Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 25 de septiembre de 2025
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº1
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>**X**</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato No.	81-7-20187-25
Constancia de recibido No.	2
Contratista:	HEALTH & LIFE IPS SAS
NIT del contratista:	NIT 900900122-7
Objeto del contrato:	PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VIA AEREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A LA USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD BOGOTA Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios:	NO APLICA
Valor del contrato	Valor inicial del contrato: $ 142.000.000,00 Valor total del contrato: $ 142.000.000,00
Plazo de ejecución:	INICIO: del al 07//07/2025 al 07/10/2025
Fecha de vencimiento	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios serán prestados en las instalaciones y sedes de la entidad contratada, la cual debe tener su sede principal en el municipio de Fusagasugá departamento de Cundinamarca.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI__NO_**X**_	
Nombre del supervisor/coordinador	Intendente. JUAN RICARDO GOMEZ MOLINA Responsable Programa Medico Domiciliario (E)

<table>
<tr><td>del contrato y cargo que desempeña:</td><td></td></tr>
<tr><td>Fecha de entrega certificada:</td><td>01/08/2025 al 30/08/2025</td></tr>
<tr><td>Valor que se esta certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025</td><td>
<table>
<tr><th>Unidad</th><th>Recurso</th><th>Descripción del bien o servicios recibidos</th><th>Valor recibido</th><th>Valor facturado</th><th>Valor a amortizar y/o descontar *</th><th>Valor a pagar</th></tr>
<tr><td>Rases Nº1</td><td>16</td><td>PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD DOMICILIARIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VIA AEREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A LA USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD BOGOTA Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1.EN SALUD No. 1.</td><td>$ 73.998.819</td><td>$ 73.998.819</td><td>$ 0,00</td><td>$ 73.998.819</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Acta de recepción de bienes</td><td>N/A</td></tr>
</table>

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
PBG186314	05/09/2025	$ 25.084.890	$ 0,00	$ 25.084.890
PBG185321	02/09/2025	$ 23.829.039	$ 0,00	$ 23.829.039
PBG186322	05/09/2025	$ 25.084.890	$ 0,00	$ 25.084.890
TOTAL		$ 73.998.819,00	$ 0,00	$ 73.998.819,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS DEL 01 AL 30 DE AGOSTO DE 2025, LOS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUMPLIERON CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO, ASÍ CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS PARA LA RADICACIÓN

DE LA FACTURACIÓN. SE ANEXAN SOPORTES DE INFORMES DE ACTIVIDADES PRESTADAS, SUJETOS A VERIFICACIÓN POR PARTE DE AUDITORIA DE CUENTAS.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisora 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 Y VALORES DEL CONTRATO, el contratista cumplió con lo establecido en las especificaciones técnicas y condiciones específicas del contrato, durante el mes de diciembre de 2024	**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 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.



Firma_____
Intendente JUAN RICARDO GOMEZ MOLINA
Supervisor Contrato No. 81-7-20187-25
Correo electrónico: brian.escobedo@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3113388464