

PÚBLICA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA



Radicado N°2024346056498762: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMTOL-29.25

Nilo, Cundinamarca 16 de octubre del 2024

Señor Mayor
LUIS EDUARDO TORRES MARTINEZ
Subdirector Administrativo y Financiero DMTOL

Asunto: Informe de supervisión

Respetuosamente me permito entregar al señor **Subdirector Administrativo y Financiero DMTOL**, Cinco (05), informe de supervisión del contrato 161 DISAN EJC DMTOL-2024 que tiene como objeto contractual "LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE DE COMPLEJIDAD BAJA TAB Y COMPLEJIDAD MEDIANA TAM A USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM QUE CONFORMAN LA REGIONAL N 10 Y POR LOS QUE LLEGARE A SER LEGALMENTE RESPONSABLE DURANTE LA VIGENCIA 2024", contratista PRIUS DE AMBULANCIAS S A S NIT. 900573146-1

Respetuosamente,

Sargento Viceprimero **Enived Cortes Romero**
Supervisora Contrato N° 161 DISAN EJC DMTOL-2024

Anexo (15) folio

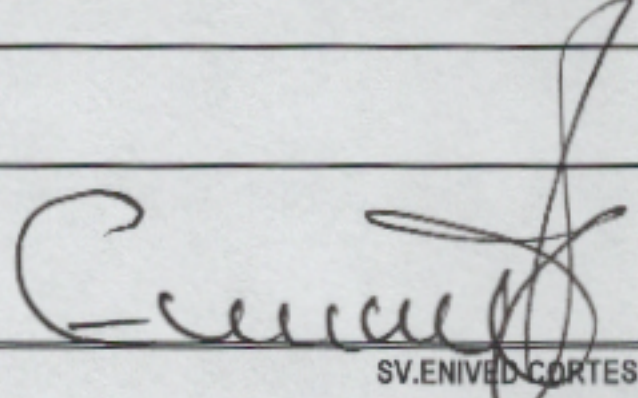
PATRIA HONOR LEALTAD

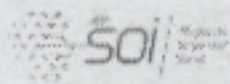
Dispensario Médico de Tolemaida
Kilómetro 3 vía Melgar-Girardot
dmtolayudantia@buzonejercito.mil.co

DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	
16 OCT 2024	
FECHA:	
HORA:	10:00
ORDENES:	Por favor...
Firma Director	

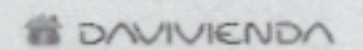
<div></div> <div>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA</div>		INFORME DE SUPERVISION N° 5			
DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO		FECHA INFORME : 15 DE OCTUBRE 2024			
CONTRATO Y/O ACUERDO N° 161-DMTOL-2024		FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:06 DE MAYO 2024			
1: INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE DE COMPLEJIDAD BAJA (TAB) Y COMPLEJIDAD MEDIANA (TAM) A USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM QUE CONFORMAN LA REGIONAL NO. 10					
NOMBRE DEL CONTRATISTA:LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS		NIT: 830.120.825-5		CUENTA AHORROS No. 231-839457 BANCO DE OCCIDENTE	
PLAZO DE EJECUCIÓN:	31/12/2024	LUGAR DE ENTREGA:		DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	
VALOR DEL CONTRATO 2022 :	\$ 300.000.000,00	EN LETRAS: TRECIENTOS MILLONONES DE PESOS M/CTE			
APALANCAMEN	\$ -				
REDUCCION	\$ -				
PLAZO DE EJECUCIÓN:	31/12/2024	LUGAR DE ENTREGA:			
VIGENCIA FUTURA 2024:	\$ 300.000.000,00	EN LETRAS: TRECIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE			
CXP	No.	SERVICIOS 2%	\$	I.C.A.	\$
OBLIGACION	No.	COMPRAS	\$	R. I.V.A 15%	\$
FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE PAGARA AL CONTRATISTA EL VALOR DEL CONTRATO, dentro de los 30 dias siguientes a la entrega de los servicios, previa facturacion y suscripcion de las actas de recibo con el visto bueno del supervisor del contrato, de acuerdo a las facturas, las cuales se cancelaran dentro de los treinta (30) dias habiles siguientes a la presentacion de la factura comercial en la oficina de presupuesto del DMTOL. asi mismo presentar el pago de parafiscales certificado por el gerente y/o contador, en caso de ser firmado por el contador, este debe presentarse con copia de la cedula, tarjeta profesional y certificacion vigente de la Junta Central de Contadores y el cumplimiento a los tramites administrativos a que haya lugar, expedicion de la obligacion y orden de pago del SIIF y una vez se encuentre aprobado el Programa Anual Mensualizado de la caja "PAC" y la situacion de los dineros por parte de la Direccion del Tesoro Nacional, contra las prestaciones del servicio requeridas por parte del establecimiento de sanidad militar DMTOL del Ejercito y demas tramites administrativos a que haya lugar. Los requisitos previos al pago que se deben cumplir son los siguientes:					
2: RESUMEN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES					
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL : 18324	FECHA: 09/04/2024			VALOR: \$300.000.000,00	
REGISTRO PRESUPUESTAL : 20724	FECHA: 14/05/2024			VALOR: \$300.000.000,00	
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL APALANCAMIENTO:					
REGISTRO PRESUPUESTAL :					
REDUCCION					
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL ADICION	FECHA:				
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	FECHA:				
4: RELACION DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO					
ITEM	NUMERO FACTURA	RAZON SOCIAL	FECHA EMISION FACTURA	VL FACTURA	VL A PAGAR
1	28181	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	10-07-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
2	28702	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
3	28703	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 830.682	\$ 830.682
4	28704	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
5	28705	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.826.179	\$ 1.826.179
6	28706	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
7	28707	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 765.582	\$ 765.582
8	28708	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.038.843	\$ 1.038.843
9	28709	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
10	28710	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
11	28711	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.415.357	\$ 1.415.357
12	28712	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.038.843	\$ 1.038.843
13	28713	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 991.059	\$ 991.059
14	28714	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
15	28715	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 765.582	\$ 765.582
16	28716	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.038.843	\$ 1.038.843
17	28718	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
18	28717	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
19	28719	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
20	28720	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	23-08-2024	\$ 1.006.968	\$ 1.006.968
			VALOR TOTAL	\$ 20.787.618	\$ 20.787.618
			VALOR TOTAL	\$ 20.787.618,00	\$ 20.787.618,00
FECHA DE EXPEDICION DE LAS POLIZAS: 06/05/2024			FECHA EXPEDICION POLIZA RCE: 06/05/2024		
6: BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO					
CONCEPTO	V/R CONTRATO	V/R CANCELADO	AUTORIZADO		SALDO
V/R CONTRATO 199-2023 VF	\$ 300.000.000,00				\$ 300.000.000,00
ADICION No. 1	\$ 18.876.404,50				\$ 318.876.404,50
ADICION No. 2	\$ 45.937.500,00				\$ 364.813.904,50

ADICION No. 3	\$	85.186.095,50				\$	450.000.000,00
INFORME No. 1			\$	39.032.552,00		\$	410.967.448,00
INFORME No. 2			\$	58.748.679,00		\$	352.218.769,00
INFORME No. 3			\$	127.115.273,00		\$	225.103.496,00
INFORME No. 4			\$	118.594.977,00		\$	106.508.519,00
INFORME No. 5					\$	20.787.618,00	\$ 85.720.901,00
TOTAL	\$	450.000.000,00	\$	343.491.481,00	\$	20.787.618,00	\$ 85.720.901,00
% DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO		76,33%	% DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO				4,62%
			% DE EJECUCION POR INFORMES PRESENTADOS				76,33%
			% DE EJECUCION TOTAL CONTRATO				80,95%
7: PAGOS EFECTUADOS							
CONTRATO	\$	39.032.552,00					
	\$	58.748.679,00					
	\$	127.115.273,00					
	\$	118.594.977,00					
TOTAL PAGADO		\$ 343.491.481,00					
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE DE COMPLEJIDAD BAJA (TAB) Y COMPLEJIDAD MEDIANA (TAM) A USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM QUE CONFORMAN LA REGIONAL NO. 10							
7.1. BALANCE GENERAL CONTRATO							
		DEBE			HABER		
VALOR APALANCAMIENTO							
REDUCCION							
TOTAL FINAL APALANCAMIENTO							
V/R. CONTRATO 161 - DMTOL-2024	\$	300.000.000,00					
PRIMERA ADICION 1	\$	18.876.404,50					
PRIMERA ADICION 2	\$	45.937.500,00					
PRIMERA ADICION 3	\$	85.186.095,50					
REDUCCION PRESUPUESTO							
VALOR CONTRATO VIGENCIA FUTURA + APALANCAMIENTO							
PRIMER INFORME					\$	39.032.552,00	
SEGUNDO INFORME					\$	58.748.679,00	
TERCER INFORME					\$	127.115.273,00	
CUARTO INFORME					\$	118.594.977,00	
QUINTO INFORME					\$	20.787.618,00	
VALOR TOTAL CONTRATO CON ADICIONES	\$	450.000.000,00					
TOTAL SALDO CONTRATO A	\$	(85.720.901,00)					
7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION							
ITEM	DESCRIPCION	ACTA	FECHA		ENTRADA DE ALMACEN	VALOR ENTREGADO	
1	INFORME 1		17/07/2024		N/A	\$	39.032.552,00
2	INFORME 2		17/07/2024		N/A	\$	58.748.679,00
3	INFORME 3		18/09/2024		N/A	\$	127.115.273,00
4	INFORME 4		18/09/2024		N/A	\$	118.594.977,00
5	INFORME 5		15/10/2024		N/A	\$	20.787.618,00
						\$	364.279.099,00
PORCENTAJE EJECUCIÓN VALOR CONTRATO							80,95%
8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS							
CA000003758							
9. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO							
EJECUCIÓN FINANCIERA	76,33%	EJECUCIÓN FISICA	80,95%				
10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA							
ITEM	FECHA INGRESO PACIENTE	PREFIJO	FACTURA		VALOR FRA ORIGINAL	VALOR GLOSA	

1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX
						TOTAL GLOSA \$ -
10. ANEXOS AL INFORME						
<div style="text-align: center;"> SV. ENIVÉD CORTES ROMERO enived.cortes@buzonejercito.mil.co</div>						



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA											
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT - NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		800120005		NÚMERO PLANILLA:	7940681728		TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		septiembre AÑO		E-EMPLADOS	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL		DEPARTAMENTO:		BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL		DÍAS DE MORA:		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		octubre AÑO		2024	
DIRECCIÓN:	CL 25 D 86 C 35		TELÉFONO:		2031800		FECHA PAGO (aaaa/mm/aa):		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2024/09		2024/10		201903726	
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR		CLASE APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONÓMICA:		UNICO							
TIPO EMPRESA:	01-EMPLEADOR		CLASE APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONÓMICA:		UNICO							
FORMA DE PRESENTACIÓN:	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SUMA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)															
ACTIVIDADES REGULADAS Y EXCEPTADAS DE LA Ley 100																

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTAL \$		VALOR PAGADO		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUSPENSIÓN	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA			
20011	PROVENIR	11	\$ 2.002.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		
20011	PROTECCIÓN	4	\$ 2.256.000	\$ 0	\$ 0	\$ 50.000	\$ 130.000	\$ 400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		
20014	COMPENSACIONES	5	\$ 4.812.000	\$ 0	\$ 0	\$ 130.000	\$ 130.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		
SUB-TOTALES:											\$ 10.181.700	\$ 23.000	\$ 10.364.700	

TOTAL APORTES A SALUD										TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE																		
20001	LA SURAMERICANA DEL SERVICIO DE SALUD	4	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:											\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES										TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE																		
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:											\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR										TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE																		
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:											\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR										TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE																		
20001	PROTECCIÓN	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:											\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.507.420

BEJARANO AVENDAÑO

APELLIDOS

CRISTIAN DAVID

NOMBRES

Cristian David Bejarano Avendaño



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

O+

M

ESTATURA

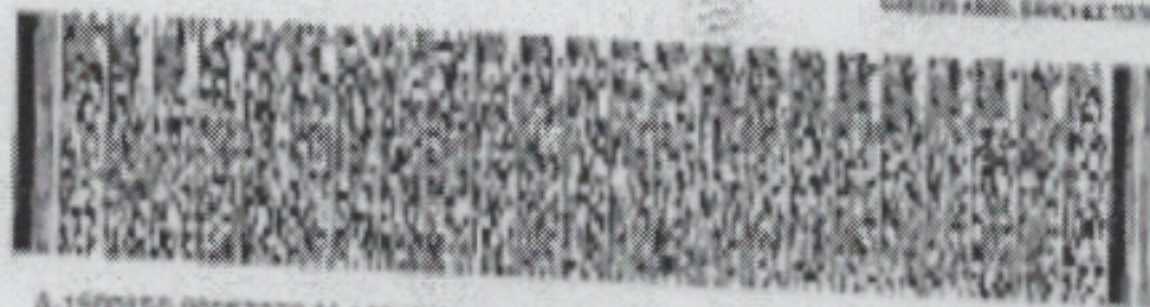
G.S. RH

SEXO

22-AGO-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANDRÉS SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-03257979-M-1024507420-20100930

0024174081A 1

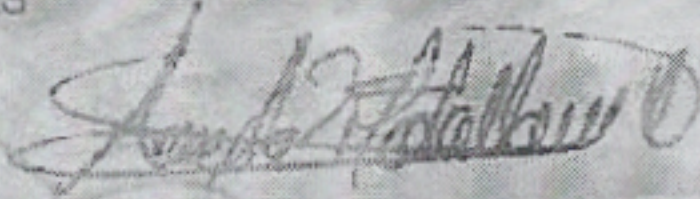
35112577

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52266734**

APELLIDOS **MATALLANA CASTAÑO**

NOMBRES **ANGELA PATRICIA**

FIRMA 




INDICE DERECHO

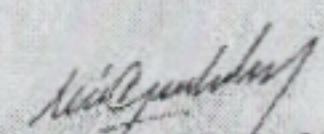
FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1976**

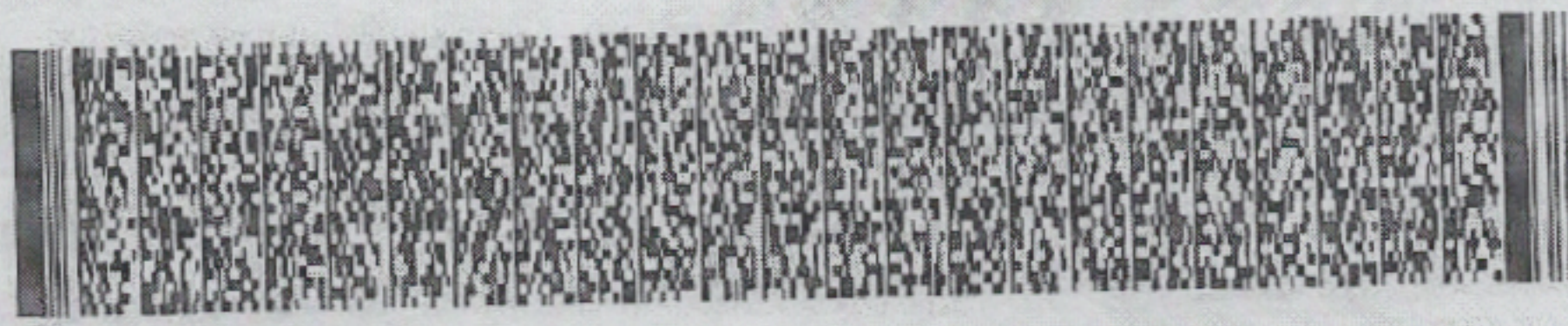
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-FEB-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500103-42090781-F-0052266734-20010627 **0335501177C 02 098136754**



BOGOTÁ - CUCUTÁ

NIT. 830.120.825-5

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL Y REVISOR FISCAL DE

LINEA MÉDICA DE AMBULANCIAS S.A.S

NIT: 830.120.825 - 5

CERTIFICAN

La suscrita **ISLENA AVENDAÑO CARREÑO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 39.721.065; en mi calidad de **REVISOR FISCAL** de **LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS** con NIT No. 830.120.825-5, dando cumplimiento a lo ordenado por el artículo 50 de la ley 789 de 2002, en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 e 2003 manifiesto bajo la gravedad de juramento que LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS ha cumplido a la fecha con la entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados, del mes de Septiembre del 2024 y seis meses atrás a la fecha de expedición de la presente, por lo que declaro que se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las empresas promotoras de salud EPS, fondos de pensiones, administradoras de riesgos profesionales ARL, caja de compensación familiar.

Igualmente nos encontramos a paz y salvo por concepto de aportes parafiscales al instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicios de aprendizaje SENA de conformidad a lo establecido en la ley en la ley 1233 de 2008.

Se expide la presente certificación, a los cuatro (4) días del mes de octubre del año dos mil veinticuatro (2024).

ANGELA PATRICIA MATAALLANA

Representante Legal

ISLENA AVENDAÑO CARREÑO

Revisora Fiscal

T.p 88115-T

