| | FUERZA AEREA COLOMBIANA<br>JEFATURA DE SALUD FUERZA AÉREA<br>FORMATO SOLICITUD DE PAGO JEFATURA SALUD FAC | CODIGO: | GH-JEFSA-FR-045 |
|---|---|---|---|
| | | VERSION No: | 1 |
| | | VIGENCIA: | 29/08/2018 |

**EL SUSCRITO ORDENADOR DEL GASTO DELEGADO MEDIANTE RESOLUCION No 4223 DE 2022 DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL TRAMITA PARA PAGO EL SIGUIENTE COMPROMISO QUE CUMPLE LOS REQUISITOS DE LEY**

**DATOS BASICOS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CIUDAD Y FECHA | BOGOTA 7/02/2023 | TRÁMITE N°. | | 3 |
| CONTRATISTA | CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL EU | C.C | NIT | 827.000.898 |

| **ESTADO DE CUENTA** | | **CUENTA A CONSIGNAR** | |
|---|---|---|---|
| SALDO ANTERIOR | $ 2.500.000,00 | BANCO | BBVA |
| VALOR A PAGAR | **$ 1.074.500,00** | No CUENTA BANCARIA | 487005894 |
| SALDO MENOS ESTA FACTURA | $ 1.425.500,00 | TIPO DE CUENTA | CORRIENTE |
| CONCEPTO DE PAGO | PRESTACION INTEGRAL AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE I, II, Y III NIVEL DE COMPLEJIDAD TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL QUE INCLUYA TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, NUTRICION Y PSICOLOGÍA, PARA LOS USUARIOS DEL ESM 880018305382 DEL GRUPO AEREO DE CARIBE Y AFILIADOS O USUARIOS ADSCRITOS AL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES QUE REQUIERAN SERVICIO EN SAN ANDRES | | |

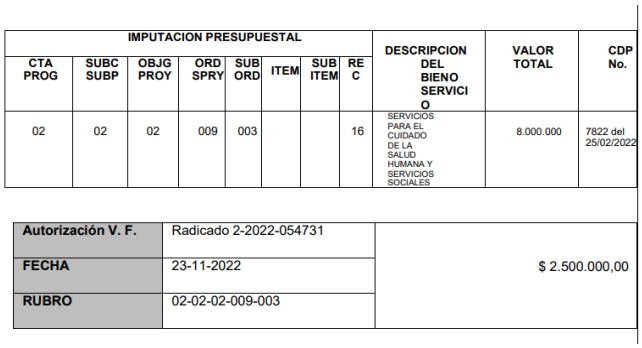
**DATOS SIIF NACION Y SAP/R3**

| **NUMERO REGISTROS SIIF** | | **NUMERO REGISTROS SAP** | | |
|---|---|---|---|---|
| CDP: | **2323** | | | |
| CONTRATO: | **090-01-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2022** | | | |
| REGISTRO PTAL: | **2323** | | | |
| RECURSO | **16** | | | |
| RUBRO PPTAL | **A-02-02-02-009-003** | | | |
| | | N° SOL-PEDIDO: | | |
| | | N° CONTRATO MARCO: | | |
| | | N° RESERVA DE RECURSOS: | | |
| | | N° PEDIDO:<br>Se puede diligenciar a mano | | |
| | | N° HOJA DE ENTRADA:<br>Aplica solo para servicio | | |

**Coronel JORGE EDUARDO GONZALEZ GARCIA**
DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO EN SALUD (E)

Elaboró: Gloria Edith Hernández Avila
Asesor Contractual

| ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS PARCIAL | FECHA 02/02/2023 |
|---|---|
| CONTRATO N° | 090-01-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2022 |
| FECHA SUSCRIPCIÓN | 19-05-2022 |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACIÓN INTEGRAL AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE I, II, Y III NIVEL DE COMPLEJIDAD TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL QUE INCLUYA TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, NUTRICION Y PSICOLOGÍA, PARA LOS USUARIOS DEL ESM 880018305382 DEL GRUPO AEREO DE CARIBE Y AFILIADOS O USUARIOS ADSCRITOS AL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES QUE REQUIERAN SERVICIO EN SAN ANDRES. |
| FORMA DE PAGO | EL MINISTERIO pagara al contratista el valor del contrato, de acuerdo al proceso de facturación, pagos y glosas determinado en Ley 1438 artículo 57 de 2011 y Resolución 3047 de 2008 (Manual Único de Glosas), no obstante, por tratarse de una Entidad Pública, los pagos quedan sujetos a los desembolsos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en pagos parciales con los siguientes cortes:<br><br>1. Hasta el 30 de junio de 2022<br>2. Hasta el 31 de julio de 2022<br>3. Hasta el 31 de agosto de 2022.<br>4. Hasta el 30 de septiembre de 2022.<br>5. Hasta el 31 de octubre de 2022.<br>6. Hasta el 30 de noviembre de 2022.<br>7. Hasta el 15 de diciembre de 2022.<br><br>Previa prestación del servicio facturado y revisión de la facturación y soportes por parte de la Auditoría de la FAC, por lo anterior, la factura debe cumplir con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN y con el valor dentro de las tarifas pactadas correspondiente al mes inmediatamente anterior dentro de los SIETE (07) días del mes siguiente a la prestación de los servicios, en el SECOP II, acompañada de los siguientes documentos: Resumen de la Atención; debidamente firmada por quien recibió el servicio; Fotocopia del documento de identidad de quien recibió el servicio; fotocopia del carné y/o constancia de trámite del mismo que acredite derechos a la prestación del servicio expedida por el CENAF; copia de evolución de las unidades de cuidados intermedios; y lista de los pacientes atendidos con los siguientes datos: NOMBRE DEL USUARIO, DOCUMENTO DE IDENTIDAD y copia de autorización del servicio emanada por el Establecimiento de Sanidad Militar, el informe estadístico de conformidad con lo establecido en el Decreto 2334/00 (R.I.P.S), recibo de pago mensual del personal utilizado en la prestación del servicio, o las demás normas que la adicionen o modifiquen. |
| CONTRATISTA | CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL EU |
| INTERVENTOR | NO APLICA |
| SUPERVISOR | AT. OCHOA GOMEZ DENISSE JOANNE |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 8.000.000 |
| PLAZO DE ENTREGA | DESDE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO PREVIO CUMPLIMIENTO DELOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022 O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO, LO QUE OCURRA PRIMERO. |
| FECHA DE INICIO | 26/05/2022 |
| FECHA DE SUSPENSIÓN | NO APLICA |

| | |
|---|---|
| FECHA DE REINICIACIÓN | NO APLICA |
| **CONTRATO MODIFICATORIO N° 1** | |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN | 22-12-2022 |
| OBJETO DEL CONTRATO | Se hace necesario realizar esta adición con el fin de garantizar la continuidad de la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad, de forma permanente a los usuarios y beneficiarios adscritos al subsistema de salud, de acuerdo con los documentos anexos. |
| FORMA DE PAGO |  |

| IMPUTACION PRESUPUESTAL | | | | | | | | DESCRIPCION DEL BIENO SERVICIO | VALOR TOTAL | CDP No. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CTA PROG | SUBC SUBP | OBJG PROY | ORD SPRY | SUB ORD | ITEM | SUB ITEM | RE C | | | |
| 02 | 02 | 02 | 009 | 003 | | | 16 | SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | 8.000.000 | 7822 del 25/02/2022 |

| | | |
|---|---|---|
| **Autorización V. F.** | Radicado 2-2022-054731 | |
| **FECHA** | 23-11-2022 | $ 2.500.000,00 |
| **RUBRO** | 02-02-02-009-003 | |

EL MINISTERIO pagara al contratista el valor del contrato, de acuerdo al proceso de facturación, pagos y glosas determinado en Ley 1438 artículo 57 de 2011 y Resolución 3047 de 2008 (Manual Único de Glosas), no obstante, por tratarse de una Entidad Pública, los pagos quedan sujetos a los desembolsos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en pagos parciales con los siguientes cortes:
FACTURACION MENSUAL CON CORTE AL DIA 30 DE CADA MES.
Previa prestación del servicio facturado y revisión de la facturación y soportes por parte de la Auditoría de la FAC, por lo anterior, la factura debe cumplir con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN y con el valor dentro de las tarifas pactadas correspondiente al mes inmediatamente anterior dentro de los SIETE (07) días del mes siguiente a la prestación de los servicios, en el SECOP II, acompañada de los siguientes documentos: Resumen de la Atención; debidamente firmada por quien recibió el servicio; Fotocopia del documento de identidad de quien recibió el servicio; fotocopia del carné y/o constancia de trámite del mismo que acredite derechos a la prestación del servicio expedida por el CENAF; copia de evolución de las unidades de cuidados intermedios; y lista de los pacientes atendidos con los siguientes datos: NOMBRE DEL USUARIO, DOCUMENTO DE IDENTIDAD y copia de autorización del servicio emanada por el Establecimiento de Sanidad Militar, el informe estadístico de conformidad con lo establecido en el Decreto 2334/00 (R.I.P.S), recibo de pago mensual del personal utilizado en la prestación del servicio, o las demás normas que la adicionen o modifiquen

| | |
|---|---|
| PLAZO DE ENTREGA | 31 de mayo de 2023 o hasta agotar el presupuesto, lo que ocurra primero |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO | $10.500.000 |

En San Andrés Isla., el día 02 del mes de febrero de 2023, se reunieron el señor AT. OCHOA GOMEZ DENISSE JOANNE, en su calidad de supervisor suplente por parte **LA NACION - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - JEFATURA SALUD FUERZA AEREA** y la señora **ROSMARY ECHAVARRIA SALAZAR** en su calidad de Representante Legal de **CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL EU,** empresa CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los servicios correspondientes(s) al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a lo(s) bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la(s) entrega(s) se cumplió (eron) dentro del plazo contractual establecido. A continuación se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

| DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS | CANTIDAD | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A |
| **DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS** | **CANTIDAD** | **OBSERVACIONES GENERALES** |
| N/A | N/A | N/A |
| **DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS** | | **OBSERVACIONES GENERALES** |
| FISIOTERAPIA | 30 | SE RECIBE LOS SERVICIOS A SATISFACCION |
| FISIOTERAPIA DOMICILIARIA | 10 | SE RECIBE LOS SERVICIOS A SATISFACCION |
| NUTRICION PRIMERA VEZ | 1 | SE RECIBE LOS SERVICIOS A SATISFACCION |
| **DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)** | **CANTIDAD** | **OBSERVACIONES GENERALES** |
| N/A | N/A | N/A |

| AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS O BIENES | | |
|---|---|---|
| ***NO APLICA*** | | |
| **SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO** | | |
| | | |
| **DETALLE DEL PAGO** | **VALOR** | **OBSERVACIONES** |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 8.000.000 | |
| ADICIÓN | $ 2.500.000 | |
| VALOR FINAL CONTRATO | $ 10.500.000 | |
| PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO | $ N/A | |
| PRIMER PAGO PARCIAL | $ 699.000 | FACT. CFI-10203 - ORDEN DE PAGO No. 263174322 del 01 SEPTIEMBRE DE 2022 |
| SEGUNDO PAGO PARCIAL | $ 864.300 | FACT. CFI-10211 - ORDEN DE PAGO No. 301339322 del 26 SEPTIEMBRE DE 2022 |
| TERCER PAGO PARCIAL | $ 724.500 | FACT. CFI-10216- se realiza glosa por valor de $25.500 - ORDEN DE PAGO No. 348878722 del 01 DE NOVIEMBRE DE 2022 |
| CUARTO PAGO PARCIAL | $ 983.000 | FACT. CFI-10226 - ORDEN DE PAGO No. 372601222 del 24 DE NOVIEMBRE |
| QUINTO PAGO PARCIAL | $ 2.615.000 | FACT. CFI-10237- 10226 - ORDEN DE PAGO No. 41361822 del 16 DE DICIEMBRE DE 2022 |
| SEXTO PAGO PARCIAL | $ 2.114.200 | FACT. CFI-10253 ORDEN DE PAGO No. 458119422 del 29 DE DICIEMBRE DE 2022 |
| **SALDO 2022** | $ 0 | |
| SEPTIMO PAGO PARCIAL | $ 1.074.500 | FACT. CFI-10262 |
| **SALDO 2023** | $ 1.425.500 | |
| **ANEXOS** | | |
| Para la revisión de los requisitos de entrada a satisfacción de bienes, el supervisor debe allegar documentos citados en la Circular No. 20132130582693 del 17-06-201/MDN-CGFM-FAC-COFAC-JEMFA-EMAFI-SECON-13.4 Reglamentación Requisitos para Pago y Derecho a Turno, de acuerdo a los Anexos A y B (la circular completa se puede consultar en la Suite Visión Empresarial SVE por la opción documentos /Consultar/buscar por parámetro de búsqueda: Tipo: circular, otros parámetros Proceso: Gestión administrativa). | | |

| TIPO DE DOCUMENTO | DOCUMENTOS | RADICADO EN FÍSICO SIEMPRE |
|---|---|---|
| Original | Factura y/o Documento equivalente a factura | X |
| Copia | Entrada de bienes y/o servicios (SAP) | |
| Copia | Certificación de parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y/o recibo del último pago (planilla pago para contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión) | X |

**EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON**

| | |
|---|---|
| **ROSMARY ECHAVARRIA SALAZAR**<br>**RL/ CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL EU**<br>CONTRATISTA | **AT. OCHOA GOMEZ DENISSE JOANNE**<br>SUPERVISOR |

ELABORO: AT. OCHOA

**CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL E. U.**
NIT 827.000.898-7
Av, Colombia edificio serranilla L-101 sarie bay
Tel: (038) 5231744
San Andrés - Colombia
cfifactura@gmail.com

## Factura Electronica de venta
**No. CFI 10262**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | JEFATURA DE SALUD DE FUERZA AEREA | | |
| **NIT** | 901.440.176-3 | **Teléfono** | (608) |
| **Dirección** | AV CARACAS 66 24 | **Ciudad** | San Andrés - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 01/02/2023, 12:07 |
| **Expedición** | 01/02/2023, 12:07 |
| **Vencimiento** | 01/03/2023 |

| Ítem | Código | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Valor desc. | Vr. Bruto | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890211 | FISIOTERAPIA | 30.00 | 23,300.00 | 0.00 | 699,000.00 | 699,000.00 |
| 2 | 890111 | DOMICILIO FISIOTERAPIA | 10.00 | 35,000.00 | 0.00 | 350,000.00 | 350,000.00 |
| 3 | 890206 | NUTRICION PRIMERA VEZ | 1.00 | 25,500.00 | 0.00 | 25,500.00 | 25,500.00 |

TADICADO: 3-JEFSA-FAC-2023

**Total items:** 3

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 1,074,500.00 |
| **Total a Pagar** | 1,074,500.00 |

**Valor en Letras:**
Un millón setenta y cuatro mil quinientos pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2023-03-01 por $ 1,074,500.00

**Observaciones:**

**Orden de compra: -**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764016417619 aprobado en 20210816 prefijo CFI desde el número 10105 al 11000 Vigencia: 18 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8692 Actividades de apoyo terapéutico Tarifa
**CUFE:** 63d6a443de74fcbce3af21e21bd0033e8cccd3c407cd403b6efef9ad7adad52284b17f9133ebe8bb6f2c55ccae13257e

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 827000898-7 | CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL | | AV COLOMB A BARRIO SARIE BAY EDIFICIO [illegible] | 5131744 | rosmary_e@yahoo.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | B – menos de 200 c | | | ARCHIPIÉLAGO DE SA | SAN ANDRÉS | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 4 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-01 | 2022-12 | E | 10/01/2023 | 84379154 | $1.189.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 100.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 100.000 | 2 |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 80.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 80.000 | 2 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23/201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 1 |
| 23/301 | Porvenir | 800224808-6 | 352.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 352.000 | 2 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 160.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 109.800 | | | | 109.800 | 0 | 0 | 109.800 | | | 1.098 | 109.800 | 4 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF64 | Cajasai | 892400320-5 | 180.000 | 0 | 0 | 180.000 | 4 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 2 | 180.000 | 180.000 |
| Pensión | 3 | 720.000 | 720.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 109.800 | 109.800 |
| CCF | 1 | 180.000 | 180.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 7 | 1.189.800 | 1.189.800 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 827000898-7 | CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL | | AV COLOMBIA BARRIO SARIE BAY EDIFICIO [illegible] | 5131744 | rosmary_e@yahoo.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | B – menos de 200 c | | | ARCHIPIELAGO DE SA | SAN ANDRES | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 4 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-01 | 2022-12 | E | 10/01/2023 | 84379154 | $1.189.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colilla | Bolsa | Extranjero | Sin Formulación | Incapacidad | ING | SLN | IGE | LMA | VSP | VST | SLE | IRL | AVP | VAC | VCT | AL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1152430739 | ELLIS ECHAVARRIA DANA | 1 | 0 | | S | | | | | | | | | | | | | | | 23301 | 1.300.000 | 286.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS305 | 1.300.000 | 52.000 | 14-23 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | CCF64 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 32739852 | ECHAVARRIA SALAZAR ROSMARY | 1 | 0 | | S | | | | | | | | | | | | | | | 23301 | 1.200.000 | 192.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS305 | 1.200.000 | 48.000 | 14-23 | 1.200.000 | 3 | 29.300 | CCF64 | 1.200.000 | 48.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC | 40868436 | RODRIGUEZ DORIS | 1 | 0 | | S | | | | | | | | | | | | | | | 23301 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.000.000 | 40.000 | 14-23 | 1.000.000 | 3 | 24.400 | CCF64 | 1.000.000 | 40.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC | 40869793 | GUERRERO LEIDIS | 1 | 0 | | S | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.000.000 | 40.000 | 14-23 | 1.000.000 | 3 | 24.400 | CCF64 | 1.000.000 | 40.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL EU
NIT: 827000898-7

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**PERSONA JURIDICA**

Yo, ROSMARY ECHAVARRIA SALAZAR, identificado con cédula de ciudadanía No. 32708852 DE BARRANQUILLA, y en representación legal del CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL EU, con NIT: 827000898-7 mediante el presente documento me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que me encuentro al día y a paz y salvo por concepto de pago de aportes al sistema de seguridad social que me resultan exigibles por la Ley y tener empleados a cargo.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en San Andrés - Isla, a los 1 días del FEBRERO DE 2023.



Nombre: ROSMARY ECHAVARRIA SALAZAR
Documento de Identidad: C.C. No. 32708852 DE BARRANQUILLA

| | FUERZA AÉREA COLOMBIANA | Código: | GH-JEFSA-FR-052 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO CONCEPTO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS- CONCEPTO INICIAL | Versión N°: | 02 |
| | | Vigencia: | 11/11/2020 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DE AUDITORIA | 07-LMMB-2023 | FECHA | 2/02/2023 |
| IPS y/o RECLAMANTE | CENTRO DE FISIOTERAPIA INTEGRAL E.U | NIT | 827000898-7 |
| FECHA DE PRESTACION DEL SERVICIO | ENERO 2023 | | |
| FECHA DE RECEPCIÓN FACTURA Y/O SOLICITUD REEMBOLSO | 2/02/2023 | | |

| FACTURA | FECHA FACTURA | USUARIO | IDENTIFICACION | VALOR FACTURA | VALOR GLOSA | VALOR A PAGAR | CODIGO GLOSA | DESCRIPCION GLOSA | OBSERVACIONES PRIMERA REVISION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CFI 10262 | 1/02/2023 | ANA ADELA VILLAR HERNANDEZ | 40985643 | $ 233.000 | $ 0 | $ 233.000 | N/A | #N/A | SE DA CONCEPTO FAVORABLE AL PAGO CORRESPONDIENTE DE LA ATENCION DE UN USUARIO DEL SSFFMM. EL CUAL SE ENCUENTRA SOPORTADO Y JUSTIFICADO EN SU TOTALIDAD. |
| CFI 10262 | 1/02/2023 | FREIRE CERON JESUS DAVID | 1061792398 | $ 233.000 | $ 0 | $ 233.000 | N/A | #N/A | SE DA CONCEPTO FAVORABLE AL PAGO CORRESPONDIENTE DE LA ATENCION DE UN USUARIO DEL SSFFMM. EL CUAL SE ENCUENTRA SOPORTADO Y JUSTIFICADO EN SU TOTALIDAD. |
| CFI 10262 | 1/02/2023 | HERNANDEZ MATEUS MIGUEL FELIPE | 1002681542 | $ 233.000 | $ 0 | $ 233.000,00 | N/A | #N/A | SE DA CONCEPTO FAVORABLE AL PAGO CORRESPONDIENTE DE LA ATENCION DE UN USUARIO DEL SSFFMM. EL CUAL SE ENCUENTRA SOPORTADO Y JUSTIFICADO EN SU TOTALIDAD. |
| CFI 10262 | 1/02/2023 | SANCHEZ SOTO DIEGO FRNANDO | 11123634800 | $ 350.000 | $ 0 | $ 350.000,00 | N/A | #N/A | SE DA CONCEPTO FAVORABLE AL PAGO CORRESPONDIENTE DE LA ATENCION DE UN USUARIO DEL SSFFMM. EL CUAL SE ENCUENTRA SOPORTADO Y JUSTIFICADO EN SU TOTALIDAD. |
| CFI 10262 | 1/02/2023 | SIERRA TRIANA LUIS HERNAN | 18001720 | $ 25.500 | $ 0 | $ 25.500,00 | N/A | #N/A | SE DA CONCEPTO FAVORABLE AL PAGO CORRESPONDIENTE DE LA ATENCION DE UN USUARIO DEL SSFFMM. EL CUAL SE ENCUENTRA SOPORTADO Y JUSTIFICADO EN SU TOTALIDAD. |
| | | | | **1.074.500** | **0,00** | **1.074.500** | | | |

| | |
|---|---|
| TOTAL FACTURA | **$ 1.074.500** |
| VALOR GLOSA | **$ 0** |
| VALOR A PAGAR | **$ 1.074.500** |



LINA MARIA MEJIA BENAVIDES -OPS
AUDITOR EN SERVICIOS DE SALUD
JEFSA FAC

| CENTRO DE COSTOS | DESCRIPCION | VALOR POR SERVICIOS |
|---|---|---|
| SF622CSR02 | CSR Urgencias | |
| SF622CSR03 | CSR Consulta externa | |
| SF622CSR04 | CSR Consulta especializada | |
| SF622CSR05 | CSR Salud Oral | |
| SF622CSR06 | CSR Quirófanos | |
| SF622CSR07 | CSR Promoción y prevención | |
| SF622CSR09 | CSR Hospitalización | |
| SF622CSR10 | CSR Salas de parto | |
| SF622CSR11 | CSR Laboratorio Clínico | |
| SF622CSR12 | CSR Imagenología | |
| SF622CSR13 | CSR Rehabilitación y terapias | $ 1.074.500 |
| SF622CSR14 | CSR Farmacia ambulatoria | |
| SF622CSR15 | CSR Transporte asistencial | |
| SF622CSR16 | CSR Apoyo terapéutico - Unidad renal | |
| SF622CSR17 | CSR Apoyo terapéutico - Terapias oncológ | |
| SF622CSR18 | CSR Otras Act Extram Aten domicil-Alojam | |

| | FUERZA AÉREA COLOMBIANA | | Código | GA-JEADA-FR-132 |
|---|---|---|---|---|
| | FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL | | Versión No: | 1 |
| | | | Vigencia | 20/05/2021 |

| | |
|---|---|
| **Jefatura o Unidad:** | **JEFSA** |
| **Nombre del Supervisor de Contrato** | **AT. OCHOA GOMEZ DENISSE JOANNE** |
| **Ordenador del Gasto** | **CR.ALEXANDER PEÑA CRISTANCHO** |
| **No. Contrato** | **090-01-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2022** |
| **Objeto del contrato** | **PRESTACIÓN INTEGRAL AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE I, II, Y III NIVEL DE COMPLEJIDAD TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL QUE INCLUYA TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, NUTRICION Y PSICOLOGÍA, PARA LOS USUARIOS DEL ESM 880018305382 DEL GRUPO AEREO DE CARIBE Y AFILIADOS O USUARIOS ADSCRITOS AL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES QUE REQUIERAN SERVICIO EN SAN ANDRES.** |
| **Valor del contrato** | **$ 8.000.000,00** |
| **Adición / Reducción** | **$ 2.500.000,00** |
| **Valor final del contrato** | **$ 10.500.000,00** |

| IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN | | | | | | | | | | USO PRESUPUESTAL INVERSIÓN | DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO | VALOR APROPIACION POR RUBRO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CTA | SUB CTA | OBJ | ORD | SUB ORD | ITEM | SUB ITEM 1 | SUB ITEM 2 | SUB ORD | RECURSO | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL VIGENCIA 2020 | | | | | | | | | | | | | **$ 0,00** |
| | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL VIGENCIA 2021 | | | | | | | | | | | | | **$ 0,00** |
| 02 | 02 | 02 | 009 | 003 | | | | | 16 | N/A | SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | **$ 8.000.000,00** |
| TOTAL VIGENCIA 2022 | | | | | | | | | | | | | **$ 8.000.000,00** |
| 02 | 02 | 02 | 009 | 003 | | | | | 16 | N/A | SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | **$ 2.500.000,00** |
| TOTAL VIGENCIA 2023 | | | | | | | | | | | | | **$ 2.500.000,00** |
| TOTAL VIGENCIAS 2019, 2020, 2021, 2022 | | | | | | | | | | | | | **$ 10.500.000,00** |

**<u>Control</u> - Su contrato se ha modificado en:**
**(En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)**

| No. PAGO | MES DE PAGO | MES AMORTIZACIÓN PAGO | DETALLE DEL PAGO | RUBRO | DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO | VALOR TOTAL PARA PAGO | VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO | SALDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | AGOSTO | | PRIMER PAGO PARCIAL | 02-02-02-009-003-01-16 | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | $ 699.000,00 | $ 699.000,00 | $ 7.301.000,00 |
| 2 | SEPTIEMBRE | | SEGUNDO PAGO PARCIAL | 02-02-02-009-003-01-16 | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | $ 864.300,00 | $ 864.300,00 | $ 6.436.700,00 |
| 3 | OCTUBRE | | TERCER PAGO PARCIAL | 02-02-02-009-003-01-16 | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | $ 724.500,00 | $ 724.500,00 | $ 5.712.200,00 |
| 4 | NOVIEMBRE | | CUARTO PAGO PARCIAL | 02-02-02-009-003-01-16 | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | $ 983.000,00 | $ 983.000,00 | $ 4.729.200,00 |
| 5 | DICIEMBRE | | QUINTO PAGO PARCIAL | 02-02-02-009-003-01-16 | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | $ 2.615.000,00 | $ 2.615.000,00 | $ 2.114.200,00 |
| 6 | DICIEMBRE | | SEXTO PAGO PARCIAL | 02-02-02-009-003-01-16 | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | $ 2.114.200,00 | $ 2.114.200,00 | $ 0,00 |
| 6 | FEBRERO | | SEPTIMO PAGO PARCIAL | 02-02-02-009-003-01-16 | AMPARAR LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE RED EXTERNA - GACAR, SEGUN OFICIO FAC-S-2022-036460-CI | $ 1.074.500,00 | $ 1.074.500,00 | $ 1.425.500,00 |
| **TOTALES** | | | | | | **$ 9.074.500,00** | **$ 9.074.500,00** | **$ 1.425.500,00** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA (Supervisor del Contrato)** | Denisse Ochoa Gomez |
| **POSTFIRMA** | AT. OCHOA GOMEZ DENISSE JOANNE |
| **FECHA** | 2/02/2023 |

| | |
|---|---|
| **FIRMA (Supervisor del Contrato)** | |
| **POSTFIRMA** | |
| **FECHA** | |