Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 31 de MAYO 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 /aceptación de oferta u orden de compra No.	**81-7-20210-25**
Constancia de recibido No.	33
Contratista:	**INSTITUTO ROOSEVELT**
NIT del contratista:	860.013.874-7
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	*"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.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:	***Vigencia 2025 $ 400.000.000,00*** *Vigencia 2026 $ 400.000.000,00* Adición 001: $ 400.000.000,00 ***Total vigencia 2026***: $ 800.000.000,00 **Total Contrato actual: $ 1.200.000.000,00**
Plazo de ejecución:	15/08/2025 al 30/03/2026 Prorroga 001: hasta el 30 de JUNIO de 2026 o hasta agotar el presupuesto o lo primero que ocurra.
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Todos los usuarios y beneficiaros del SSPN pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud N°1
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO _X_	NO
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Capitán LADY CATHERINE SANCHEZ GARZON Jefe Grupo SubRed Integral Servicios de Salud
Fecha de entrega certificada:	Del 13/04/2026 al 30/04/2026

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

Vigencia	Unidad	Recurso	Descripción de bienes o servicios recibidos	Valor Recibido	Valor Facturado	Valor a amortizar y/o descontar	Valor a pagar
2026	RASES No1	16	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	**$ 36.242.893**	**$ 36.242.893**	**$ 19.464.000**	**$ 16.778.893**

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES 1
GRUPO FINANCIERO
31 MAY 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
3072069	13/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3079230	27/04/2026	$ 349.054	0	$ 349.054
3079233	27/04/2026	$ 117.193	0	$ 117.193
3079234	24/04/2026	$ 117.193	0	$ 117.193
3079236	27/04/2026	$ 2.177.200	0	$ 2.177.200
3079238	27/04/2026	$ 349.054	0	$ 349.054
3079794	28/04/2026	$ 2.017.200	0	$ 2.017.200
3079803	28/04/2026	$ 987.300	0	$ 987.300

3079805	28/04/2026	$ 336.200	0	$ 336.200
3079834	28/04/2026	$ 117.193	0	$ 117.193
3079837	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3079838	28/04/2026	$ 2.177.200	0	$ 2.177.200
3079839	28/04/2026	$ 672.400	0	$ 672.400
3079841	28/04/2026	$ 336.200	0	$ 336.200
3079843	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3079875	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3079879	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3079881	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3079987	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3079990	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3079995	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3080001	28/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3080953	29/04/2026	$ 1.008.600	0	$ 1.008.600
3080960	29/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3081072	29/04/2026	$ 94.700	0	$ 94.700
3081390	30/04/2026	$ 4.464.249	$ 3.892.800	$ 571.449
3081406	30/04/2026	$ 4.464.249	$ 3.892.800	$ 571.449
3081483	30/04/2026	$ 6.719.659	$ 3.892.800	$ 2.826.859
3081558	30/04/2026	$ 4.232.100	$ 3.892.800	$ 339.300
3081576	30/04/2026	$ 4.464.249	$ 3.892.800	$ 571.449
		$ 36.242.893	**$ 19.464.000**	**$ 16.778.893**

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; así mismo, dejo consignado **que NO hay glosas pendientes por conciliar** de acuerdo a auditoría de cuentas médicas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__/ No___	Observaciones y Evidencias
1	De acuerdo al *"ANEXO No. 2 VALOR DEL CONTRATO Y CONDICIONES TÉCNICAS"* del contrato, se dio cumplimiento con las 51 características y condiciones técnicas especificas exigidas y cobros de los servicios por los valores pactados.	SI	NINGUNA

Observación: Ninguna
FIRMA DE SUPERVISOR

Capitán **LADY CATHERINE SANCHEZ GARZON**
Jefe Grupo SubRed Integral Servicios de Salud