Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C 15 de mayo de 2026
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº1
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	N.º 81-7-20243-25
Constancia de recibido No.	09
Contratista:	HEALTH & LIFE IPS SAS
NIT del contratista:	NIT 900.900.122-7
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIO DE TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL MEDICO, EQUIPOS E INSUMOS PARA EL CUIDADO DE VÍA AÉREA ARTIFICIAL TIPO TRAQUEOSTOMIA LAS 24 HORAS A USUARIOS PEDIATRICOS Y ADULTOS, DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA 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	Vigencia 2025: $ 212.997.487,00 Vigencia 2026 $ 210.000.000,00 **Valor Total del Contrato: $ 422.997.487,00**
Plazo de ejecución:	Del 09/10/2025 AL 31/05/2026
Lugar de ejecución y/o entrega	Los servicios objeto del contrato deberán ser prestados en el domicilio los pacientes que residan en la jurisdicción de la ciudad de Bogotá D.C., y en el departamento de Cundinamarca previa coordinación con el Supervisor del contrato.
Incumplimiento del plazo de ejecución SI__NO_X_	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Teniente JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA Responsable Programa Médico Domiciliario

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

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

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	$49.740.000	$49.740.000	$ 00,0	$49.740.000

Acta de recepción de bienes	N/A

No	No FACTURA	FECHA DE FACTURA	No. IDENTIFICACION	VR. FACTURADO	VR. GLOSA	VR. A PAGAR
1	PBG1121932	1/05/2026	1069718827	$16.290.000	$ 0,00	$ 16.290.000,00
2	PBG1121934	1/05/2026	1062544487	$17.160.000	$ 0,00	$ 17.160.000,00
3	PBG1121935	1/05/2026	52936873	$16.290.000	$ 0,00	$ 16.290.000,00
Total				**$ 49.740.000,00**	**$ 0,00**	**$ 49.740.000,00**

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 especificas 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.

FIRMA DEL SUPERVISOR

Teniente **JUAN CARLOS CABRERA MONTILLA**
Responsable Programa Médico Domiciliario
Supervisor Contrato No. 81-7-20243-25