| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | Código: | GA-JEADA-FR-201 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO | Versión N°: | 07 |
| | | Vigencia: | 28-11-2024 |

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2024-011235-CP**

FECHA: 31-12-2024

El suscrito ***Coronel JOSE LUIS CASTELLANOS BOTERO Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor-CACOM5*** nombrado mediante ***Resolución 045 26-01-2024*** ; autoriza ***pago total 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029-2024*** y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago total pago de acuerdo con lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aeroespacial Colombiana"

| CONCEPTO | DESCRIPCION |
|---|---|
| PROVEEDOR | DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS |
| TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN | Cédula |
| No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN | 1036966194 |
| No DOC. SOPORTE | CONSECUTIVO No.DS094 y DOCUMENTO DE COBRO No 12 |
| VALOR TOTAL | $ 22,374,265.00 |
| VALOR A PAGAR | $ 1.168.893,00 |
| VALOR LEGALIZACIÓN / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO | N/A |
| RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN | 02-02-02-009-003-01-16 ($ 1.168.893,00) |
| NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP) | 1002186500 |
| NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP) | 3500470784 |
| VIGENCIA | 2024 |
| PAC MES | Cuenta por pagar 2024 pagadera primer trimestre 2025 |
| BANCO | BANCO DE BOGOTA |
| TITULAR | DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS |
| TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO | Ahorros |
| NUMERO CUENTA | 532339033 |
| ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (cuando aplique) | |
| TITULAR | N/A |
| NIT/C.C | N/A |
| BANCO | N/A |
| TIPO DE CUENTA BANCARIA | NO APLICA |
| NUMERO CUENTA | N/A |

| TIPO DOCUMENTO | DOCUMENTOS | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| ORIGINAL | Certificación para pago Formato | 02 |
| DIGITAL | CPA Y CRP | 02 |
| DIGITAL | Pantallazo cuenta SIIF Y certificación bancaria. | 02 |
| DIGITAL | Certificacion de No declarante | 01 |
| DIGITAL | CONSECUTIVO No.DS094 y DOCUMENTO DE COBRO No 12 | 02 |

| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | Código: | GA-JEADA-FR-201 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO | Versión N°: | 07 |
| | | Vigencia: | 28-11-2024 |

| | | |
|---|---|---|
| ***DIGITAL*** | *RAS y actividades desarrolladas* | *10* |
| ***DIGITAL*** | *Formato de imputación de bienes y servicios por rubros presupues**tal*** | *01* |
| ***DIGITAL*** | *Entrada SAP* | *01* |
| ***DIGITAL*** | *Certificación paz y salvo y planilla seguridad social* | *03* |
| ***DIGITAL*** | *RUT* | *01* |
| ***DIGITAL*** | *Resolucion* | *02* |
| ***DIGITAL*** | *Cuenta porpagar No.16624* | *01* |
| ***TOTAL FOLIOS*** | | *027* |

En constancia de lo anterior firman:

Coronel JOSE LUIS CASTELLANOS BOTERO
Segundo Comandante Y Jefe De Estado Mayor CACOM-5

Elaboró: AA20. TAPIAS / DECOP CR. CASTELLANOS / SECOM Aprobó:CR. CASTELLANOS / SECOM

| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | Código: | GA-JEADA-FR-185 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO CERTIFICADO DE PLAN DE ADQUISICIONES NUEVO CATALOGO PRESUPUESTAL | Versión: | 13 |
| | | Vigencia: | 4/01/2024 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ordenador del gasto | CACOM 5 | Descripción objeto contractual: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIARES DE ENFERMERIA | Fecha: | 7-feb-24 |
| Código objeto contractual | ESM-CACOM 5 | | | CPA No. | 012 |

| Código Recurso | Código desagregado | Uso presupuestal | Descripción Uso presupuestal | Descripción | Código UNSPSC | Modalidad contratación | Unidad medida | Cantidad | Valor unitario | Suma de Valor total línea |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R-16 | 02-02-02-009-003 | 02-02-02-009-003-01 | SERVICIOS DE SALUD HUMANA | AUXILIAR DE ENFERMERÍA - 01 PRIORITARIA | 85101601 | Contratación Directa | UND | 1 | 22.374.265,00 | 22.374.265,00 |
| **R-16** | **Total 02-02-02-009-003** | | | | | | | | | **22.374.265,00** |
| **Total general** | | | | | | | | | | **22.374.265,00** |

Elaboró

GINNA SASTOQUE NIETO.
CC. 1073155349

Ct. Ginna Sastoque Nieto
Especialista Táctico Planeación Estratégica ESM CACOM 5

Vo.Bo.

My. Cesar Rodrigo Velandia Beltran
Jefe Establecimiento de Sanidad Militar CACOM 5

Aprobó

Tc. José Luis Castellanos Botero
Ordenador del Gasto CACOM 5 (E )

## Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHgoviedo | Gloria Lucy Oviedo Valderrama |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 15-01-11-102 | ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 |
| Fecha y Hora Sistema: | 2024-02-15-4:07 p. m. | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO**

**Con base en el CDP No: 124 de fecha 2024-01-18. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 824 | **Fecha Registro:** | 2024-02-15 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 22.374.265,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 22.374.265,00 | **Saldo x Obligar:** | 22.374.265,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: Cédula de Ciudadanía** | 1036966194 | **Razón Social:** | DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 532339033 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA S. A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 80085545 | **Nombre:** | JOSE LUIS CASTELLANOS BOTERO | **Cargo:** | ORDENADOR DEL GASTO SUE 102 |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | 001-03-,MDN-CGFM-DIGSA-CACOM-5 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES | **Fecha:** | 2024-02-15 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y | Nación | 16 | SSF | | 22.374.265,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 22.374.265,00 | 0,00 | 22.374.265,00 | 22.374.265,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | Auxiliar de enfermería – Enfocada principalmente en el apoyo al área de vacunación para el cumplimiento de todos los protocolos y procedimientos de vacunación COVID – 19, vacunación operacional, Plan Ampliado de Inmunizaciones. |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-102 | ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2024-12-26 | 22.374.265,00 | 22.374.265,00 | NINGUNO |

RAMIREZ BEJARANO ANGIE STEPHANY

Firmado digitalmente por RAMIREZ BEJARANO ANGIE STEPHANY
Fecha: 2024.02.15 16:56:31 -05'00'

**TE.ANGIE STEPHANY RAMIREZ BEJARANO**

**JEFE SECCION PRESUPUESTO**

**Cuentas bancarias de tercero**

Usuario Solicitante: MHrvanegac Rosalba Vanegas Castillo

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5

Fecha y Hora Sistema: 2024-12-16-1:46 p. m.

| Tipo Doc. Identidad | Número Documento Identidad | Nombre del Tercero | Entidad Financiera | Tipo de Cuenta Bancaria | Número de Cuenta Bancaria | Nombre Cuenta Bancaria | Tipo de Moneda | Estado de la Cuenta | Vigencia de utilización de Cta Bancaria en |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Unidad ó SubUnidad Ejecutora 15-01-11-102-ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5** | | | | | | | | | |
| Cédula de Ciudadanía | 1036966194 | DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS | BANCO DE BOGOTA | Ahorro | 532339033 | DIANA BERMUDEZ | Pesos | Activa | 2028/01/17 |

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.036.966.194 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 532339033, abierta/o desde el 14/4/2021.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Diciembre del año 2024



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

**CONSECUTIVO No.** **DS094**

**Documento soporte en adquisiciones efectuadas a NO obligadosa expedir factura.**

Art. 1,6,4,12 Decreto Unico en materia tributaria 1625 de 2016-subtitulo por el decreto 358 de 2020

## ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5

**NIT. 901542789- REGIMEN COMUN**

BASE AEREA BG. ARTURO LEMA POSADA - VEREDA CHACHAFRUTO - RIONEGRO ANTIOQUIA

Tel. (4) 5352300 EXT. 055-65042

| CIUDAD Y FECHA: | | DOCUMENTO SOPORTE |
|---|---|---|
| RIONEGRO, ANTIOQUIA | 31/12/2024 | Autorización de numeración Dian No 18764063317591 desde la DS 001 hasta la DS 20000 04-Enero-2024 Vigencia 12 meses |

**DATOS DEL PROVEEDOR DE BIENES O SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **SEÑORES:** | **DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS** |
| **NIT** | **1.036.966.194** |
| **DIRECCION:** | **CL 44 # 69 - 59** |
| **TELEFONO:** | **3174627903** |
| **CIUDAD:** | **RIONEGRO, ANTIOQUIA** |

**DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO**

**Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería (01) para el Establecimiento de sanidad militar del comando aéreo de combate no. 5, según ficha técnica**

| | |
|---|---|
| **TIPO DE CONTRIBUYENTE** | NO RESPONSABLE DE IVA |

**ANALISIS DESCUENTOS TRIBUTARIOS AÑO 2024**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | **1.168.893,00** |
| IVA | **0,00** |
| TOTAL | **1.168.893,00** |

| CONCEPTO | % | BASE RETENCION | RETENCION |
|---|---|---|---|
| NO CUMPLE TOPE | **0,0%** | 1.168.893,00 | 0,00 |
| RETE-IVA | **15,0%** | 0,00 | 0,00 |
| RETE-ICA | **0,8%** | 0,00 | 0,00 |
| ESTAMPILLAS JIC | **0,4%** | 0,00 | 0,00 |
| ESTAMPILLA PRO-UNIVERSIDAD | **0,4%** | 0,00 | 0,00 |
| OBRA PUBLICA | **5,0%** | 0,00 | 0,00 |
| | | **TOTAL RETENCIONES** | - |
| | | **NETO A PAGAR** | **1.168.893,00** |

| | |
|---|---|
| **NETO A PAGAR** | **1.168.893,00** |
| **No. Factura:** | DOCUMENTO DE COBRO 012 |

FECHA : 31/12/2024

No.O/A o R/S
No. PEDIDO SAP
No. OBLIGACION SAP:
No. PAGO SAP

ELABORÓ: Karen Galvis

**AS14. KAREN GALVIS PADILLA**

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

| Id de pago | % de facturación prevista | Número de factura | Fecha prevista de emisión | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total previsto | Valor total de la factura | Estado | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pago 001 | 8,33 | DS007 | - | 20/02/2024 2:11:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 23/02/2024 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 425.052 COP | Pagado | Detalle |
| Pago 002 | 8,33 | 14 | - | 15/03/2024 9:03:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 21/03/2024 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Pagado | Detalle |
| Pago 003 | 8,33 | DS021 | - | 15/04/2024 8:38:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 17/04/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Pagado | Detalle |
| Pago 004 | 8,33 | DS029 | - | 14/05/2024 8:22:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 16/05/2024 11:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Pagado | Detalle |
| Pago 005 | 8,33 | DS037 | - | 15/06/2024 10:16:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 19/06/2024 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Pagado | Detalle |
| Pago 006 | 8,33 | DS045 | - | 15/07/2024 10:50:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 19/07/2024 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Pagado | Detalle |
| Pago 007 | 8,33 | DS053 | - | 15/08/2024 9:17:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 22/08/2024 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Pagado | Detalle |
| Pago 008 | 8,33 | DS061 | - | 17/09/2024 10:40:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 20/09/2024 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Pagado | Detalle |
| Pago 009 | 8,33 | DS069 | - | 15/10/2024 6:14:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 15/10/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |
| Pago 010 | 8,33 | DS077 | - | 19/11/2024 1:55:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 15/11/2024 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |
| Pago 011 | 8,33 | DS089 | - | 9 días de tiempo transcurrido *(16/12/2024 5:11:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 10 días de tiempo transcurrido *(19/12/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 0 COP | 2.078.032 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |
| Pago 012 | 8,37 | CUENTAS POR PAGAR | - | 5 minutos de tiempo transcurrido *(26/12/2024 1:30:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | - | 0 COP | 1.168.893 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |

**DOCUMENTO DE COBRO No 12**

**EL ESM CACOM 5 - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA**
**NIT 901.542.789-6**

**DEBE A LA SEÑORA**
**DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS**
**C.C. 1.036.966.194 de Rionegro-Antioquia**
**Persona Natural**

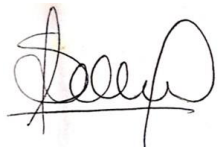
La suma de **UN MILLON CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/L ($ 1.168.893)** por concepto del pago previsto en la cláusula segunda del clausulado adicional del contrato electrónico de prestación de servicios No **001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5-ESM83029-2024,** por los servicios prestados entre **el 16 de diciembre de 2024 al 31 de diciembre de 2024,** para un total de 99 horas correspondiente a **DOCEAVO PAGO PARCIAL con cargo cuentas por pagar primer trimestre del 2025.**

El objeto del contrato es la "Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería (01) para el Establecimiento de sanidad militar del comando aéreo de combate no. 5, según ficha técnica.

Se firma en Rionegro, el 31 de diciembre de 2024.

Diana Carolina Bermúdez R.

**Contratista**
**DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS**
**C.C. No. 1.036.966.194 de Rionegro-Antioquia**
**Contrato No. 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029-2024**



**Vo. Bo.**
**SANDRA MILENA PULIDO GOMEZ**
**Supervisor Contrato No. 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5-ESM83029-2024**

**CERTIFICACIÓN**
**-BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO-**

Yo **DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.036.966.194** de **Rionegro-Antioquia** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones tributarias, en especial las establecidas en la Ley 1819 de 2016 y en el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, **manifiesto bajo la gravedad de juramento que:**

1. Que **NO** soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.

2. Para aplicar la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, que se aplica a los pagos o abonos en cuenta por ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, NO he contratado o vinculado a más de un trabajador asociado a mi actividad económica.

La presente certificación se expide en la Rionegro, Antioquia, **a los 31 días del mes de diciembre de 2024** con destino al ESM Comando Aéreo de Combate No. 5 de la Fuerza Aérea Colombiana NIT 901542789-6

Diana Carolina Bermúdez R.

_____

**DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS**
**C.C. No. 1.036.966.194 de Rionegro-Antioquia**

<table>
<tr><th>ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS TOTALES</th><th>FECHA 31/12/024</th></tr>
<tr><td>CONTRATO No.</td><td>001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029-2024</td></tr>
<tr><td>FECHA SUSCRIPCIÓN</td><td>15 FEBRERO 2024</td></tr>
<tr><td>OBJETO DEL CONTRATO</td><td>Prestación de servicios de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERÍA (01) PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5, SEGÚN FICHA TÉCNICA</td></tr>
<tr><td>FORMA DE PAGO</td><td>
<table>
<tr><th>FECHA DE CORTE</th><th>MES PAC</th><th>VALOR PAGO</th><th>PLAZO ENVÍO DOCUMENTOS PAGOS A DECOP</th></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DESDE LA FECHA DE INICIO DEL CONTRATO AL 20 FEBRERO 2024</td><td>PAC MARZO 2024</td><td rowspan="14">Contra facturación mensual (horas de servicio ejecutadas a fecha de corte)</td><td rowspan="14">Cinco (05) días hábiles contados a partir del plazo de corte, para trámites administrativos, facturación, revisión y correcciones necesarias para la correspondiente gestión ante el Departamento Financiero.</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 21 DE FEBRERO AL 15 DE MARZO 2024</td><td>PAC ABRIL 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE MARZO AL 15 DE ABRIL 2024</td><td>PAC MAYO 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE ABRIL AL 15 DE MAYO 2024</td><td>PAC JUNIO 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE MAYO AL 15 DE JUNIO 2024</td><td>PAC JULIO 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE JUNIO AL 15 DE JULIO 2024</td><td>PAC AGOSTO 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE JULIO AL 15 DE AGOSTO 2024</td><td>PAC SEPTIEMBRE 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE SEPTIEMBRE 2024</td><td>PAC OCTUBRE 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 15 DE OCTUBRE 2024</td><td>PAC NOVIEMBRE 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE 2024</td><td>PAC DICIEMBRE 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE NOVIEMBRE AL 15 DICIEMBRE 2024</td><td>PAC DICIEMBRE 2024</td></tr>
<tr><td>HORAS DE SERVICIO EJECUTADAS DEL 16 DE DICIEMBRE AL 31 DICIEMBRE 2024</td><td>CUENTAS POR PAGAR 2024 PAGADERAS PRIMER TRIMESTRE 2025</td></tr>
</table>
Se pagará un valor mensual de acuerdo con las horas efectivamente ejecutadas dentro de cada mes, sin que la programación de estas exceda 176 horas de servicio al Mes de febrero a noviembre 2024 y 135 horas en diciembre 2024, siendo el valor por hora $11, 807,00. Para dar trámite de pago el supervisor del contrato deberá radicar al Departamento de Compras Públicas de la Unidad: los documentos ordenados de acuerdo con los lineamientos para pagos y la normativa vigente.<br><br>
NOTA 1: El pago en las fechas establecidas estará sujeto a la aprobación previa de PAC por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.<br>
NOTA 2: Para todos los efectos, la moneda del contrato será el peso colombiano.<br>
NOTA 3: El ministerio pagará al contratista el valor de las facturas, siempre y cuando se encuentre correctamente publicado en la plataforma SECOP II, los Documentos: Soportes necesarios para el trámite de pago dependerán del procedimiento administrativo interno de cada Entidad Estatal, conforme lo estipula la GUÍA SECOP II – GESTIÓN CONTRACTUAL PARA ENTIDADES ESTATALES, en el literal b. Plan de pagos (Gestión de solicitudes de pago).
</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS CC 1.036.966.194 |
| **INTERVENTOR** | NO APLICA |
| **SUPERVISOR** | T1. SANDRA MILENA PULIDO GOMEZ |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 22,374,265.00 |
| **PLAZO DE EJECUCION (DE ENTREGA)** | Desde la suscripción del acta de inicio hasta el 31 de diciembre del 2024 |
| **FECHA DE INICIO** | 16/02/2024 |
| **FECHA DE SUSPENSIÓN** | NO APLICA |
| **FECHA DE REINICIACIÓN** | NO APLICA |
| **CONTRATO MODIFICATORIO No. 1** | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | NO APLICA |
| **OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO** | NO APLICA |
| **FORMA DE PAGO** | NO APLICA |
| **PLAZO DE ENTREGA** | NO APLICA |
| **VALOR FINAL DEL CONTRATO** | NO APLICA |

En Rionegro-Antioquia, el 31 de diciembre de 2024, se reunieron la señora T1. PULIDO GOMEZ SANDRA MILENA, en calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA** y la señora **DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS**, en su calidad de **Contratista**; efectúan el correspondiente recibo TOTAL, de los bienes y/o servicios correspondientes(s) al objeto contractual descrito en el 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 dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

| DESCRIPCIÓN DE OBRAS RECIBIDAS | CANTIDAD | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|---|
| **NO APLICA** | | **NO APLICA** |
| | | |
| **DESCRIPCIÓN DE BIENES RECIBIDOS** | **CANTIDAD** | **OBSERVACIONES GENERALES** |
| **NO APLICA** | | |
| | | |

| DESCRIPCION DE SERVICIOS PRESTADOS | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|
| ATENCION EN SERVICIO DE PRIORITARIA<br><br>1. Direcciono al usuario en la prestación de los servicios en relación con la comprobación de derechos para uso del SSFFMM, Estado activo y ESM asignado, Custodia, diligenciamiento y organización la historia clínica en el proceso de prestación de servicios según la resolución 1995 de 1999.<br>2. Aplico la técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control manteniendo la seguridad del paciente y el profesional de la salud.<br>3. Efectuo procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en áreas, equipos y artículos.<br>4. Oriento y educo a los afiliados para el uso de los servicios de salud que requieran. (baños, sillas de ruedas, farmacia, laboratorio, etc.)<br>5. Preparo el entorno para dar cuidado a la persona en alteración de salud según asignación o delegación del profesional de enfermería.<br>6. Brindo los cuidados básicos asignados o delegados, de higiene y comodidad.<br>7. Asistio a la persona en las actividades de movilización, nutrición y necesidades fisiológicas según sus limitaciones y equipos requeridos.<br>8. Alisto los medicamentos inmunobiológicos según delegación, teniendo en cuenta los principios de asepsia y los 10 correctos. Debe contar con la norma de competencia laboral de administración de inmunobiológicos | Los servicios fueron prestados desde el 16 de diciembre al 31 de diciembre de 2024, en el establecimiento de sanidad CACOM-5 a satisfacción. |

según delegación y norma vigente y tener el esquema de vacunación completo.

9. Monitoreo las funciones de los diferentes sistemas de acuerdo con las condiciones previas y objetivos terapéuticos concertados.

10. Aplico los medicamentos según delegación y de acuerdo con la prescripción médica, la vía, la dosis y la hora prescrita. Vigilar la acción farmacéutica y reacciones adversas de los medicamentos e inmunobiológicos administrados de acuerdo con el medicamento y sensibilidad de la persona y registrar en la historia clínica.

11. Ejecuto prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.

12. Participo en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas Técnica.

13. Preparo y apoye el traslado de la persona del sitio de origen al sitio de destino de la remisión según manual de procedimientos y las necesidades del ESM.

14. Cuido integralmente al usuario en condiciones críticas de salud según su estado y de acuerdo con criterios técnico científicos vigentes.

15. Monitoreo las funciones de los diferentes sistemas de acuerdo con las condiciones previas y objetivos terapéuticos concertados.

**RUTA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA**

1. Verifico que el 100% de las atenciones/intervenciones sean reportadas en el aplicativo IRON 2.0, según finalidad, CIE-10 y CUPS correspondientes, discriminando adecuadamente las consultas, los procedimientos y la educación para la salud, tanto individual como grupal.

2. Realizo seguimiento al 100% de menores que presenten un mayor riesgo de morbimortalidad, así como los menores con eventos de interés en salud pública y/o reportados por la Jefatura de Salud, ofertando el seguimiento complementario por medicina general o especializada, según la necesidad y realizando la canalización a ruta, si requiere, soportando en el módulo de gestión del riesgo en el aplicativo IRON 2.0 y registrando en la historia clínica de SALUD.SIS como nota ambulatoria.

3. Realizo búsqueda activa de menores sin atención integral por ruta y seguimiento a todos los menores inasistentes a consulta programada, registrando la demanda inducida y el seguimiento en el módulo de gestión del riesgo del aplicativo IRON 2.0.

4.Dio cumplimiento al 100% de actividades educativas grupales dirigidas a familias con niños y niñas en este momento de curso de vida, de acuerdo con los trimestres de ejecución y el plan de medios, temáticas y plazos establecidos, haciendo entrega de un acta por cada actividad, la cual debe estar descargada de Hermes, describir el número de participantes, discriminado por sexo y contener listado de asistencia y registro fotográfico, así como registro en el aplicativo IRON 2.0, con la finalidad 4, CIE-10 Z001, Z002 o Z762 y CUPS de educación grupal respectivo a la disciplina.

5. Suministro la información requerida en los plazos establecidos por el líder de la ruta de este momento de curso de vida de la Jefatura de Salud,

| | |
|---|---|
| como la base de datos de desnutrición aguda, para la medición de indicadores de los informes trimestrales.<br><br>**ACTIVIDADES ALISTAMIENTO DE AMBULANCIA**<br><br>1. Realizo el inventario de insumos de cada ambulancia, con su debida reposición si falta, semaforizar los insumos en formato asignado para ello GH-JEFSA-FR-129 y reportar al jefe inmediato si hay novedades con estas.<br><br>2. Realizo el pedido al almacén de los insumos que se encuentren vencidos o hagan falta en cada revisión. Verificar el estado de la ambulancia que comprende: aseo, luces exteriores de emergencia y oxigeno medicinal de la ambulancia.<br><br>**ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN.**<br><br>1. Ejecuto actividades concernientes a Vacunación COVID-19, vacunación Operacional y Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI.<br><br>2. Realizo apoyo en el diligenciamiento de matrices, informes, reportes diarios, de Excel de acuerdo con lo ordenado por la Jefatura de Salud y ente territorial<br><br>3. Apoyo en la continuidad del proceso de conciliación dosis aplicadas Covid con los soportes y actividades que solicite el ente territorial.<br><br>4. Alisto y aplico los inmunobiológicos (Vacunas) según delegación, teniendo en cuenta los principios de asepsia y los 10 correctos, el manual técnico administrativo del PAI. Debe contar con la norma de competencia laboral de administración de inmunobiológicos según delegación y norma vigente y tener el esquema de vacunación completo.<br><br>5. Aplico la técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control manteniendo la seguridad del paciente y el profesional de la salud, ejecutando prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.<br><br>6. Efectuó procedimientos especializados de limpieza, y desinfección en áreas equipos y artículos del servicio de vacunación.<br><br>7. Brindo la información de los inmunobiológicos disponibles en el ESM, conforme a requerimientos del usuario. | |

| DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del | CANTIDAD | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **contratista, para seguimiento por parte del supervisor)** | | |
| **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 | $ 22,374,265.00 | Valor inicial del contrato |
| ADICIÓN | $ N/A | |
| VALOR FINAL CONTRATO | $ 22,374,265.00 | |
| PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO | $ N/A | |
| PRIMER PAGO PARCIAL PAC MARZO 2024 | $ 425.052 | CUENTA DE COBRO No 001 DEL 20 DE FEBRERO DE 2024 / PAC MES MARZO EJECUCION DEL 1.90% PENDIENTE POR EJECUTAR 98.10% |
| SEGUNDO PAGO PARCIAL PAC ABRIL 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 002 DEL 15 DE MARZO DE 2024 / PAC MES ABRIL EJECUCION DEL 11.19% PENDIENTE POR EJECUTAR 88.81% |
| TERCER PAGO PARCIAL PAC MAYO 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 003 DEL 15 DE ABRIL DE 2024 / PAC MES ABRIL EJECUCION DEL 20.47% PENDIENTE POR EJECUTAR 79.53% |
| CUARTO PAGO PARCIAL PAC JUNIO 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 004 DEL 15 DE MAYO DE 2024 / PAC MES JUNIO EJECUCION DEL 29.76% PENDIENTE POR EJECUTAR 70.24% |
| QUINTO PAGO PARCIAL PAC JULIO 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 005 DEL 15 DE JUNIO DE 2024 / PAC MES JULIO EJECUCION DEL 39.05% PENDIENTE POR EJECUTAR 60.95% |

| | | |
|---|---|---|
| SEXTO PAGO PARCIAL AGOSTO 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 006 DEL 15 DE JULIO DE 2024/PAC MES AGOSTO- DS045. EJECUCION DEL 48.34% PENDIENTE POR EJECUTAR 51.66% |
| SEPTIMO PAGO PARCIAL SEPTIEMBRE 2024 | $2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 007 DEL 15 DE AGOSTO DE 2024/PAC MES SEPTIEMBRE- DS053. EJECUCION DEL 57.63% PENDIENTE POR EJECUTAR 42.37% |
| OCTAVO PAGO PARCIAL OCTUBRE 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 008 DEL 15 DE OCTUBRE DE 2024/PAC MES OCTUBRE- DS061. EJECUCION DEL 66.91% PENDIENTE POR EJECUTAR 33.09% |
| NOVENO PAGO PARCIAL NOVIEMBRE 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 009 DEL 15 DE OCTUBRE DE 2024/PAC MES NOVIEMBRE- DS069. EJECUCION DEL 76.20% PENDIENTE POR EJECUTAR 23.80% |
| DECIMO PAGO PARCIAL DICIEMBRE 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 010 DEL 15 DE NOVIEMBRE DE 2024/PAC MES DICIEMBRE- DS077 EJECUCION DEL 85.49% PENDIENTE POR EJECUTAR 14.51% |
| ONCEAVO PAGO PARCIAL DICIEMBRE 2024 | $ 2.078.032 | CUENTA DE COBRO No 011 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2024/PAC MES DICIEMBRE- DS089 EJECUCION DEL 94.78% PENDIENTE POR EJECUTAR 5.22% |
| DOCEAVO PAGO PARCIAL CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE DEL 2024 | $ 1.168.893,00 | CUENTA DE COBRO No 012 DEL 26 DE DICIEMBRE DE |

| | | |
|---|---|---|
| PAGADERAS EN EL PRIMER TRIMESTRE 2025 | | 2024/ CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE DEL 2024 PAGADERAS EN EL PRIMER TRIMESTRE 2025 - DS094 EJECUCION DEL 100% PENDIENTE POR EJECUTAR 0% |
| TOTAL PAGADO | $ 22,374,265.00 | |
| SALDO | $ 0 | |

**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 | Documento equivalente DS094 | X |
| COPIA | Entrada de bienes y/o servicios (SAP) | X |
| COPIA | PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social | X |
| COPIA | Captura de pantalla de la aprobación en el Sistema SIIF de la facturación | N/A |
| COPIA | Los demás documentos que apliquen | X |

**EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON**

| | |
|---|---|
| Diana Carolina Bermúdez R. | |
| DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS<br>**CONTRATISTA**<br>**CONTRATO No 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029-2024** | T1. PULIDO GOMEZ SANDRA MILENA<br>**SUPERVISOR O INTERVENTOR**<br>**CONTRATO No 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029-2024** |

ELABORO: T1 Pulido Gomez Sandra Milena

Rionegro, 31 de diciembre de 2024

**Señora**
**SANDRA MILENA PULIDO GOMEZ**
**Supervisor Contrato No. 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029- 2024**

**Asunto: Informe de Actividades**
Atentamente informo al supervisor del contrato No. 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029-2024 cuyo objeto es Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería (01) para el Establecimiento de sanidad militar del comando aéreo de combate no. 5, según ficha técnica.", las actividades realizadas desde el 16 de diciembre al 31 de diciembre de 2024:

En las 99 horas ejecutadas se realizaron las actividades programadas en el servicio de atención así:

**SERVICIO PRIORITARIA**

1. Direccione al usuario en la prestación de los servicios en relación con la comprobación de derechos para uso del SSFFMM, Estado activo y ESM asignado, Custodia, diligenciamiento y organización la historia clínica en el proceso de prestación de servicios según la resolución 1995 de 1999.
2. Aplique la técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control manteniendo la seguridad del paciente y el profesional de la salud.
3. Efectué procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en áreas, equipos y artículos.
4. Oriente y eduque a los afiliados para el uso de los servicios de salud que requieran. (baños, sillas de ruedas, farmacia, laboratorio, etc.)
5. Preparo el entorno para dar cuidado a la persona en alteración de salud según asignación o delegación del profesional de enfermería.
6. Brinde los cuidados básicos asignados o delegados, de higiene y comodidad.
7. Asistí a la persona en las actividades de movilización, nutrición y necesidades fisiológicas según sus limitaciones y equipos requeridos.
8. Aliste los medicamentos inmunobiológicos según delegación, teniendo en cuenta los principios de asepsia y los 10 correctos. Debe contar con la norma de competencia laboral de administración de inmunobiológicos según delegación y norma vigente y tener el esquema de vacunación completo.
9. Monitoree las funciones de los diferentes sistemas de acuerdo con las condiciones previas y objetivos terapéuticos concertados.
10. Aplique los medicamentos según delegación y de acuerdo con la prescripción médica, la vía, la dosis y la hora prescrita. Vigilar la acción farmacéutica y reacciones adversas de los medicamentos e inmunobiológicos administrados de acuerdo con el medicamento y sensibilidad de la persona y registrar en la historia clínica.
11. Ejecute prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.

12. Participe en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas Técnica.
13. Prepare y apoye el traslado de la persona del sitio de origen al sitio de destino de la remisión según manual de procedimientos y las necesidades del ESM.
14. Cuide integralmente al usuario en condiciones críticas de salud según su estado y de acuerdo con criterios técnico científicos vigentes.
15. Monitoree las funciones de los diferentes sistemas de acuerdo con las condiciones previas y objetivos terapéuticos concertados.

**RUTA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA**

1. Verifique que el 100% de las atenciones/intervenciones sean reportadas en el aplicativo IRON 2.0, según finalidad, CIE-10 y CUPS correspondientes, discriminando adecuadamente las consultas, los procedimientos y la educación para la salud, tanto individual como grupal.

2. Realice seguimiento al 100% de menores que presenten un mayor riesgo de morbimortalidad, así como los menores con eventos de interés en salud pública y/o reportados por la Jefatura de Salud, ofertando el seguimiento complementario por medicina general o especializada, según la necesidad y realizando la canalización a ruta, si requiere, soportando en el módulo de gestión del riesgo en el aplicativo IRON 2.0 y registrando en la historia clínica de SALUD.SIS como nota ambulatoria.

3. Realice búsqueda activa de menores sin atención integral por ruta y seguimiento a todos los menores inasistentes a consulta programada, registrando la demanda inducida y el seguimiento en el módulo de gestión del riesgo del aplicativo IRON 2.0.

4. Di cumplimiento al 100% de actividades educativas grupales dirigidas a familias con niños y niñas en este momento de curso de vida, de acuerdo con los trimestres de ejecución y el plan de medios, temáticas y plazos establecidos, haciendo entrega de un acta por cada actividad, la cual debe estar descargada de Hermes, describir el número de participantes, discriminado por sexo y contener listado de asistencia y registro fotográfico, así como registro en el aplicativo IRON 2.0, con la finalidad 4, CIE-10 Z001, Z002 o Z762 y CUPS de educación grupal respectivo a la disciplina.

5. Suministre la información requerida en los plazos establecidos por el líder de la ruta de este momento de curso de vida de la Jefatura de Salud, como la base de datos de desnutrición aguda, para la medición de indicadores de los informes trimestrales.

**ACTIVIDADES ALISTAMIENTO DE AMBULANCIA**

1. Realice el inventario de insumos de cada ambulancia, con su debida reposición si falta, semaforizar los insumos en formato asignado para ello GH-JEFSA-FR-129 y reportar al jefe inmediato si hay novedades con estas.

2. Realice el pedido al almacén de los insumos que se encuentren vencidos o hagan falta en cada revisión. Verificar el estado de la ambulancia que comprende: aseo, luces exteriores de emergencia y oxigeno medicinal de la ambulancia.

**ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN.**

1. Ejecute actividades concernientes a Vacunación COVID-19, vacunación Operacional y Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI.

2. Realice apoyo en el diligenciamiento de matrices, informes, reportes diarios, de Excel de acuerdo con lo ordenado por la Jefatura de Salud y ente territorial

3. Apoye en la continuidad del proceso de conciliación dosis aplicadas Covid con los soportes y actividades que solicite el ente territorial.

4. Aliste y aplique los inmunobiológicos (Vacunas) según delegación, teniendo en cuenta los principios de asepsia y los 10 correctos, el manual técnico administrativo del PAI. Debe contar con la norma de competencia laboral de administración de inmunobiológicos según delegación y norma vigente y tener el esquema de vacunación completo.

5. Aplique la técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control manteniendo la seguridad del paciente y el profesional de la salud, ejecutando prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.

6. Efectúe procedimientos especializados de limpieza, y desinfección en áreas equipos y artículos del servicio de vacunación.

7. Brinde la información de los inmunobiológicos disponibles en el ESM, conforme a requerimientos del usuario.

Diana Carolina Bermúdez R.

DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS
CONTRATISTA Contrato No. 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5-ESM83029-2024

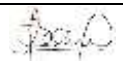
SANDRA MILENA PULIDO GOMEZ
Supervisor Contrato No. 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5-ESM83029-2024

| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | | Código | GA-JEADA-FR-132 |
|---|---|---|---|---|
| | FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL | | Versión No: | 4 |
| | | | Vigencia | 18/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **Jefatura o Unidad:** | **ESM-COMANDO AEREO DE COMBATE No 5** |
| **Nombre del Supervisor de Contrato** | **T1 PULIDO GOMEZ SANDRA MILENA** |
| **Ordenador del Gasto** | **CR. JOSE LUIS CASTELLANOS BOTERO** |
| **No. Contrato** | **001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029-2024** |
| **Objeto del contrato** | **Prestacion de servicios de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERÍA (01) PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5, SEGÚN FICHA TÉCNICA** |
| **Valor del contrato** | **$ 22,374,265.00** |
| **Adición** | **$ 0.00** |
| **Reducción** | **$ 0.00** |
| **Valor final del contrato** | **$ 22,374,265.00** |

| 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 | | | | |
| 02 | 02 | 02 | 009 | 003 | 01 | | | | 16 | | ADA-SERVICIOS DE SALUD HUMANA. | AUXILIAR DE ENFERMERIA MATIS - VACUNACION | **$ 22.374.265.00** |
| TOTAL VIGENCIA 2024 | | | | | | | | | | | | | **$ 22.374.265.00** |
| | | | | | | | | | | | **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 PAGO | DETALLE DEL PAGO | RUBRO | USO PRESUPUESTAL | DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO | VALOR TOTAL PARA PAGO | VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO | SALDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO DEL 2024 | N/A | PAC MARZO (SERVICIO DEL 16 AL 20 DE FEBRERO DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 425,052.00 | $ 425,052.00 | $ 21,949,213.00 |
| 2 | ABRIL DEL 2024 | N/A | PAC ABRIL (SERVICIO DEL 21 FEBRERO AL 15 MARZO DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 19,871,181.00 |
| 3 | MAYO DEL 2024 | N/A | PAC MAYO (SERVICIO DEL 16 DE MARZO AL 15 ABRIL DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 17,793,149.00 |
| 4 | JUNIO DEL 2024 | N/A | PAC JUNIO (SERVICIO DEL 16 DE ABRIL AL 15 MAYO DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 15,715,117.00 |
| 5 | JULIO DEL 2024 | N/A | PAC JULIO (SERVICIO DEL 16 DE MAYO AL 15 JUNIO DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 13,637,085.00 |
| 6 | AGOSTO DEL 2024 | N/A | PAC AGOSTO (SERVICIO DEL 16 DE JUNIO AL 15 JULIO DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 11,559,053.00 |
| 7 | SEPTIEMBRE DEL 2024 | N/A | PAC SEPTIEMBRE (SERVICIO DEL 16 DE JULIO AL 15 AGOSTO DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 9,481,021.00 |
| 8 | OCTUBRE 2024 | N/A | PAC OCTUBRE (SERVICIO DEL 16 DE AGOSTO AL 15 SEPTIEMBRE DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 7,402,989.00 |
| 9 | NOVIEMBRE 2024 | N/A | PAC NOVIEMBRE (SERVICIO DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 15 OCTUBRE DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 5,324,957.00 |
| 10 | DICIEMBRE 2024 | N/A | PAC DICIEMBRE (SERVICIO DEL 16 DE OCTUBRE AL 15 NOVIEMBRE DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 3,246,925.00 |
| 11 | DICIEMBRE 2024 | N/A | PAC DICIEMBRE (SERVICIO DEL 16 DE NOVIEMBRE AL 15 DICIEMBRE DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 2,078,032.00 | $ 2,078,032.00 | $ 1,168,893.00 |
| 12 | CUENTAS POR PAGAR 1ER TRIMESTRE 2025 | N/A | CUENTAS POR PAGA 1ER TRIMESTRE 2025 (SERVICIO DEL 16 DE DICIEMBRE AL 31 DICIEMBRE DE 2024) | 02-02-02-009-003-01 REC-16 | N/A | SERVICIOS TECNICOS AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUNACIÓN | $ 1,168,893.00 | $ 1,168,893.00 | $ 0.00 |
| **TOTALES** | | | | | | | **$ 22,374,265.00** | **$ 22,374,265.00** | **$ 0.00** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA (Supervisor del Contrato)** |  |
| **POSTFIRMA** | T1 PULIDO GOMEZ SANDRA MILENA |
| **FECHA** | 31/12/2024 |

# ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

**PEDIDO: 3500470784**

**CONTRATO: 3700106069**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROVEEDOR DE SERVICIOS** | DIANA CAROLINA | **FECHA RECIBO DEL SERVICIO** | 26.12.2024 |
| **CONTRATO No.** | SF6720240103 | | |
| **UNIDAD RECEPTORA** | SF67 ESM-CACOM5 | | |

**CONCEPTO**

Hace constar que se recibieron a entera satisfacción el / los servicios que a continuación se relacionan y que el proveedor cumplió con las obligaciones contraídas en el / los pedidos 3500470784, contrato interno 3700106069 de fecha 26.12.2024 respectivamente.

| ID | PEDIDO | POS | NUMERO HOJA DE ENTRADA. | DESCRIPCIÓN SERVICIO | COND | P/N | SERIE | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3500470784 | 00010 | 1002186500 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | 1.168.893,00 |
| | | | | | | | **VALOR TOTAL SERVICIOS** | COP 1.168.893,00 |

## OBSERVACIONES

## FIRMAS

**ST. BANDA BALLESTAS ROSA**
**CDTE ESCON**

**CERTIFICACIÓN**
**-BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO-**

Yo, DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.036.966.194 de Rionegro-Antioquia, actuando en mi nombre y representación, declaro bajo la gravedad de juramento, que estoy a paz y salvo por el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y parafiscales.

La presente certificación se expide en la Rionegro, Antioquia, a los **31 días del mes de diciembre de 2024** con destino al Establecimiento de Sanidad Militar del Comando Aéreo de Combate No. 5 NIT 901542789-6

Atentamente,

Diana Carolina Bermúdez R.

_____

DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS
C.C. No. 1.036.966.194 de Rionegro-Antioquia

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1036966194 | | BERMUDEZ ROJAS DIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cl 52 e 40 80 | RIONEGRO-ANTIOQUIA | 3299712 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1103076084 | 9478353648 | I | 2024/12/23 | 2024/12/05 | NEQUI | 0 | $402,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Codigo | Dias | Codigo | Días | Codigo | Días | Días | Exonerado SENA e ICBF |
| 1 | CC | 1036966194 | BERMUDEZ ROJAS DIANA CAROLINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | EPS010 | 30 | | 0 | 14-23 | 30 | 0 | No |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1036966194 | | BERMUDEZ ROJAS DIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cl 52 e 40 80 | RIONEGRO-ANTIOQUIA | 3299712 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1103076084 | 9478353648 | I | 2024/12/23 | 2024/12/05 | NEQUI | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$402,200** | **$0** | **$0** | **$402,200** |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14887625414

(415)7707212489984(8020) 000001488762541 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1036966194 | 8 | Impuestos de Medellín 11 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 1036966194 | 2017 07 24 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Antioquia 05 | Rionegro 615 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BERMUDEZ | ROJAS | DIANA | CAROLINA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Antioquia 05 | Rionegro 615 |

41. Dirección principal: CL 44 # 69 - 59

42. Correo electrónico: dianacarolinabermudez21@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3132784466 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8621 | 2023 01 11 | | | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 5 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 01 - 11 / 19 : 14: 22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BERMUDEZ ROJAS DIANA CAROLINA
985. Cargo Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Autorización Numeración de Facturación

**1876**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764063317591

(415)7707212489984(8020) 001876406331759 1

| 5. Número de Identificación Tributaria - NIT | 6. DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 0 1 5 4 2 7 8 9 | 6 | | | | |

11. Razón social
ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5

12. Dirección seccional
Impuestos de Medellín

Cód. 1 1

24. Dirección
VDA CHACHAFRUTO

| 25. País | 26.Departamento | 27. Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Antioquia | Rionegro |

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

AUTORIZADO

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

DIAN
2024-01-04 / 04:51:23 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

Firma del funcionario autorizado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres DELGADO ZAPATA JORGE IVAN
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 98645404 1004. DV 7
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5

997. Fecha formalización 2024-01-04/16:51:23

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Autorización Numeración de Facturación

**1876**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764063317591

(415)7707212489984(8020) 001876406331759 1

| 5. Número de Identificación Tributaria - NIT | 6. DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 0 1 5 4 2 7 8 9 | 6 | | | | |

11. Razón social

ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5

**Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar**

| | 29. Establecimiento | 30. Modalidad | Cód. | 31. Prefijo | 32. Desde el número | 33. Hasta el número | 38. Vigencia | 34. Tipo solicitud | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 VDA CHACHAFRUTO | DOCUMENTO SOPORTE | 6 | DS | 1 | 20,000 | 12 | AUTORIZACIÓN | 1 |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |

AUTORIZADO

**Cuenta por pagar Comprobante**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHrvanegac | Rosalba Vanegas Castillo |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 15-01-11-102 | ESM COMANDO AÉREO DE |
| Fecha y Hora Sistema: | 2024-12-27-4:36 p. m. | |

| CUENTAS POR PAGAR | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 16624 | **Fecha** | 2024-12-27 | **Unidad / Subunidad** | 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | | |
| **Estado:** | Aprobada | **Tipo de Cuenta x Pagar:** | Adquisicion de Servicios a Personas NO Declarantes | **Nro. Compromiso:** | 824 | **Nro. Cdp:** | 124 |
| **Caja Menor-Identif.:** | | **Caja Menor-Fecha Registro:** | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Antes del Iva:** | 1.168.893,00 | **Valor Iva:** | 0,00 | **Valor Total:** | 1.168.893,00 | **Valor Total Moneda Original:** | 0,00 |
| **TERCERO** | | | | | | | |
| **Identificaci** | 1036966194 | **Razón** | DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS | | | | |

| DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 012 | **Tipo** | CUENTA DE COBRO | **Fecha:** | 2024-12-27 |

| DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS | |
|---|---|
| **CODIGO** | **DESCRIPCION** |
| 9 | CONTRATO |
| 11 | CUENTA DE COBRO |
| 12 | CUMPLIDO A SATISFACCION |
| 23 | OTRO DOCUMENTO DE COBRO |

| | |
|---|---|
| **Objeto.:** | |

VANEGAS CASTILLO ROSALBA Firmado digitalmente por VANEGAS CASTILLO ROSALBA
Fecha: 2024.12.27 16:39:51 -05'00'

**Tecnico Gestion Contable**

## Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHkgalvis KAREN ANDREA GALVIS PADILLA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5
Fecha y Hora Sistema: 2024-12-31-7:16 a. m.

### REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | **15424** | **Fecha Registro:** | 2024-12-30 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | | 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generada | **Requiere DIP:** | No | **Tipo de DIP:** | | **Nro. Compromiso:** | 824 |
| **Valor Inicial:** | 1.168.893,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 1.168.893,00 | **Saldo x Ordenar:** | 1.168.893,00 |
| **Valor Inicial Moneda Original:** | 0,00 | **Valor Total Operaciones Moneda Original:** | 0,00 | | | **Valor Actual Moneda Original:** | 0,00 | **Saldo x Ordenar Moneda Original:** | 0,00 |
| **Valor Deducciones:** | 18.703,00 | **Valor Neto:** | 1.150.190,00 | | | **Valor IVA:** | 0,00 | **Nro. Cdp:** | 124 |
| **Valor Deducciones Moneda:** | 0,00 | **Valor Neto Moneda:** | 0,00 | | | **Atributo Contable:** | 05-NINGUNO | **Comprobante Contable:** | 966856 |

**TERCERO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | 1036966194 | **Razon Social:** | DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 532339033 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

| **CUENTA X PAGAR** | | | | **CAJA MENOR** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 16624 | **Tipo:** | Adquisicion de Servicios a Personas NO Declarantes | **Identificacion:** | | **Fecha de Registro:** | |

**DOCUMENTO SOPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | FAC-S-2024-011235-CP | **Tipo:** | OFICIO | **Fecha:** | 2024-12-30 |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | ATRIBUTO CONTABLE | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | Nación | 16 | SSF | 05-NINGUNO | | | | | |
| | | | | | | **Total:** | 1.168.893,00 | 0,00 | 1.168.893,00 | 1.168.893,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | pago total 001-03-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-CACOM5- ESM83029-2024 Diana Bermudez auxiliar de enfermeria |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA DE PAGO | ESTADO | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | 4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2024-12-31 | Generada | 1.168.893,00 |

**POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL**

| POSICION DEL CATALOGO DE PAGO | IDENTIFICACION | NOMBRE BENEFICIARIO | BASE GRAVABLE | TARIFA | VALOR DEDUCCION | SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-03-05-01 UNIVERSIDAD POLITECNICO COLOMBIANO JAIME ISAZA CADAVID | NIT 890900286 | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA | 1.168.893,00 | 0,400 % | 4.676,00 | 4.676,00 |
| 2-01-06-04 RETENCION ESTAMPILLAS PRO-UNIVERSIDADES DEPARTAMENTAL Y/O MUNICIPAL | NIT 890900286 | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA | 1.168.893,00 | 0,400 % | 4.676,00 | 4.676,00 |
| 2-01-05-01-98 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-BIENES | NIT 890907317 | MUNICIPIO DE RIONEGRO ANTIOQUIA | 1.168.893,00 | 0,800 % | 9.351,00 | 9.351,00 |

TC. [illegible] RIVERA RAUL
ORDENADOR DEL GASTO ( E )

TE. ROJAS CORTES MARIA FERNANDA
CONTADORA

## Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHmnbarrio | Melba Natalie Barrios Moreno |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 15-01-11-102 | ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 |
| Fecha y Hora Sistema: | 2025-01-28-9:01 a. m. | |

### ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 2532425 | **Fecha Registro:** | 2025-01-10 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Cuentas por pagar | **Estado:** | Pagada | **Nro Obligación:** | 15424 | **Comprobante Contable de la Generación:** | | | |
| **Fecha Máxima Pago:** | 2025-01-14 | **Código de Referencia:** | 04500740500002532425 | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 | | |
| **Valor Bruto:** | 1.168.893,00 | **Valor Deducciones:** | 18.703,00 | **Valor Neto:** | 1.150.190,00 | **Saldo x Pagar:** | 0,00 | | |

### VALORES PAGADOS

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TRM Pago** | | **Valor Bruto** | **1.168.893,00** | Valor Deducciones | 18.703,00 | Valor Neto | **1.150.190,00** | Moneda Base Compra | | **Valor MBC** |

### REINTEGROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Números** | | | | **No Recaudo:** | |
| **Bruto Reintegrado Pesos:** | 0,00 | **Reintegrado Deducciones Pesos:** | 0,00 | **Reintegrado Neto Pesos:** | 0,00 |
| **Bruto Reintegrado Moneda:** | 0,00 | **Reintegrado Deducciones Moneda:** | 0,00 | **Reintegrado Neto Moneda:** | 0,00 |

### TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 1036966194 | **Razón Social:** | DIANA CAROLINA BERMUDEZ ROJAS | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

### CUENTA BANCARIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 532339033 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

| TESORERIA | DOCUMENTO SOPORTE | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN | **Número:** | 012 | **Tipo:** | CUENTA DE COBRO | **Fecha:** 2025-01-10 |

**Tipo Beneficiario Pago** 01 - Beneficiario final

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

| DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | REC | SIT | VALOR | | VALOR PAGADO | VALOR REINTEGRADO | | USO DE PROYECTOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PESOS | MONEDA | PESOS | PESOS | MONEDA EXTRANJERA | USO DE PROYECTO | MONEDA | TASA DE CAMBIO | VALOR MONEDA |
| 15-01-11-102 ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | | | | | | | | | | | | |
| | Nación | 16 | SSF | 1.168.893,00 | 0,00 | 1.168.893,00 | | | | Pesos | 0,00 | 0,00 |

### DEDUCCIONES

| POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES | | TERCERO | | TARIFA | VALOR | VALOR AJUSTADO PAGO | VALOR REINTEGRADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-03-05-01 | UNIVERSIDAD POLITECNICO COLOMBIANO JAIME ISAZA CADAVID | 890900286 | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA | 0,400 % | 4.676,00 | 4.676,00 | |
| 2-01-06-04 | RETENCION ESTAMPILLAS PRO-UNIVERSIDADES DEPARTAMENTAL Y/O | 890900286 | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA | 0,400 % | 4.676,00 | 4.676,00 | |
| 2-01-05-01-98 | RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-BIENES | 890907317 | MUNICIPIO DE RIONEGRO ANTIOQUIA | 0,800 % | 9.351,00 | 9.351,00 | |

### LINEAS DE PAGO VINCULADA

| DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA | VALOR | ATRIBUTO LINEA DE PAGO | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-102 - ESM COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 5 | 4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2025-01-20 | 1.168.893,00 | 05 NINGUNO | Pagada |

BARRIOS MORENO MELBA NATALIE

Firmado digitalmente por BARRIOS MORENO MELBA NATALIE
Fecha: 2025.01.28 09:01:00

11. MELBA NATALIE BARRIOS MORENO
TESORERA