	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 4223 DE 2002, 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 D.C. 18 DE JULIO DE 2023			
PROVEEDOR	GYNA LORENA BONILLA OSPINA	C.C	NIT	1.023.929.596
		CUENTA A CONSIGNAR		
SALDO ANTERIOR	$ 8.792.394,00	BANCO		BOGOTA
VALOR A PAGAR	$ 468.234,00	No CUENTA BANCARIA		02627-4654
SALDO MENOS ESTA FACTURA	$ 8.324.160,00	TIPO DE CUENTA		AHORROS
CONCEPTO DE PAGO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DMEFA			

DATOS SIIF NACION

NUMERO REGISTROS SIIF

CDP:	**11723**
CONTRATO:	**099-01-MDN-COGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2023**
REGISTRO PTAL:	**18423**
RECURSO	**16**
RUBRO PPTAL	**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
ORDENADORA DEL GASTO JEFSA

Elaboró: ASD. Andrés Sarmiento Rojas
Asesor Contractual

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARCIAL	FECHA 14/07/2023
CONTRATO N°	099-01-MDN-COGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2023
FECHA SUSCRIPCIÓN	23 De JUNIO DE 2023
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DISPENSARIO MÉDICO FUERZA AÉREA (DMEFA) Y/O PARA EL CENTRO DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (CECAP)
FORMA DE PAGO	EL MINISTERIO se obliga con la CONTRATISTA GYNA LORENA BONILLA OSPINA a pagar el valor del presente contrato durante la vigencia 2023 en SIETE (07)pagos así: un pago inicial de $ 468.234 y seis pagos iguales por valor de $1.387.360,00, para un total de $ 8.792.394,00. 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 dela factura y planilla de salud y pensión por el contratista una vez sea aprobada y radicada por la entidad. NOTA 1: El pago en las fechas establecidas estará sujeto a la aprobación previa de PAC por parte del Ministerio de Hacienda yCrédito Público
CONTRATISTA	GYNA LORENA BONILLA OSPINA
INTERVENTOR	No aplica
SUPERVISOR	SM.SM FERNANDO ALONSO MORALES PEREZ
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.792.394,00
PLAZO DE ENTREGA	31-DICIEMBRE-2023
FECHA DE INICIO	27/06/2023
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	$ 8.792.394,00
En Bogotá el día 14-07-2023. se reunieron el señor SMSM. FERNANDO ALONSO MORALES PEREZ en su	

calidad de supervisor por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FUERZA AÉREA y la Señora GYNA LORENA BONILLA OSPINA 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 los servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y especificaciones técnicas y las entregas se cumplieron dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES
1. Realizó las actividades propias de las salas de cirugía como son el recibo y alistamiento de los pacientes la verificación de las listas de chequeo y el cumplimiento de los protocolos requeridos para lograr los máximos estándares en el cumplimiento de seguridad del paciente que va a ser sometido a procedimientos quirúrgicos	Recibió y alistó un total de 23 pacientes en el lapso del mes de junio
2. Realizó la dispensación y el alistamiento de los diferentes equipos y salas de cirugía requeridas para la realización de las jornadas quirúrgicas programadas	Realizó las diferentes actividades programadas con el fin de llevar a cabo el programa quirúrgico en las diferentes especialidades.
3. Realizó la limpieza y desinfección requerida y programada de todas las áreas que componen las salas de cirugía, preoperatorio y recuperación y con el fin de mantener los estándares necesarios para la óptima prestación de los servicios quirúrgicos y dar cumplimiento a la programación quirúrgica	Realizó las desinfecciones mediante supervisión por parte del enfermero jefe.
4. Participo en las jornadas de desinfección terminal semanal programadas por la coordinación de enfermería.	Realizó las desinfecciones mediante supervisión por parte del enfermero jefe
5. Diligenció los formatos requeridos con letra legible y clara	Los realizo sin novedad, se llenaron tanto en físico como en el aplicativo SALUD SIS,
6. Realizó y ejecutó las actividades relacionadas con el programa quirúrgico	Se realizó sin novedad
7. Revisó y actualizó los insumos encontrados en el área de esterilización y desinfección, informando fechas de vencimiento y su semaforización.	
8. Participó en la recuperación y cuidados pos anestésicos de los pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general o regional	

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		

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	$ 8.792.394	
ADICIÓN	$ 0	
VALOR FINAL CONTRATO	$ 8.792.394	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$ NO APLICA	NO APLICA
PRIMER PAGO PARCIAL	$ 468.234	ORDEN DE PAGO
SALDO	$ 8.324.160	

ANEXOS

NOTA: SE RELACIONAN LOS DOCUMENTOS SEGÚN APLIQUE, TENIENDO EN CUENTA LA NATURALEZA DEL PROCESO CONTRACTUAL Y EL CONTRATISTA (NACIONAL O EXTRANJERO).

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTOS OBJETO DE VERIFICACIÓN	ANEXO
COPIA	Factura electrónica (PDF)	N/A
COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	X
COPIA	Certificación de aportes seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y recibo del último pago (planilla pago)	X
COPIA	Captura de pantalla de la consulta que las facturas tramitadas a pago aprobadas en el Sistema OLIMPIA	N/A
COPIA	Los demás documentos que apliquen	X

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

GINA LORENA BONILLA OSPINA NOMBRE Y FIRMA CONTRATISTA	FERNANDO A MORALES PEREZ GRADO, NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR

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

Jefatura o Unidad:	**JEFATURA SALUD FAC**
Nombre del Supervisor de Contrato	**SMSM. FERNANDO ALONSO MORALES PEREZ**
Ordenador del Gasto	**CR. SANDRA MARCELA ZAMUDIO PRIETO**
No. Contrato	**No 099-01-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2023**
Objeto del contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DISPENSARIO MÉDICO FUERZA AÉREA (DMEFA) Y/O PARA EL CENTRO DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (CECAP)**
Valor del contrato	**$ 8.792.394,00**
Adición / Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 8.792.394,00**

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 2023													**$ 0,00**
02	02	02	009	003					16	N/A	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DISPENSARIO MÉDICO FUERZA AÉREA (DMEFA) Y/O PARA EL CENTRO DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (CECAP)	**$ 8.792.394,00**
TOTAL VIGENCIA 2023													**$ 8.792.394,00**
TOTAL VIGENCIAS 2023													**$ 8.792.394,00**
										Control - 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	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL PARA PAGO	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	SALDOS
1	JUNIO	N/A	Del 27 al 30 de junio de 2023	A-02-02-02-009-003	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DISPENSARIO MÉDICO FUERZA AÉREA (DMEFA) Y/O PARA EL CENTRO DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (CECAP)	$ 468.234,00	$ 468.234,00	$ 8.324.160,00
TOTALES						**$ 468.234,00**	**$ 468.234,00**	**$ 8.324.160,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	**SMSM. FERNANDO ALONSO MORALES PEREZ**
FECHA	14 de julio del 2023

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato: 099-01-MDN-COGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2023

Yo, GYNA LORENA BONILLA OSPINA identificado con C.C No. 1023929596 de BOGOTA

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 17/07/2023

Firma:

Nombre completo: GINA LORENA BONILLA OSPINA

C.C: 1023929596

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 20751146-8

NUIP 1.028.787.074

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44332931

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A C Q

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE TUNJUELITO -H EL TUNAL - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESPAÑA	BONILLA

Nombre(s): ZHARITH SAMANTA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes MAR Día 13	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10249401-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BONILLA OSPINA GYNA LORENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 931204-02690	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ESPAÑA CASTILLO LUIS LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.023.889.138	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ESPAÑA CASTILLO LUIS LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.023.889.138	Leonardo España

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes MAR Día 19	MARIA [illegible] JOYA CRUZ REGISTRAD
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA

ES FOTOCOPIA AUTENTICA TOMADA DEL DOCUMENTO ORIGINAL, QUE REPOSA EN NUESTROS ARCHIVOS

(Art. Nos. 114 y 115 Decreto 1260 de 1970 y Art. 1 Decreto 278 de 1972)
"ESTE DOCUMENTO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO"
(Art. No. 2 del Decreto 2189 de 1983)

EXPEDIDO EN BOGOTA, D.C. 22 MAYO 2017 Para demostrar parentesco

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

MARIO LUIS HIDALGO ORTIZ
REGISTRADOR AUXILIAR DE TUNJUELITO L-06

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.028.787.074**

ESPAÑA BONILLA

APELLIDOS

ZHARITH SAMANTA

NOMBRES

Zharith España Bonilla

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-MAR-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

13-MAR-2028 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

28-JUN-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00931319 F-1028787074-20170611 0057022537A 1 7874505814

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2023-07-11, 04:20:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: junio de 2023 **Periodo Servicio:** junio de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8861068950

Fecha limite de pago: 2023-07-26

GUARDADA 11/07/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GYNA LORENA BONILLA OSPINA				
Documento	CC1023929596	**Dirección**	CR 1G #48 R - 37 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7711471		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineterio	Total
CC 1023929596	BONILLA OSPINA GYNA LORENA	59	00	X																0	6	6	0	COLFONDOS	$ 232.000	$ 37.200	SALUD TOTAL EPS	$ 232.000	$ 29.000	POSITIVA DE SEGUROS	$ 232.000	$ 5.700	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 71.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 232.000	$ 232.000	$ 232.000	$ 0	$ 37.200	$ 0	$ 0	$ 29.000	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 71.900	$ 0	$ 71.900

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
16

Periodo cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888610689500000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8861068950(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

RECIBO DE CAJA
CALLE 26

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8861068950
PLANILLA : 1056123887
PERIODO : 2023/06
REFERENCIA 2: 8861068950

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	71900
			71900

DOCUMENTO

2307110003341291
CONSECUTIVO: 001

JUL 11, 23 16:27

11/Jul/2023 16:27 2800 03 0110 1425868
(COPIA CLIENTE)