	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	CODIGO:	GH-JEFSA-FR-045
	JEFATURA DE SALUD	VERSION No:	2
	FORMATO SOLICITUD DE PAGO JEFATURA SALUD FAC	VIGENCIA:	23/03/2023

EL SUSCRITO ORDENADOR DEL GASTO DELEGADO MEDIANTE RESOLUCION No 4223 DE 2022 DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL AUTORIZA Y CERTIFICA QUE LOS DOCUMENTOS AQUÍ RELACIONADOS Y ANEXOS, CUMPLEN CON TODOS LOS REQUISITOS PARA REALIZAR EL PAGO

DATOS BÁSICOS

CIUDAD Y FECHA	BOGOTA, MARZO 2023			
PROVEEDOR	DIANA MILENA RINCON ROBERTO	C.C	NIT	53.002.978

ESTADO DE CUENTA		CUENTA A CONSIGNAR	
SALDO ANTERIOR	$ 36.735.760,00	BANCO	BANCO DE BOGOTA
VALOR A PAGAR	$ 3.673.576,00	No CUENTA BANCARIA	275304855
SALDO MENOS ESTA FACTURA	$ 33.062.184,00	TIPO DE CUENTA	AHORROS
CONCEPTO DE PAGO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUENTAS DE ALTO COSTO.		

DATOS SIIF NACIÓN

CDP:	**6123**
CONTRATO:	**049-01-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2023**
REGISTROPRESUPUESTAL:	**13023**
RECURSO	**16**
RUBRO PRESUPUESTAL:	**A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES**

LOS DEMÁS DOCUMENTOS DE ACUERDO A LA LISTA DE CHEQUEO DE ANEXOS PARA TRAMITE DE PAGO DE LA VIGENCIA

Coronel SANDRA MARCELA ZAMUDIO PRIETO
ORDENADOR DEL GASTO JEFSA

Elaboró: GUILLERMO H MURILLO MORALES
Asesor Contractual

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS (PARCIAL)	FECHA 31/03/2023
CONTRATO N°	049-01-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2023
FECHA SUSCRIPCIÓN	09 DE MARZO DE 2023
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUENTAS DE ALTO COSTO.
FORMA DE PAGO	EL MINISTERIO SE OBLIGA CON EL CONTRATISTA A PAGAR EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO DURANTE LA VIGENCIA 2023 EN DIEZ (10) PAGOS DISTRIBUIDOS ASÍ: DIEZ (10) PAGOS MENSUALES IGUALES POR VALOR DE 3.673.576,00 (172 HORAS MENSUALES) PARA UN TOTAL DE $36.735.760,00 PREVIA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ADJUNTANDO PARA SU PAGO: 1. RECIBO A SATISFACCIÓN EMITIDO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, Y DESPUÉS DE AGOTADOS TODOS LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS A QUE HAYA LUGAR: 2. CERTIFICACIÓN DE PAGO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (PAGO DE APORTES EN SALUD, PENSIÓN Y SISTEMA DE RIESGOS LABORALES) EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002, LA LEY 828 D 2003 Y EL ARTICULO 23 DE LA LEY 1150 DE 2007. 3. LA PUBLICACIÓN EN EL SECOP II DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA Y PLANILLA DE SALUD Y PENSIÓN POR EL CONTRATISTA UNA VEZ SEA APROBADA Y RADICADA POR LA ENTIDAD NOTA: LOS SERVICIOS PRESTADOS Y FACTURADOS EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2023, SE CANCELARÁN EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2023, SIEMPRE Y CUANDO LA DIRECCIÓN DEL TESORO NACIONAL ASIGNE RECURSOS, EN CASO CONTRARIO SE CONSTITUIRÁ COMO CUENTAS POR PAGAR 2024, PAGADERAS DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES DE 2024.

MES DE EJECUCIÓN-MES DE PAGO	MES DE PAGO
MARZO	ABRIL
ABRIL	MAYO
MAYO	JUNIO
JUNIO	JULIO
JULIO	AGOSTO
AGOSTO	SEPTIEMBRE
SEPTIEMBRE	OCTUBRE
OCTUBRE	NOVIEMBRE
NOVIEMBRE	DICIEMBRE
DICIEMBRE	DICIEMBRE y/o Cuentas por Pagar 2023-pagaderas en el primer trimestre 2024

CONTRATISTA	DIANA MILENA RINCON ROBERTO
INTERVENTOR	NO APLICA
SUPERVISOR	TENIENTE GUTIERREZ SOLANO LINDSAY GIGLIOLA (SUPERVISOR) CAPITÁN JENNY MARTIZA VEGA MEDRANO (SUPLENTE)
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 36.735.760 COP (Treinta y seis millones, setecientos treinta y cinco mil setecientos sesenta pesos m/cte)
PLAZO DE ENTREGA	A partir de la firma del acta de inicio y hasta el 30 DE DICIEMBRE 2023
FECHA DE INICIO	10 DE MARZO DE 2023
FECHA DE SUSPENSIÓN	NO APLICA

FECHA DE REINICIACIÓN	NO APLICA
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NO APLICA
OBJETO DEL CONTRATO	NO APLICA
FORMA DE PAGO	NO APLICA
PLAZO DE ENTREGA	NO APLICA
VALOR FINAL DEL CONTRATO	NO APLICA

En Bogotá D.C.., el día 31 del mes de marzo de 2023, se reunieron el señora Teniente Gutierrez Solano Lindsay Gigliola identificada con c.c. 1.020.728.751, en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FUERZA AÉREA** y la señora DIANA MILENA RINCON ROBERTO identificada con c.c. 53.002.978 en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los servicios correspondientes al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a lo(s) 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 servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES
1. Depuró y realizó consolidación de reporte enviado por los Establecimientos de Sanidad Militar y verificó cumplimiento en lo establecido en los instructivos de las CAC de hemofilia.	Cumplió con las actividades impuestas, sin embargo, se sigue trabajando en las cuentas de alto costo de las diferentes patologías solicitadas, en el momento se está haciendo el proceso de la CAC de Cáncer debido a que los plazos son en los próximos meses. Realiza retroalimentación de la documentación enviada por los ESM informando novedades de envió de la información completa para la revisión y diligenciamiento de las CAC. Diligenciamiento de bases de datos formato Excel para la relación de costos el cual tuvo que ser modificado en tres oportunidades de la cuenta de alto costo.
2. Realizó la retroalimentación para corrección y adecuado por parte de los ESM FAC de las CAC de cáncer y hemofilia.	
3. Realizó el reporte como JEFSA FAC de las CAC de hemofilia a DIGSA.	
5. Realizó el soporte de auditorías de la oficina de CAC de Ministerio y respuesta a observaciones presentadas, realizar.	
6. Realizó el informe de cada una de las CAC hemofilia de la base de datos posterior a cada auditoria.	
7. Realizó consolidación y análisis de la información de alto costo de la Fuerza Aérea.	

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
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

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	$ 36.735.760	
ADICIÓN	$ 0	
VALOR FINAL CONTRATO	$ 36.735.760	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$ 0	
PRIMER PAGO PARCIAL PAC ABRIL	$ 3.673.576	DOCUMENTO CORRESPONDIENTE A PAGO MES MARZO 2022
SALDO	$ 33.062.184	

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	
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

DIANA MILENA RINCON ROBERTO NOMBRE Y FIRMA CONTRATISTA	**TENIENTE GUTIERREZ SOLANO LINDSAY** GRADO, NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR

ELABORO: TE. GUTIERREZ SOLANO LINDSAY GIGLIOLA

	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:	**JEFATURA SALUD FUERZA AÉREA**
Nombre del Supervisor de Contrato	**TENIENTE GUTIERREZ SOLANO LINDSAY GIGLIOLA**
Ordenador del Gasto	**CORONEL SANDRA MARCELA ZAMUDIO PRIETO**
No. Contrato	**049-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2023**
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUENTAS DE ALTO COSTO.
Valor del contrato	**$ 36.735.760,00**
Adición / Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 36.735.760,00**

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**
TOTAL VIGENCIA 2022													**$ 0,00**
TOTAL VIGENCIA 2023													**$ 36.735.760,00**
A	02	02	009	003					16	N/A	SERIVIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES		**$ 36.735.760,00**
TOTAL VIGENCIAS 2020, 2021, 2022, 2023													**$ 36.735.760,00**

<u>Control</u> - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)	$ 0,00

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	MARZO	NO APLICA	PRIMER PAGO	A-02-02-009-003	SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUENTAS DE ALTO COSTO	$ 3.673.576,00	$ 3.673.576,00	$ 33.062.184,00
TOTALES						**$ 3.673.576,00**	**$ 3.673.576,00**	**$ 33.062.184,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	TENIENTE GUTIERREZ SOLANO LINDSAY GIGLIOLA
FECHA	31/03/2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53002978	DIANA MILENA RINCON ROBERTO	CLL 88 N 95F 17 INT 209	2294248	dianamilenarincon@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	23/03/2023	66489772	$654.200	

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	262.300	0		0		0	6	2.000	0	264.300	1

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
230301	Porvenir	800224808-8	335.800	0	0	0	0	6	2.500	0	338.300	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	51.200				51.200	6	400	51.600			512	51.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	1	262.300	264.300
Pensión	1	335.800	338.300
Riesgos Laborales	1	51.200	51.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	649.300	654.200

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
CC	53002978	DIANA MILENA RINCON ROBERTO		CLL 88 N 95F 17 INT 209	2294248	dianamilenarincon@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	23/03/2023	66489772	$654.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	53002978	RINCON ROBERTO DIANA MILENA	59	0			N																	230301	2.098.320	335.800	0	0	0	0	EPS005	2.098.320	262.300	14-23	2.098.320	3	51.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato XXX-XX-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2023

Yo, Diana Milena Rincon Roberto, identificado con C.C No. 53'002.978 de Bogotá D. C

CERTIFICO QUE: *(Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe los soporte según corresponda mensualmente):*

DEPURACIÓN CALCULO DE RENTA	SI	NO
Soy Pensionado/a		X
Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA	X	
Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción), mensual	X	
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (**diferentes a los obligatorios)**	X	
Certificación pago **intereses** en crédito hipotecario para adquisición de vivienda del empleado valor pagado año: **2022**	X	
Certificación pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud valor pagado año: **2022**		X
Certifico que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013.	X	

Se expide y firma a los Firma:



Nombre completo: Diana Milena Rincon roberto
C.C: 53'002.978