TM. 120 000

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 30 de abril de 2026
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 N°	N.° 81-7-20207-25
Constancia de recibido No.	19
Contratista:	SOCIEDAD DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD SAS SERVINSALUD IPS
NIT del contratista:	NIT 900534245-4
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, PROGRAMA MEDICO DOMICILIARIO (POMED) Y HOSPITALIZACIÓN O INTERNACION EN CASA (HOCAS), VISITA MÉDICA DOMICILIARIA, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y TERAPIAS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios	NO APLICA
Valor del contrato	Vigencia 2025: $ 1.800.000.000,00 Adición: $ 600.000.000,00 Adición: $ 650.000.000,00 Vigencia 2026 $ 2.200.000.000,00 Valor Total del Contrato: $ 4.600.000.000,00
Plazo de ejecución:	Del 04/11/2025 AL 30/04/2026
Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios objeto del contrato deberán ser prestados en el domicilio del paciente de acuerdo a su lugar de residencia, dentro de las jurisdicciones de la ciudad de Bogotá D.C., Departamento de Cundinamarca y los municipios de Flandes y melgar (Tolima) previa Coordinación con el supervisor del contrato (Contempla cascos urbanos y zonas rurales).
Incumplimiento del plazo de ejecución SI__NO_X_	NO APLICA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
30 ABR 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Teniente **JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA** Responsable Programa Médico Domiciliario
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/03/2026 AL: 31/03/2026
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026	
Acta de recepción de bienes	N/A

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
Rases Nº1	16	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, PROGRAMA MEDICO DOMICILIARIO (POMED) Y HOSPITALIZACIÓN O INTERNACION EN CASA (HOCAS), VISITA MÉDICA DOMICILIARIA, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y TERAPIAS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1	**$ 25.241.228**	**$ 25.241.228**	**$ 0,00**	**$ 25.241.228**

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
1	FE88553	$ 340.072	$ 340.072	$ 0,00	$ 340.072
2	FE88562	$ 722.653	$ 722.653	$ 0,00	$ 722.653
3	FE88563	$ 11.537.207	$ 11.537.207	$ 0,00	$ 11.537.207
4	FE88564	$ 415.392	$ 415.392	$ 0,00	$ 415.392
5	FE88565	$ 12.225.904	$ 12.225.904	$ 0,00	$ 12.225.904
		$ 25.241.228	**$ 25.241.228**	**$ 0,00**	**$ 25.241.228,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Para la radicación de la facturación se presenta con CD y archivo Excel con soportes de la validación de los RIPS esto para dar cumplimiento a la Resolución 2275 de 2023, modificada por la Resolución 1884 de 2024.

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 contratada.

NO.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CUMPLIO	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y VALORES DEL CONTRATO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante la presente vigencia.	**Si** _X_ **No**___	Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, 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 paciente o cuidador, Autorización del servicio en original, Orden médica del servicio requerido por el usuario, emitida por el médico tratante, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL y de parafiscales, expedida por el representante legal.

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.

Teniente **JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA**
Responsable Programa Médico Domiciliario
Supervisor Contrato No. 81-7-20207-25