44 58	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	04/02/2026, 13:27
				Vencimiento	06/03/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	138601 CC80851104 FABIO ARIOSTO PINZON ACEVEDO	1.00	2,993,061.00

Total Ítems: 1

Valor en Letras:
Dos millones novecientos noventa y tres mil sesenta y un pesos m/cte

Total Bruto	2,993,061.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	2,993,061.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito Bancaria - Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2026-03-06 por $ 2,993,061.00

Observaciones:
MENSUALIDAD INTERNADO ENERO Autorización # 11548684

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069787352 aprobado en 20240429 prefijo FFE desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8720 Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas Tarifa 9.66 POR MIL

CUFE: 6546cf70d6c4a122bf2c66a8b84f2cab04ecad42ec6cc93272d9395cb28635c581a2dd14809501ead806ef0e64d35572

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el Xml.

2572768805

freddy.ochoam

GS-2026-114488-MEBOG

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11548684 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 28/1/2026 14:27:17

Información del Prestador

Nombre FUNDACION APRENDER A VIVIR
Identificación Prestador 830507712
Departamento BOGOTÁ, D.C.
Municipio BOGOTÁ
Dirección CL 53# 67-15/25
Teléfono 2631740/3103330027

Información del Paciente

Nombre FABIO ARIOSTO PINZON ACEVEDO
Identificación Paciente 80851104
Departamento BOGOTÁ, D.C.
Municipio BOGOTÁ, D.C.
Dirección TRAV 5 ESTE NO 40A-25
Teléfono 2874208
Fecha de Nacimiento 1/4/1984

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
138B01	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones

SEGUIR CON CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 30 DÍAS DE INTERNALIZACIÓN, SOPORTE PROFESIONAL ANDRES PARRA ESPITIA, CC 80112022, FUNDACION APRENDER A VIVIR TENIENDO EN CUENTA LA LEY 2460 DE 202 (JUNIO 16) POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS Y/O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 081-7-020236-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre DIANA ALEJANDRA ARIAS MANTILLA
Registro Médico 00
Cargo AUX ENFERMERIA CPS
Teléfono

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

2572768805

2572768815