Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 04 de septiembre 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.° 81-7-20278-25
Constancia de recibido No.	12
Contratista:	TRANSPORTES ESPECIALES ALIADOS S.A.S.
NIT del contratista:	900.444.852-9
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSPORTE (INCLUYE VEHÍCULOS ADAPTADOS CON RAMPA) PARA USUARIOS Y BENEFICIARIOS QUE PRESENTAN MOVILIDAD REDUCIDA O SE ENCUENTRAN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y/O FALLOS DE TUTELA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, (UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA Y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ).
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios	NO APLICA
Valor del contrato	**Vigencia 2025**: $ 80.000.000,00 **Vigencia 2026:** $ 400.000.000,00 Valor Total del Contrato: $ 480.000.000,00
Plazo de ejecución:	Del 14/11/2025 AL 30/04/2026
Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios objeto del contrato serán prestados previa solicitud y coordinación con el supervisor del contrato, dentro de la jurisdicción de Bogotá D.C, Cundinamarca y Boyacá según corresponda a cada grupo y trayecto.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI__NO_X_	

DIRECCIÓN DE SANIDAD
RASES I
GRUPO FINANCIERO
04 SEP 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Intendente **JUAN RICARDO GOMEZ MOLINA** Responsable Programa Médico Domiciliario
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/04/2026 AL: 30/04/2026
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	**$2.742.697**	**$2.742.697**	**$ 1.718.051**	**$ 1.024.646**

N.	N.FACTURA	IDENTIFICACION	GLOSA INICIAL	VALOR ACEPTADO IPS	VALOR A PAGAR SECSA BOGOTA
1	TE 16814	79408102	$ 140.295	$ 140.295	$ 0
2	TE 16815	1016750655	$ 213.914	$ 0	$ 213.914
3	TE 16824	1020004541	$ 181.230	$ 181.230	$ 0
4	TE 16828	28845231	$ 76.994	$ 0	$ 76.994
5	TE 16830	1201471139	$ 37.372	$ 37.372	$ 0
6	TE 16848	19298662	$ 76.994	$ 0	$ 76.994
7	TE 16850	19080642	$ 1.010.406	$ 1.010.406	$ 0
8	TE 16893	1025547297	$ 40.772	$ 40.772	$ 0
9	TE 16896	1029568227	$ 76.994	$ 0	$ 76.994
10	TE 16899	1029568226	$ 230.982	$ 0	$ 230.982
11	TE 16900	1013014834	$ 153.988	$ 153.988	$ 0
12	TE 16901	1013014834	$ 76.994	$ 76.994	$ 0

13	TE 16902	1013014834	$ 117.786	$ 0	$ 117.786
14	TE 16903	1013014834	$ 230.982	$ 0	$ 230.982
15	TE 16911	1103862611	$ 76.994	$ 76.994	$ 0
		TOTAL	**$ 2.742.697**	**$ 1.718.051**	**$ 1.024.646**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Para la radicación de la facturación parcial, 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.	**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.

Intendente **JUAN RICARDO GÓMEZ MOLINA**
Responsable Programa Médico Domiciliario
Supervisor Contrato No. 81-7-20278-25