No. 11 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

No. GS-2026-277384-MEBOG-29.25

Bogotá D. C., 11 de mayo de 2026

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

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

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**11/04/2026**	**Hasta**	**10/05/2026**

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 u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante ACTA – 00333-UPRES – GUPAS – 2.25 del 02/07/2025, la señora SM14, CLAUDIA ROLÓN CAMACHO, realizó la entrega de los procesos contractuales del servicio de rehabilitación a la señora subintendente LILIANA AGUILAR RENTERIA, siguiendo instrucciones del señor teniente coronel CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA quien en su momento obraba como jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1.

Mediante ACTA – 019342-UPRES – GUPAS – 2.25 del 13/02/2026, la señora Capitán ANGELICA PARRA MARTINEZ, realizó la entrega de los procesos contractuales del servicio de rehabilitación del grupo prestador de atenciones en salud y procesos contractuales de la regional de aseguramiento en salud No 1 a la señora SM-14 SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO, siguiendo instrucciones de la señora teniente coronel LUZ CATALINA MIRANDA GUERRERO quien en su momento obraba como jefe de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá (E)

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** _mensual_
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 10**

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

2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/07/2025 y el 10/08/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-546665-MEBOG-29.25.

3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/08/2025 y el 10/09/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-613093-MEBOG-29.25

4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/09/2025 y el 10/10/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025-661506-MEBOG-29.25

5. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/10/2025 y el 10/11/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2025- 005324 -MEBOG-29.25.

6. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/11/2025 y el 10/12/2025, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-005325 -MEBOG-29.25.

7. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/12/2025 y el 10/01/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-023551-MEBOG-29.25

8. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/01/2026 y el 10/02/2026, presentado mediante comunicación oficial N. GS-2026-234305-MEBOG-29.25

9. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/02/2025 y el 10/03/2026, presentado mediante comunicación oficial N. No. GS-2026- -179161-MEBOG

10. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 11/03/2025 y el 10/04/2026, presentado mediante comunicación oficial N. No. GS-2026- -205943 -MEBOG

Información del contrato

Contrato No.	81-7-20159-25
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Contratista	CORPORACION SINDROME DE DOWN
Representante legal	LUZ EUGENIA GARCIA DE GALINDO
Valor inicial del contrato	DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor adiciones del contrato	CIEN MILLONES DE PESOS ($100.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Valor total del contrato	TRECIENTOS MILLONES DE PESOS ($300.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA
Plazo de ejecución inicial	30 DE DICIEMBRE DE 2025

Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	11 DE JUNIO DE 2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	31-12-2025 CON MODIFICACION 003 SE AMPLIO PLAZO HASTA 30 JUNIO DE 2026
Fecha inicio del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	04 DE MARZO DE 2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adiciones (es)	30 DE JUNIO DE 2026
Adiciones	• VEINTISEIS MILLONES DE PESOS ($26.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, CON MODIFICACION 002 • SETENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS ($74.000.000,00) MONEDA LEGAL COLOMBIANA CON MODIFICACION 003
Modificatorios	N/A
Prorrogas	1. 30 DE MARZO DE 2026, CON MODIFICACION 002 2. 30 DE JUNIO DE 2026 CON MODIFICACION 003
Otros	

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

Se realiza seguimiento a los usuarios que asisten a la entidad frente al proceso terapéutico que realizan a fecha mes septiembre, así como a las novedades e inasistencias reportadas.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1) Cumplir con el objeto contractual	SI	Ninguna
2) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	Ninguna
3) Responder en los plazos que la POLICIA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule	SI	Ninguna
4) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.		
5) Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UNIDAD EJECUTORA o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	Ninguna
6) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	Ninguna
7) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la UNIDAD EJECUTORA de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias	SI	Ninguna
8) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	Ninguna

9) Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado	SI	Ninguna
10) El contratista anexará a la factura, los RIPS y el informe de tratamiento realizado durante el mes al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y firma del recibido a satisfacción del padre o acudiente del paciente. Así mismo adjuntará la relación del usuario atendido en el mes en Excel donde se relacione número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Esta última información se debe presentar en físico y medio magnético.	SI	Ninguna
11) El contratista deberá informar por escrito y en forma oportuna al Supervisor del contrato, cualquier situación o inconformidad que se presente con el usuario.		
12) EL CONTRATISTA deberá presentar la facturación electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No 000042 del 5 de mayo de 2020; dicha facturación o representación gráfica de la factura será recepcionada en el correo electrónico disan.upb-ccips@policia.gov.co. Nota: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020. Del mismo modo deberá dar aplicabilidad del articulo No 15 de la Ley 1966 del 11 de julio de 2019 "por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones", la Resolución Número 000042 del 05/05/2020 "por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como titulo valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación" y la Resolución No 1557 del 27 de septiembre 2023 "Por la cual se reglamenta el mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta en Salud y se dictan otras disposiciones".	SI	Ninguna
13) El contratista permitirá el acceso al Supervisor del contrato, a sus profesionales a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitará la verificación y revisión de los servicios prestados.	SI	Ninguna
14) El contratista el servicio al usuario de acuerdo al objeto del contrato y al resultado de la valoración inicial, mediante presentación de la autorización firmada por el Supervisor del contrato, junto con la fotocopia del carnet y constancia de servicios de Sanidad y documento de identidad del beneficiario.	SI	Ninguna
15) El contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del contrato, un informe de evolución y seguimiento de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación y se anexa en la histori clínica del usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha del inicio de tratamiento, los objetos terapeúticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
16) El oferente deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.	SI	Ninguna
17) El Contratista se compromete a sostener los precios ofertados durante la ejecución del contrato, en caso de celebrarse	SI	Ninguna
18) Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Ninguna
19) El contratista se compromete a mantener confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio	SI	Ninguna

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.		
20) Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.	SI	Ninguna
21) Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.	SI	Ninguna

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
De carácter Técnico:		
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El contratista deberá mantener vigente el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de Mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
El Contratista garantiza que desarrollará: Programa de rehabilitación funcional encaminado a los beneficiarios con diagnóstico de Síndrome de Down, a través de actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias eficaces para conseguir su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño en sus actividades de la vida diaria. Todas las actividades deben facilitar la construcción de su proyecto de vida. Se establece de acuerdo a la edad y al grado de severidad de la discapacidad, así: • **Programa presencial de estimulación temprana**: dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de facilitar el estimular y mejorar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para mejorar su calidad de vida personal y familiar. Para los usuarios que están en edad escolar (mayores de 2 años) se debe prestar, además, el apoyo y asesorías de pedagógica terapéutica a los docentes, usuario y familia. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación (refrigerio). • **Programa presencial para usuarios con inclusión escolar:** dirigido a usuarios mayores de 6 años, integrados a un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico-pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación. (refrigerio)	SI	Ninguna

• **Programa presencial para usuarios sin inclusión escolar**: dirigido a usuarios mayores de 17 años sin inclusión escolar, con el fin de potencializar prácticas de autonomía en destrezas de la vida diaria y habilidades de ejecución ocupacional, de acuerdo a sus perfiles ocupacionales e intereses, facilitando oportunidades de participación social y la construcción de su proyecto de vida. El servicio prestado deberá ser de 100 sesiones, incluye el servicio de alimentación (almuerzo). El programa incluye: a) Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. b) Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular c) Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Educación Especial, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. d) Entrenamiento prevocacional y vocacional, según su grado de autonomía Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad, empoderándolos en temas relacionados con el proceso y los objetivos terapéuticos para cada uno de ellos, ajuste y apoyo emocional, pautas de crianza, educación sexual fomento de la independencia y de la autonomía, educación sexual, etc. Se deberá desarrollar un (1) taller de forma trimensual, durante la ejecución del contrato y entregar un acta por cada actividad realizada con sus anexos fotográficos y firmas de asistencia al supervisor del contrato		
CONDICIONES ESPECIFICAS		
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa al cual pertenece el usuario y a sus necesidades específicas, periodo durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.	SI	Ninguna
2. El Contratista realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración al supervisor del contrato para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.	SI	Ninguna
3. El Contratista prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.	SI	Ninguna
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades de cada uno de los usuarios, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento	SI	Ninguna
5. Antes de iniciar el tratamiento, El Contratista deberá comunicar al grupo familiar el Plan individual de tratamiento (PIT) a realizar de acuerdo con el resultado de la valoración inicial, con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada una de las áreas terapéuticas, así como el compromiso de participación activa y permanente para el desarrollo del mismo. Además, cada una de las áreas terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado	SI	Ninguna
6. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos	SI	Ninguna
7. En caso de requerirse ajustes en el programa, se concertará una sesión de estudio del caso con el equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
El Contratista deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicio de salud en el SISAP WEB, la generación de las autorizaciones de servicios debe realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo	SI	Ninguna
8. El Contratista deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias y escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una	SI	Ninguna

asistencia efectiva a las mismas. Así mismo, asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitando que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboración y empatía.		
9 El Contratista deberá asesorar a las familias y/o cuidador sobre los Procesos de inclusión social del usuario en actividades educativas, sociales y/o laborales acordes a su desempeño e interés, así mismo a contactarse con las entidades competentes dentro del marco de la Ley Estatutaria de Discapacidad	SI	Ninguna
10. El Contratista deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y se anexará en la historia Clínica de cada usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.	SI	Ninguna
11. Al finalizar el contrato, El Contratista deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
12. El Contratista permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato	SI	Ninguna
13. El Contratista se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos, sin previo aviso.	SI	Ninguna
14. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.	SI	Ninguna
15. El Contratista deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.	SI	Ninguna
16. El Contratista deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.	SI	Ninguna
17. El Contratista deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.	SI	Ninguna
18. El oferente deberá garantizar la realización del reporte de eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, en un tiempo no superior a 48 horas posterior a la ocurrencia del mismo, también tiene el deber de realizar el análisis correspondiente del caso e implementación de un plan de mejora, el cual debe ser enviado al supervisor del contrato por correo electrónico en un tiempo no superior a las mismas 48 horas.		
19. El Contratista deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.	SI	Ninguna
20. El Contratista dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.	SI	Ninguna
21. El Contratista informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre o Madre y del usuario que presenta la inasistencia.	SI	Ninguna

22. El Contratista brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	SI	Ninguna
23. RECURSO HUMANO El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con personal profesional y personal técnico en las áreas objeto del presente estudio, para lo cual deberá diligenciar el Formulario de Idoneidad de todo el Recurso Humano ofrecido. Así mismo, deberá certificado de inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) para las profesiones que aplique. Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel.	SI	Ninguna
24. INSTALACIONES: El Contratista deberá contar con un espacio Mínimo para la prestación del servicio en las siguientes áreas: ➢ Áreas terapéuticas para trabajo grupal, con un máximo de 8 niños por grupo. ➢ Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual ➢ Zonas verdes, salón o patio para actividades recreativas. ➢ Zonas de comedor ➢ Baños. ➢ Las instalaciones deben tener buena iluminación y ventilación. ➢ Las instalaciones de la institución deben contar con baños con adaptaciones y rampas de acceso en caso de requerirlas.	SI	Ninguna
25. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.	SI	Ninguna
26. **DOTACIÓN:** El Contratista para la prestación de los servicios deberá contar como MÍNIMO con la siguiente dotación: • Mesas de trabajo y sillas (Para trabajo en grupo: Mesas máximo de 5 puestos con sus respectivas sillas. Para Trabajo individual: mesas con escotadura.) • Materiales lúdicos y terapéuticos (30 juguetes, 10 láminas de categorías, 2 tableros acrílicos, 5 rompecabezas, 10 pinturas, 5 encajes, 5 ensartados, 5 pelotas, 5 instrumentos musicales, 1 biblioteca) • Una Batería para evaluación psicológica • Una Batería para evaluación de procesos fonológicos. • Una Batería para evaluación del desarrollo motor. • Una Batería para definir perfiles ocupacionales. • Instrumentos de seguimiento y control de habilidades de independencia, de autonomía, de inteligencia, matemáticas, escritura y lectura (uno de cada uno) • Material para apoyo de desarrollo lógico matemático y manejo del dinero (dos) • Material con ayudas visuales para proceso de lecto-escritura (dos) • Instrumentos de seguimiento y control en contexto escolar, de habilidades de independencia, de autonomía y de procesos mentales superiores (uno de cada uno) • Dos kit material de terapia Miofuncional: cuchara, cepillos, sopladores, vasos de escotadura. • Dos bipedestadores. • Un gimnasio: colchonetas, rampa, escalera, plano inclinado, cilindro, tabla de equilibrio, rampa rodante, espejo de pared y balones terapéuticos. • Ayudas Audiovisuales uno de cada uno (Grabadora, Reproductor de CD, Televisor, VHS o DVD u otro). • Dos Computadores • Dos espejos de pared de cuerpo completo. • Materiales para el desarrollo de los entrenamiento prevocacional y vocacional	SI	Ninguna
27. El Oferente deberá cumplir con las normas universales de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia	SI	Ninguna
28. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN Solo en casos especiales, cuando se requiera por su patología de base alimentación diferente o complementaria, se deberán tener en cuenta las recomendaciones del médico tratante y/o nutricionista de la UPRES Bogotá y la UPRES Cundinamarca	SI	Ninguna

29. El Oferente deberá presentar el Certificado vigente emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
30. El oferente se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.	SI	Ninguna
31. El presente proceso pertenece a la Subred Integral de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud N°1, como parte del manejo de usuarios con discapacidad.	SI	Ninguna
32. RECURSO HUMANO REQUERIDO: El Talento Humano del oferente deberá reunir los requisitos definidos por el **Decreto 1335 de 1990** del Ministerio de Salud, por el cual se expide parcialmente el Manual General de Funciones y Requisitos del Subsector Oficial del Sector Salud "*Por el cual se expide parcialmente el Manual General de Funciones y Requisitos del Subsector Oficial del Sector Salud*", en cuanto a su idoneidad.	SI	Ninguna
33. Mantener vigente la póliza de responsabilidad civil médica profesional que ampare los riesgos en el ejercicio de la actividad profesional.	SI	Ninguna
34. El Contratista se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	SI	Ninguna
35. Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, Decreto 780 del 2016, Resolución 1043 del 2006 y demás normas que los modifiquen, complementen o adicionen, dentro del marco del mejoramiento continuo.	SI	Ninguna
36. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.	SI	Ninguna
37. El oferente debe anexar con su propuesta, formulario de capacidad administrativa y operacional firmado por el representante legal a partir de su capacidad instalada para prestar los servicios a contratar.	SI	Ninguna
38. El oferente debe permitir que se realice Auditoría de Cuentas a los servicios prestados mensualmente, por parte del Auditor Medico de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1.	SI	Ninguna
39. El oferente se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados	SI	Ninguna
40. El oferente se compromete a enviar mensualmente al supervisor del contrato o quien haga sus veces informe de las actividades desarrolladas durante el mes con sus respectivos soportes para realizar el informe de ejecución del contrato con la relación de los pacientes y tratamientos realizados, de igual manera el oferente deberá informar de manera escrita al supervisor del contrato el momento en el cual se tenga ejecutado el 50 y el 70% del recurso asignado al presente contrato. De igual manera, deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un 100% con el fin de evitar la sobre ejecución y evitar incurrir en faltas penales, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado y hará seguimiento a su facturación con el fin de no sobre ejecutar el presente contrato.	SI	Ninguna
41. Una vez legalizado el contrato, deberá enviar al supervisor en un plazo no mayor a 48 horas, mediante correo electrónico el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos, el cual deberá corresponder a los valores de la oferta económica pactada, es de anotar que deberán relacionar la totalidad de servicios y procedimientos a prestar con el fin de ingresarlos al aplicativo GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (SISAP WEB) de la Policía Nacional y de esta manera generar las autorizaciones de servicios de la red externa, así :	SI	Ninguna

No.	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	VALOR PACTADO

ACTIVIDADES LÚDICAS, DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y/O CULTURALES, El Contratista deberá realizar una (01) vez al mes durante la ejecución del contrato actividades lúdicas,	SI	Ninguna

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

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

El oferente radicará facturación de servicios los primeros cinco (05) días de cada mes.

25. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (333) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (51) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

26.TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de Bogotá, D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios y todos los reportes estadísticos mencionados en el presente estudio previo, dentro de los cuarenta y **cinco (45) días** hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes y que la Dirección del Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos del PAC autorizado a la institución. En consecuencia, no obstante, la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual.

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

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

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

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

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

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

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

Documentos requeridos:

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

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

PARÁGRAFO 1. - AUDITORIA DE CUENTAS.

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

PARÁGRAFO 2. - OBJECIONES Y GLOSAS.

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

PARÁGRAFO 3. - CONCILIACIÓN DE GLOSAS

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

CAUSALES DE NO PAGO

La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre

por cuenta del prestador, no será cancelada por el SSPN. En cuanto a las actividades de Telesalud, el prestador las deberá desarrollar en el marco de la política nacional de seguridad del paciente, implementando las barreras de seguridad para disminuir y de ser posible eliminar la ocurrencia eventos adversos o incidentes relacionados con su uso.

El servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del comité técnico científico CTC DISAN (el concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS.
NUMERO DE CUENTA: 20785693098

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 300.000.000,00	100,0%
Valor total de las entregas	$ 206.574.767,00	68,9%
Valor total facturado	$ 206.574.767,00	68,9%
Valor facturado pendiente de pago	$ 0,00	0,0%
Valor pagado	$ 206.574.767,00	68,9%
Valor pendiente de entrega	$ 93.425.233,00	31,1%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. de acta o constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**
11	$22.347.412,00	21 de abril de 2026	$22.347.412,00	CSD44324 A CSD44349	$22.347.412,00	N/A	N/A

5. RECOMENDACIONES

Como supervisor del contrato se recomienda a la Administración, continuar con la consecución del nuevo proceso contractual.

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI _X_**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____

SM 14 SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO
Terapeuta ocupacional GUPAS UPRES Bogotá
Supervisor Contrato No. 81-7-20159-25

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 21 de abril de 2026
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa: Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato No.	81-7-20159-25
Constancia de recibido No.	11
Contratista:	CORPORACION SINDROME DE DOWN
NIT del contratista:	800037619-0
Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios:	NO APLICA
Valor del contrato:	Vigencia 2025: $151.000.000,00 Vigencia 2026 $149.000.000,00 Valor total del contrato: $ 300.000.000,00
Plazo de ejecución:	Del 11-06-2025 al 30 - 06-2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 49 No 99-10
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	SM14. SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO Terapeuta ocupacional (E) Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/03/2026 AL 31/03/2026

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

INFORME

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 1	16	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE USUARIOS CON SINDROME DE DOWN	$22.347.412,00	$22.347.412,00	0	$22.347.412,00

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
CSD44324	08/04/2026	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD44325	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44326	08/04/2026	$ 690.676,00	$ 0,00	$ 690.676,00
CSD44327	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44328	08/04/2026	$ 444.006,00	$ 0,00	$ 444.006,00
CSD44329	08/04/2026	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD44330	08/04/2026	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD44331	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44332	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44333	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44334	08/04/2026	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD44335	08/04/2026	$ 370.005,00	$ 0,00	$ 370.005,00
CSD44336	08/04/2026	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD44337	08/04/2026	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD44338	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44339	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44340	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44341	08/04/2026	$ 666.009,00	$ 0,00	$ 666.009,00
CSD44342	08/04/2026	$ 592.008,00	$ 0,00	$ 592.008,00
CSD44343	08/04/2026	$ 740.010,00	$ 0,00	$ 740.010,00
CSD44344	08/04/2026	$ 1.758.650,00	$ 0,00	$ 1.758.650,00
CSD44345	08/04/2026	$ 1.427.610,00	$ 0,00	$ 1.427.610,00

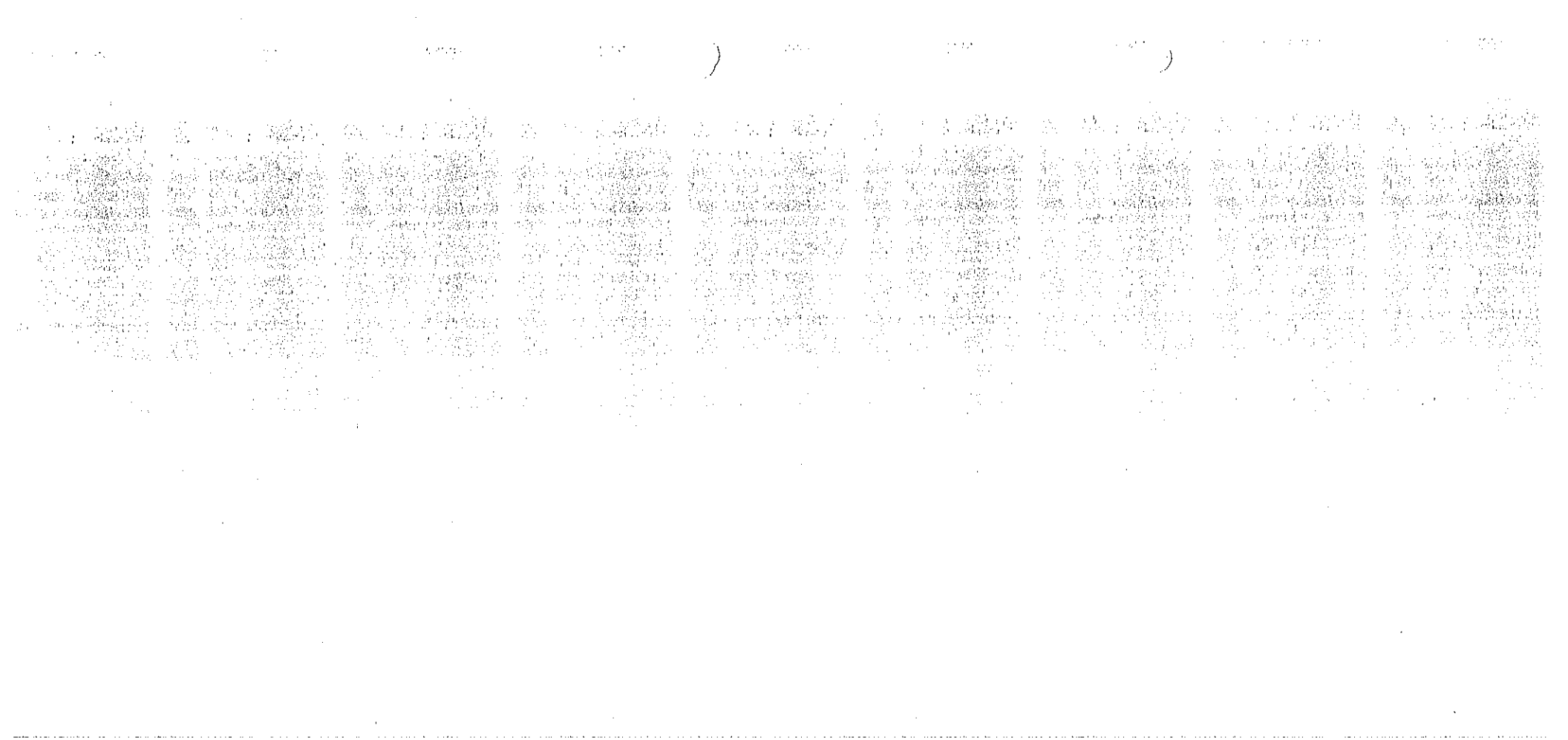
CSD44346	08/04/2026	$ 848.290,00	$ 0,00	$ 848.290,00
CSD44347	08/04/2026	$ 1.551.750,00	$ 0,00	$ 1.551.750,00
CSD44348	08/04/2026	$ 1.841.410,00	$ 0,00	$ 1.841.410,00
CSD44349	08/04/2026	$ 1.944.860,00	$ 0,00	$ 1.944.860,00
TOTAL		$ 22.347.412,00	$ 0,00	$ 22.347.412,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO EN MENCION Y SE RECIBE A SATISFACCION DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION. EL SERVICIO FUE PRESTADO DURANTE LOS DÍAS DEL MES DE **MARZO** DE 2026. FACTURACIÓN Y SOPORTES SUJETA A VERIFICACIÓN DE AUDITORIA DE CUENTAS. (SOPORTES ENVIADOS POR CORREO ELECTRONICO Y EN CD ADJUNTO)

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al Anexo No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante el mes de **marzo de 2026.**	Si_X_ No___	Anexo los documentos soportes: Factura de venta original, copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas al usuario, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del acudiente del paciente en medio magnético, Autorización del servicio en original, Orden médica del programa requerido por el usuario, emitida por el Equipo interdisciplinario de rehabilitación, Certificación del pago de aportes en Sistema de Seguridad Social, Pensiones, ARL ye parafiscales, expedida por el revisor fiscal.

SM14. SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO
Terapeuta ocupacional (E) Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá
Supervisora del Contrato N° 81-7-20159-25



Código: 1LF-FR-0131 Fecha: 15/08/2024 Versión: 1	ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CORPORACION SINDROME DE DOWN . NIT 800037619 . PARA PAGO POR RESOLUCION DE CONTRATO

No. RADICACION 1219-1220 DEL 09 ABRIL 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° 81-7-20159-25 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.

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	CSD44324	08/04/2026	Ariza Villamil Sofia	1011206942	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
2	CSD44325	08/04/2026	Bejarano Piñeros Gabriela	1027300517	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
3	CSD44326	08/04/2026	Beltran Nieto Joseph	1029110576	SINDROME DE DOWN	$ 690.676,00		$ 0,00		$ 690.676,00	SIN GLOSA	
4	CSD44327	08/04/2026	Calderón Pinzón Dana Johana	1011212102	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
5	CSD44328	08/04/2026	Contreras Sanchez Pablo Elmer	1071549408	SINDROME DE DOWN	$ 444.006,00		$ 0,00		$ 444.006,00	SIN GLOSA	
6	CSD44329	08/04/2026	Cordoba Vergara Kimberly Dayana	1028840870	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
7	CSD44330	08/04/2026	Forero Peñaranda Juan Sebastian	1011222840	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
8	CSD44331	08/04/2026	Gomez Caicedo Samuel	1023386421	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
9	CSD44332	08/04/2026	Hernández Abreo Emanuel	1025555216	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
10	CSD44333	08/04/2026	Lloreda Sanchez Juan Sebastian	1023166684	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
11	CSD44334	08/04/2026	Mendez Guerrero Mathias	1020005650	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
12	CSD44335	08/04/2026	Ocampo Giraldo Andres Felipe	1032467580	SINDROME DE DOWN	$ 370.005,00		$ 0,00		$ 370.005,00	SIN GLOSA	
13	CSD44336	08/04/2026	Prieto Rojas Emanuel Josue	1031825144	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
14	CSD44337	08/04/2026	Pulido Aguilar Maria Alejandra	1011231054	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
15	CSD44338	08/04/2026	Quintero Piñerez Maria Paz	1089636091	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	

16	CSD44339	08/04/2026	Rios Salazar Sara Sofia	1011208849	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
17	CSD44340	08/04/2026	Rivera Rodriguez Sharon	1020009583	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
18	CSD44341	08/04/2026	Romero Lizarazo Angel Felipe	1140930926	SINDROME DE DOWN	$ 666.009,00		$ 0,00		$ 666.009,00	SIN GLOSA	
19	CSD44342	08/04/2026	Sanchez Martinez Daniel Alejandro	1011254332	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
20	CSD44343	08/04/2026	Tabares Perez Jesus David	1019154161	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
21	CSD44344	08/04/2026	Bautista Cardenas Danny Marcela	1000255672	SINDROME DE DOWN	$ 1.758.650,00		$ 0,00		$ 1.758.650,00	SIN GLOSA	
22	CSD44345	08/04/2026	Betancurt Cucaita Magda Lorena	1029220634	SINDROME DE DOWN	$ 1.427.610,00		$ 0,00		$ 1.427.610,00	SIN GLOSA	
23	CSD44346	08/04/2026	Cely Parada Maria Jimena	1000161808	SINDROME DE DOWN	$ 848.290,00		$ 0,00		$ 848.290,00	SIN GLOSA	
24	CSD44347	08/04/2026	Jimenez Herrera Valentina	1029220679	SINDROME DE DOWN	$ 1.551.750,00		$ 0,00		$ 1.551.750,00	SIN GLOSA	
25	CSD44348	08/04/2026	Parra Salinas Carolina	1014979012	SINDROME DE DOWN	$ 1.841.410,00		$ 0,00		$ 1.841.410,00	SIN GLOSA	
26	CSD44349	08/04/2026	Torres Rios Angelica	1029220505	SINDROME DE DOWN	$ 1.944.860,00		$ 0,00		$ 1.944.860,00	SIN GLOSA	
					TOTAL	**$ 22.347.412,00**		**$ 0,00**		**$ 22.347.412,00**		

Elaborado Por:

DRA. PAOLA ANDREA CRUZ VARGAS
MD AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1
FECHA 21/04/2026

Recibido Por:

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

Outlook

RV: CUADRO RADICADOR Y RIPS JSON 1 AL 27 DE FEBRERO 2026 CORPORACION SX DOWN CONTRATO 81-7-20159-25

Desde SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO <sandra.acevedog@correo.policia.gov.co>
Fecha Mar 10/03/2026 9:49 AM
Para ADONIAS DE JESUS GOMEZ PEÑA <adonias.gomez@correo.policia.gov.co>; JHANNES ZADAY ARIAS RUIZ <jhannes.ariasr@correo.policia.gov.co>
CC ANGELICA PARRA MARTINEZ <angelica.parra1188@correo.policia.gov.co>

3 archivos adjuntos (615 KB)

CUADRO CENTRAL DE CUENTAS POR IPS 1 AL 27 DE FEBRERO 2026.xlsx; 3. Certificacion pago Parafiscales Marzo 2026.pdf; RIPS.zip;

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

Bogotá, D.C - 10 de marzo de 2026

Cordial Saludo.

De manera atenta y respetuosa me permito enviar cuadro radicador el cual se verifico y se da aval correspondiente a entrega del contrato 81-7-20159-25 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO

Facturas CSD 43981 A CSD 44006 de fecha del 09 de marzo de 2026, Por un valor de $ 22.638.682,00

Quedo atenta a observaciones

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
10 MAR 2026
Zaday AR.
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

SM14
SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO
Terapeuta Ocupacional
Contacto: Disan.upb-dvr@policia.gov.co 5804400 ext 1717
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
ESPRI Unidad Medica BG Edgar Yesid Duarte Valero

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

De: Breydit Ortiz <administracion@corporacionsindromededown.org>
Enviado: martes, 10 de marzo de 2026 7:30 a. m.
Para: SANDRA LILIANA ACEVEDO GUIO <sandra.acevedog@correo.policia.gov.co>
Cc: DISAN UPB-RHB <disan.upb-rhb@policia.gov.co>; ELSA HERMINIA BELTRAN HERNANDEZ <elsa.beltran@correo.policia.gov.co>; JESSICA TATIANA CONTRERAS VANEGAS <jessica.contrerasv@correo.policia.gov.co>; DISAN UPB-DVREHABILITACION <disan.upb-dvr@policia.gov.co>; HARLEY GIOVANNI FONSECA FONSECA <harley.fonseca3810@correo.policia.gov.co>
Asunto: CUADRO RADICADOR Y RIPS JSON 1 AL 27 DE FEBRERO 2026

Buen día

Cordial saludo.

Adjunto soportes de RIPS JSON junto con el CUV, cuadro radiador y parafiscales de los servicios de Febrero 2026.

Muchas gracias quedo atenta a cualquier inquietud

Feliz día

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

Código: 1LF-FR-0131 Fecha: 15/08/2024 Versión: 1	ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS LOGISTICOS Y FINANCIEROS CERTIFICACION DE AUDITORIA MEDICA	POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1

RELACION DE FACTURAS DE LA EMPRESA CORPORACION SINDROME DE DOWN. NIT 800037619 . PARA PAGO POR RESOLUCION DE CONTRATO

No. RADICACION **1219-1220** DEL 09 ABRIL 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 POLICÍA NACIONAL. SE CONFIRMA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE AUDITORIA MEDICA QUE CORRESPONDE A LA ATENCION DE CONTRATO N° 81-7-20159-25 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.

N.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	DIAGNOSTICO O PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO	FECHA GLOSA	VR. GLOSA	VALOR ACEPTADO IPS	VR. A PAGAR	MOTIVO DE GLOSA	RESPUESTA GLOSA
1	CSD44324	08/04/2026	Ariza Villamil Sofia	1011206942	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
2	CSD44325	08/04/2026	Bejarano Piñeros Gabriela	1027300517	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
3	CSD44326	08/04/2026	Beltran Nieto Joseph	1029110576	SINDROME DE DOWN	$ 690.676,00		$ 0,00		$ 690.676,00	SIN GLOSA	
4	CSD44327	08/04/2026	Calderón Pinzón Dana Johana	1011212102	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
5	CSD44328	08/04/2026	Contreras Sanchez Pablo Elmer	1071549408	SINDROME DE DOWN	$ 444.006,00		$ 0,00		$ 444.006,00	SIN GLOSA	
6	CSD44329	08/04/2026	Cordoba Vergara Kimberly Dayana	1028840870	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
7	CSD44330	08/04/2026	Forero Peñaranda Juan Sebastian	1011222840	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
8	CSD44331	08/04/2026	Gomez Caicedo Samuel	1023386421	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
9	CSD44332	08/04/2026	Hernández Abreo Emanuel	1025555216	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
10	CSD44333	08/04/2026	Lloreda Sanchez Juan Sebastian	1023166684	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
11	CSD44334	08/04/2026	Mendez Guerrero Mathias	1020005650	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
12	CSD44335	08/04/2026	Ocampo Giraldo Andres Felipe	1032467580	SINDROME DE DOWN	$ 370.005,00		$ 0,00		$ 370.005,00	SIN GLOSA	
13	CSD44336	08/04/2026	Prieto Rojas Emanuel Josue	1031825144	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
14	CSD44337	08/04/2026	Pulido Aguilar Maria Alejandra	1011231054	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
15	CSD44338	08/04/2026	Quintero Piñerez Maria Paz	1089636091	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	

16	CSD44339	08/04/2026	Rios Salazar Sara Sofia	1011208849	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
17	CSD44340	08/04/2026	Rivera Rodriguez Sharon	1020000583	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
18	CSD44341	08/04/2026	Romero Lizarazo Angel Felipe	1140930926	SINDROME DE DOWN	$ 666.009,00		$ 0,00		$ 666.009,00	SIN GLOSA	
19	CSD44342	08/04/2026	Sanchez Martinez Daniel Alejandro	1011254332	SINDROME DE DOWN	$ 592.008,00		$ 0,00		$ 592.008,00	SIN GLOSA	
20	CSD44343	08/04/2026	Tabares Perez Jesus David	1019154161	SINDROME DE DOWN	$ 740.010,00		$ 0,00		$ 740.010,00	SIN GLOSA	
21	CSD44344	08/04/2026	Bautista Cardenas Danny Marcela	1000255672	SINDROME DE DOWN	$ 1.758.650,00		$ 0,00		$ 1.758.650,00	SIN GLOSA	
22	CSD44345	08/04/2026	Betancurt Cucaita Magda Lorena	1029220634	SINDROME DE DOWN	$ 1.427.610,00		$ 0,00		$ 1.427.610,00	SIN GLOSA	
23	CSD44346	08/04/2026	Cely Parada Maria Jimena	1000161808	SINDROME DE DOWN	$ 848.290,00		$ 0,00		$ 848.290,00	SIN GLOSA	
24	CSD44347	08/04/2026	Jimenez Herrera Valentina	1029220679	SINDROME DE DOWN	$ 1.551.750,00		$ 0,00		$ 1.551.750,00	SIN GLOSA	
25	CSD44348	08/04/2026	Parra Salinas Carolina	1014979012	SINDROME DE DOWN	$ 1.841.410,00		$ 0,00		$ 1.841.410,00	SIN GLOSA	
26	CSD44349	08/04/2026	Torres Rios Angelica	1029220505	SINDROME DE DOWN	$ 1.944.860,00		$ 0,00		$ 1.944.860,00	SIN GLOSA	
					TOTAL	**$ 22.347.412,00**		**$ 0,00**		**$ 22.347.412,00**		

Elaborado Por:

DRA. PAOLA ANDREA CRUZ VARGAS
MD AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1
FECHA 21/04/2026

Recibido Por:

Grado y Cargo, Nombres y Apellidos

AREA DE SANIDAD

PLANILLA CONSOLIDADO DE 1 AL 27 FEBRERO 2026

AREA DE SANIDAD	IPS	NIT	FECHA DE RADICACION DE LA FACTURA	Nº. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCION	NUMERO DE AUTORIZACION	FECHA DE AUTORIZACION	NOMBRE DEL USUARIO	GENERO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO	CODIGO CUPS	CODIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL	DX CIE 10 EN TEXTO	VALOR DE LA FACTURA	EDAD PACIENTE
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43981	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606241	05/02/2026	Ariza Villamil Sofia	F	1.011.206.942	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 444.006	15 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43982	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606269	05/02/2026	Bejarano Piñeros Gabriela	F	1.027.300.517	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	8 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43983	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606463	05/02/2026	Beltran Nieto Joseph	M	1.029.110.576	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 690.676	20 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43984	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606476	05/02/2026	Calderón Pinzón Dana Johana	F	1.011.212.102	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	14 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43985	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606486	05/02/2026	Contreras Sanchez Pablo Elmer	M	1.071.549.408	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	16 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43986	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606500	05/02/2026	Cordoba Vergara Kimberly Dayana	F	1.028.840.870	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	17 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43987	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606509	05/02/2026	Forero Peñaranda Juan Sebastian	M	1.011.222.840	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	12 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43988	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606514	05/02/2026	Gomez Caicedo Samuel	M	1.023.386.421	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	16 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43989	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11606522	05/02/2026	Hernández Abreo Emanuel	M	1.025.555.216	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	10 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43990	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607111	05/02/2026	Lloreda Sanchez Juan Sebastian	M	1.023.166.684	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 542.674	14 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43991	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607153	05/02/2026	Mendez Guerrero Mathias	M	1.020.005.650	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 444.006	7 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43992	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607167	05/02/2026	Ocampo Giraldo Andres Felipe	M	1.032.467.580	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	13 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43993	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607205	05/02/2026	Prieto Rojas Emanuel Josue	M	1.031.825.144	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 542.674	14 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43994	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607215	05/02/2026	Pulido Aguilar Maria Alejandra	F	1.011.231.054	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	17 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43995	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607229	05/02/2026	Quintero Piñerez Maria Paz	M	1.089.636.091	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 444.006	7 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43996	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607244	05/02/2026	Rios Salazar Sara Sofia	M	1.011.208.849	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	14 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43997	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607259	05/02/2026	Rivera Rodriguez Sharon	M	1.020.000.583	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	13 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43998	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607274	05/02/2026	Romero Lizarazo Angel Felipe	F	1.140.930.926	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	9 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD43999	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607292	05/02/2026	Sanchez Martinez Daniel Alejandro	M	1.011.254.332	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 592.008	7 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD44000	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607304	05/02/2026	Tabares Perez Jesus David	M	1.019.154.161	938661	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 740.010	7 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD44001	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607318	05/02/2026	Bautista Cardenas Danny Marcela	F	1.000.255.672	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 1.820.720	23 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD44002	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607340	05/02/2026	Botancurt Cucaita Magda Lorena	F	1.029.220.634	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 1.179.330	29 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD44003	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607355	05/02/2026	Cely Parada Maria Jimena	F	1.000.161.808	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 972.430	22 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD44004	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607359	05/02/2026	Jimenez Herrera Valentina	F	1.029.220.679	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 2.027.520	20 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD44005	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607186	05/02/2026	Parra Salinas Carolina	F	1.014.979.012	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 1.841.410	20 AÑOS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1	CORPORACION SINDROME DE DOWN	800037619-0	10/03/2026	CSD44006	09/03/2026	01/02/2026 AL 27/02/2026	11607378	05/02/2026	Torres Rios Angelica	F	1.029.220.505	938662	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Q909 SINDROME DE DOWN	$ 2.069.900	20 AÑOS
														TOTAL FACTURA	$ 22.638.682	

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
10 MAR 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

CORPORACION SINDROME DE DOWN
Creer en una vida plena y feliz

Personería Jurídica 8007 de 1998 Min. Salud
Nit. 800.037.619 – 0
Sede La Castellana Cra. 49 No 99 -10 PBX 7560475
Sede Villas Cra 57 N. 128 – 03 Tel 6241873
direccion@corporacionsindromededown.org
www.corporacionsindromededown.org
Bogotá, D.C

La Revisora Fiscal de la
CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN

C E R T I F I C A:

Que la empresa **CORPORACION SINDROME DE DOWN** identificada con NIT. 800.037.619-0, se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto y efectuó durante los últimos seis (6) meses el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, en cumplimiento con la **Ley 789/02**.

Se expide en Bogotá, D.C., el día veintisiete (27) de febrero de 2026

DORLY MUÑOZ MOSQUERA
REVISOR FISCAL
C.C.No. 39.653.935
T.P. 72059-T

VIGILADO Supersalud