GS-2025- 012542 **- REGI3 – JEFAT 29.25**

Pereira, 07 de agosto de 2025

Señor teniente coronel
GILBERTO GUTIÉRREZ BOTELLO
Jefe la Regional de Aseguramiento en Salud N°3
Calle 94 avenida Villa Olímpica Frente a Expo futuro
Pereira -Risaralda

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **86-8-20044-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _X_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/07/2025**	**Hasta**	**31/07/2025**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución N°2115 del 23/06/2023, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial GS-2025-007269-REGI3 del 06/05/2025, el señor teniente coronel GILBERTO GUTIÉRREZ BOTELLO obrando en calidad de Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.3, nombró como supervisor del contrato al señor Capitán JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** Mensual

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 03**

  1. Informe de supervisión del mes **MAYO** del periodo comprendido entre el 06/05/2025 y el 31/05/2025, el cual es presentado mediante comunicación oficial número GS-2025-011432 REGI3
  2. Informe de supervisión del mes **JUNIO** o del periodo comprendido entre el 01/06/2025 hasta el 30/06/2025, el cual es presentado mediante comunicación oficial número GS-2025-011432 REGI3
  3. Informe de supervisión del mes **JULIO** o del periodo comprendido entre el 01/07/2025 hasta el 31/07/2025, el cual se encuentra en trámite de elaboración, radicación y posteriormente cargue en SECOP II.

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	86-8-20044-25
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	SUMINISTRO DE TIQUETES AÉREOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD RISARALDA, CALDAS Y QUINDÍO, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3. QUE REQUIEREN TRASLADARSE A OTRAS CIUDADES PARA RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD.
Contratista	EL TURISTA ZOMAC S.A.S
Representante legal	GREISY LILIANA CASTAÑEDA CASTAÑEDA 1.117.533.765 expedida en Florencia
Valor inicial del contrato u orden de compra	SESENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($60.000.000,00) para la vigencia 2025
Valor adiciones del contrato u orden de compra	NO APLICA
Valor total del contrato u orden de compra	SESENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($60.000.000,00) para la vigencia 2025
Plazo de ejecución inicial	El plazo de ejecución del contrato será a partir de la firma del contrato, aprobación de la garantía única, expedición del registro presupuestal y la carta de inicio y hasta el **31 de octubre de 2025** o hasta agotar el presupuesto disponible, lo que primero ocurra.
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	06/05/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	31/10/2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No Aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No Aplica
Adiciones	No Aplica
Modificatorios	No Aplica
Prorrogas	No Aplica
Otros	No Aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

Presto los servicios con eficiencia y calidad a los usuarios, propendió el cuidado de los recursos de la institución durante la ejecución de las actividades contratadas. Respondió por la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No. 002 de 2001, por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial. Y el "modelo de atención integral, de la Policía Nacional, y lineamientos para la red externa"., participo de las actividades programadas en el servicio. Ejerció su profesión con moral y ética.

Cumplió con las obligaciones frente al sistema de seguridad social. Integral en los términos del artículo 50 de la ley 789 de 2002 en concordancia con los decretos 1703 de 2002, decreto 510 de 2003, ley 797 de 2003, ley 828 y ley 1122 de 2007.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir con el objeto contractual.	SI	NINGUNA
Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	NINGUNA
Responder en los plazos que EL CONTRATANTE establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule	SI	NINGUNA
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago	SI	Planilla No. 9487947843
Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	NINGUNA
Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	NINGUNA
No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	NINGUNA
Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
Restituir a la Unidad Prestadora de Salud los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.	SI	NINGUNA
Estarán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del traslado de los elementos, insumos y equipos relacionados con la ejecución del contrato, estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato que se llegase a celebrar, incluyendo impuestos	SI	NINGUNA
Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos" y el registro de la factura electrónica de venta.	SI	NINGUNA
Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	NINGUNA
El contratista se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato. De igual forma, si se trata del cambio en el número de la cuenta bancaria en la que se realizarán los pagos, debe allegarse en original la certificación bancaria correspondiente.	SI	NINGUNA
El contratista garantiza la prestación de los servicios ofertados dentro de la propuesta y con las tarifas pactadas, comprometiéndose a sostener los precios durante toda la ejecución del contrato. La Regional de Aseguramiento en Salud N°3 NO reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo. Estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considera costos adicionales.	SI	NINGUNA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No.002 por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial. Y el "Modelo de Atención (MATIS).	SI	NINGUNA
2. Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios, en las instalaciones de acuerdo a los pliegos de condiciones y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente documento.	SI	NINGUNA
3. Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los	SI	NINGUNA

servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres.		
4. EL CONTRATISTA debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional, así mismo permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato.	SI	NINGUNA
5. Presentar en medio magnético en archivo Excel la relación de los servicios habilitados y contratados utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), con el respectivo valor según tarifa pactada.	SI	NINGUNA
6. EL CONTRATISTA debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
7. EL CONTRATISTA debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud N3, pero garantizará la prestación del servicio a los usuarios.	SI	NINGUNA
8. Debe realizar los trámites para la legalización del contrato dentro de los tres (03) días hábiles siguientes contados a partir de la firma del Contrato.	SI	NINGUNA
9. Atención del evento adverso prevenible; este corre por cuenta del prestador una vez se analice el caso, y se defina por ambas partes la responsabilidad unilateral de la IPS en la generación del evento adverso.	SI	NINGUNA
10. Los procedimientos propuestos se deben realizar bajo los protocolos y guías alopáticas, universalmente aceptadas para los procedimientos y tratamientos requeridos y basados en la evidencia y avalados por el Área referencia de la regional de aseguramiento en Salud N°3	SI	NINGUNA
11. EL CONTRATISTA atenderá a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro y durante el transcurso del presente contrato, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden jurídico y público, las buenas costumbres y la moral profesional.	SI	NINGUNA
12. el contratista deberá brindar servicios con todos los atributos de la calidad como: oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad y eficiencia científica y técnica; así como proporcionar satisfacción al usuario.	SI	NINGUNA
13. LA OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS NO DEBERÁ SUPERAR LOS 15 DÍAS CALENDARIO	SI	NINGUNA
14. Disponer de varios métodos, medios o alternativas (telefónica, correo y/o presencial) para acceder a las citas médicas.	SI	NINGUNA
15. EL CONTRATISTA deberá contar con la Constancia de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedido por la Secretaría de Salud vigente al momento de la presentación su propuesta y si dentro del proceso contractual vence se debe actualizar.	SI	NINGUNA
16. De acuerdo a la conducta medica expedida por La Regional de Aseguramiento en Salud N°3 o red externa, debe ser realizada por el especialista indicado, queda totalmente prohibido que la conducta sea realizada por otra especialidad o por estudiantes, de no cumplir a cabalidad con la presente condición, será objeto de glosa.	SI	NINGUNA
17. EL CONTRATISTA mediante escrito informara el cumplimiento de lo establecido en la Directiva Administrativa Permanente No. 003 del 10 de marzo del 2023 "DIRECTRICES PARA LA EXPEDICION DE REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MEDICA, LICENCIA POR MARTENIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA"	SI	NINGUNA
18. Abstenerse de emitir fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes.	SI	NINGUNA
19. Para los servicios ambulatorios contratados, prestarlos mediante autorización del módulo SISAP WEB generada por el nodo de referencia y Contrarreferencia del Establecimiento Policial.	SI	NINGUNA
20. La IPS contratada, por ningún medio se solicitará a los usuarios de sanidad de la Policía, DINERO para el PAGO de servicios de salud, cuando la IPS observe medicamente es pertinente, un servicio o medicamento se debe ordenarlo de acuerdo a lo establecido en el contrato y llegado el caso el servicio no esté en el POS de la Policía, se debe diligenciar el formato CTC.	SI	NINGUNA

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

No presenta novedades durante la ejecución del presente contrato.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (85) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (60) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago por la prestación de los servicios objeto del contrato se efectuará en pagos parciales en moneda legal colombiana dentro de los (45) días calendario siguientes a la radicación de la respectiva factura en la ventanilla de Central de Cuentas de la Unidad, junto con los documentos requeridos para el pago, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC).

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta que el CONTRATISTA designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la Firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

De igual forma, en cumplimiento a la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas (IAR-GU-0002) de la Policía Nacional, el contratista deberá tener en cuenta las otras Condiciones así.

- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616- 1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 — DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal" en el Artículo 3, punto 2 - parágrafo I, que a la letra dice:

"El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...", las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.

NOTA: De conformidad con lo establecido en la CIRCULAR 042 SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA – SIIF NACIÓN del 26 de diciembre de 2023, el proceso para la validación de documentos electrónicos ante la DIAN para las entidades ejecutoras del Presupuesto General de la Nación se realizará a través del Sistema Facturación Electrónica SIIF Nación habilitado en la DIAN como Software Propio, "FACTURADOR SIIF NACION". Por consiguiente, las entidades deberán ajustarse a los requisitos y parámetros allí establecidos para el trámite de facturación electrónica, igualmente para las entidades que no están obligadas a facturar electrónicamente, deberán cumplir con el proceso de emisión de documento soporte.

Para la estructura del presente texto, el contratista deberá comunicarse con el supervisor designado.

PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA LA EMISIÓN DEL RAS (RECIBO A SATISFACCIÓN): Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista y realizada la auditoría de cuentas por parte del médico auditor, el supervisor del contrato, previa revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes a la central de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

LAS FACTURAS DEBEN SER ENTREGADAS EN MEDIO FÍSICO LOS PRIMEROS CINCO (5) DÍAS HÁBILES DE CADA MES.

AUDITORIA DE CUENTAS:

El médico auditor verificara el 100% del contenido de las facturas radicadas en el mes con sus respectivos soportes, siempre y cuando se cumplan los tiempos de radicación, siguiendo los lineamientos contemplados en el Decreto 4747 de 2007 expedido por el Ministerio de Salud, *"Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"*, o la norma que la adicione, modifique o sustituya, la Resolución 3047 de 2008 expedida por el Ministerio de Salud *"Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007"*, o la norma que la adicione, modifique o sustituya y el instructivo 013 de 2013 DISAN-AGESA "*Modificación al modelo de regulación para la prestación de servicios de salud en el Subsistema de salud de la Policía Nacional"*, o la norma que la adicione, modifique o sustituya, realizando el cierre del ciclo de la auditoría de cuentas en los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011, vigente, así:

"Articulo 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas". (En este último evento se procederá a citar al prestador a una conciliación directa en las dependencias de sanidad policial, que no debe superar los sesenta (60) hábiles posteriores a la radicación).

"Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la Ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago".

REQUISITOS PARA EL PAGO

Darle aplicabilidad a la ley 594 de 2000 Ley General de Archivo; de la siguiente manera: la presentación de las cuentas médicas presentadas a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 3, cuya actividad es

imprescindible en los procesos de organización archivística, y la cual tiene dos finalidades principales: controlar la cantidad de folios de una unidad de conservación dada.

El contratista estará en la obligación de radicar las cuentas generadas en la oficina de central de cuentas REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 dentro de los 5 primeros días hábiles de cada mes, cumpliendo con los siguientes requisitos:

Relación general de pacientes atendidos, detallando el número del contrato, número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel. Listado discriminando número de factura, fecha de factura, nombre del paciente, identificación, atención recibida y valor facturado, según modelo anexo:

ÁREA DE SANIDAD	IPS	FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA DE RADICACIÓN DE LA FACTURA	N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE DEL USUARIO	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	VALOR ACEPTADO POR LA IPS	VALOR A PAGAR	CONCILIADO	OBSERVACIÓN	CONTINGENCIA	CONTRATO O URGENCIA
											SI	NO		

b). Factura de venta original o documento equivalente que cumpla con los requerimientos de ley, junto con la documentación soporte para el respectivo trámite para el pago, la cual deberá publicarse en la plataforma del Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP II).

c). Certificación donde conste que el contratista se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, expedido por el representante legal y/o revisor fiscal de acuerdo a la normatividad vigente.

d). Relación de Pacientes atendidos en EXCEL de acuerdo al formato establecido por la Dirección de Sanidad, el cual será allegado vía correo electrónico, una vez suscrito el contrato.

Estadística mensual en un archivo plano el cual debe venir en medio óptico e impreso que contenga la siguiente información: · Número de consecutivo. · Apellidos y Nombre. · Número de Identificación. · Edad del usuario. · Fecha del servicio. · Diagnostico. · Procedimiento. · Código del Procedimiento. · Fecha. · Número y valor. Esta debe entregarse dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes o cuando se soliciten cortes parciales. El presente informe hace parte integral de los soportes de la factura.

e) Anexar el Original de la autorización del suministro.
f) Cargue de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad (en caso que aplique).
g) Recibido a satisfacción expedido por el supervisor del contrato (posterior a la auditoria de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda.
h) Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizará hasta el mes siguiente
i) EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.
j) La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.
k) Factura que no cumpla con los requisitos legales vigentes no será radicada

PLATAFORMA SECOP II: El contratista a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la cuenta cobro, con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el pago respectivo.

NOMBRE BENEFICIARIO: EL TURISTA ZOMAC SAS
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NÚMERO DE CUENTA: 84700001116

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato u orden de compra**
Valor total del contrato u orden de compra	**$60.000.000,00**	100,00%
Valor total de las entregas	$ 4.603.644,00	7,67%
Valor total facturado	$ 4.603.644,00	7,67%
Valor facturado pendiente de pago	$ 0,00	0,00%
Valor pagado	$ 4.603.644,00	7,67%
Valor pendiente de entrega	$ 55.396.356,00	92,33%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo							
N° de acta o constancia de recibido	**Valor Recibido**	**Fecha de Recibido**	**Valor Facturado**	**No. factura**	**Valor Pagado**	**Valor Deducciones**	**N° Orden de Pago**
01	$ 4.603.644,00	08/07/2025	$4.603.644,00	01	$4.603.644,00	0	266155825

4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)*

NO APLICA

5. RECOMENDACIONES

El contratista prestó el servicio dentro del plazo establecido, cumpliendo con los parámetros, especificaciones técnicas y condiciones del contrato.

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI X**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ Del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____
Capitán JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO
Supervisor Contrato N° **86-8-20044-25**

EL Turistta
TRAVEL AND TOURISM

Florencia, 08 de julio del 2025

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N°3
Pereira - Risaralda.

Asunto: Radicación de Facturación N° 1.

Yo, **GREISY LILIANA CASTAÑEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.117.533.765**, en calidad de Representante Legal de la empresa **EL TURISTTA ZOMAC S.A.S.**, sociedad legalmente constituida bajo las leyes colombianas, con NIT No. 901.454.516-5, y domicilio principal en Florencia, Caquetá, me permito Radicar la primera Factura con el fin dar cumplimiento al contrato Numero 86-8-20044-25 que tiene por objeto: **SUMINISTRO DE TIQUETES AÉREOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD RISARALDA, CALDAS Y QUINDÍO, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3. QUE REQUIEREN TRASLADARSE A OTRAS CIUDADES PARA RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD.** La presente Facturación corresponde a las siguientes facturas:

- FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-74
- FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-77
- FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-75
- FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-76
- FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-79
- FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-78
- FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-80

Cada una de las facturas tiene sus soportes adjuntos de los respectivos vuelos tomados en correspondientes a la Autorización de Servicio solicitada. El valor total de las facturas es de $4.603.644 pesos colombianos.

De igual manera, adjunto la documentación correspondiente y solicitada por la entidad:

- RUT

Email
gerencia@elturistta.com

Direccion
Calle 20 # 4c - 61
Florencia Caq.

Telefono
317-379 5613
310-279 7234

RNT
90509

IATA
76570336

EL Turistta
TRAVEL AND TOURISM

- CERTIFICACIÓN BANCARIA ACTUALIZADA
- CERTIFICADO DE PARAFISCALES FIRMADOS POR REVISOR FISCAL O REPRESENTE
- PLANILLA DE SORPOTE DE PAGO DE APORTES
- FORMATO DE RADICACION DE FACTURACION.

La presente documentación tiene consigo 66 folios.

De ante mano, muchas gracias por la atención prestada.

GREISY LILIANA CASTAÑEDA CASTAÑEDA
CC 1.117.533.765
Representante Legal

Email
gerencia@elturistta.com

Direccion
Calle 20 # 4c - 61
Florencia Caq.

Telefono
317-379 5613
310-279 7234

RNT
90509

IATA
76570336

TRAVEL AND TOURISM

EL TURISTTA ZOMAC S.A.S

Nit. 901454516-5
CL 20 4 C 61 BRR BUENOS AIRES FLORENCIA

gerencia@elturistta.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-74
Fecha: 2025-06-10
Responsable de IVA

Nombre Cliente	Nit	Direccion	Telefono
SECCIONAL DE SANIDAD RISARALDA	900339410-8	AV VILLA OLIMPICA CL 94	3164770 -

Ciudad Cliente	Fecha Venc.	Forma de Pago	Vendedor	Referencia
PEREIRA	2025-07-10	CONTADO BANCO,	VARIOS	

Producto	Referencia	Cant.	Precio Unit.	%Iva	Vr Iva	Valor Total
VUELOS NACIONALES PEREIRA-BOGOTA-PEREIRA		1	$513,922.69	IVA 19%	$97,645.31	$513,922.69

SUBTOTAL	**$513,922.69**
IVA 19%	**$97,645.31**
TOTAL	**$611,568.00**

SON : SEISCIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Concepto : USUARIO JHON HENAO
Forma de Pago :
CONTADO BANCO - Medio de Pago: Efectivo $611,568.00

Observaciones Documento :
Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en sus efectos Juridicos y Legales a una Letra de Cambio conforme a los articulos 621, 773, 774 del C.C.
NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIÓN. SOMOS INTERMEDIARIOS SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO 399 FEBRERO 27/1987 DECRETO 1512/85(RETEFUENTE) DECRETO 056 (RETEICA) DEL CONSEJO Y LEY 223 DEL 96(RETEIVA).

Código Único de Factura Electrónica:
cdef859ef0d5e646ee7dfcb0f540b19c87f57397c8a26649030c25804c1d89b319c8d50e67523e49870d5eaaf8238285
Representación gráfica de la factura electrónica según decreto 2242 de 2015 articulo 3 parágrafo 1
DIAN Autoriza Numeración de Facturación Electrónica 18764082864821 de 2024-11-05 del FVET63 al FVET1000 con fecha de vencimiento 2025-11-05 plazo 12 meses
Fecha/Hora Generacion: 2025-06-10 - 11:17:05
Fecha/Hora Validacion: 2025-06-10 - 11:19:03
Cantidad de líneas: 1, Cantidad de Items: 1
Responsable de IVA
No somos Agente retenedor del impuesto sobre las ventas
Actividad Economica CIIU 1254-8745
Impreso por EL TURISTTA ZOMAC S.A.S Nit. 901454516-5

CONTADOR			FIRMA Y SELLO
ELABORO	ENTREGA	CONTABILIZO	C.C o Nit.

TRAVEL AND TOURISM

EL TURISTTA ZOMAC S.A.S

Nit. 901454516-5
CL 20 4 C 61 BRR BUENOS AIRES FLORENCIA

gerencia@elturistta.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-77

Fecha: 2025-06-10
Responsable de IVA

Nombre Cliente	Nit	Direccion	Telefono
SECCIONAL DE SANIDAD RISARALDA	900339410-8	AV VILLA OLIMPICA CL 94	3164770 -

Ciudad Cliente	Fecha Venc.	Forma de Pago	Vendedor	Referencia
PEREIRA	2025-07-10	CONTADO BANCO,	VARIOS	

Producto	Referencia	Cant.	Precio Unit.	%Iva	Vr Iva	Valor Total
VUELOS NACIONALES PEREIRA-MEDELLIN-PEREIRA		1	$824,278.99	IVA 19%	$156,613.01	$824,278.99

SUBTOTAL	**$824,278.99**
IVA 19%	**$156,613.01**
TOTAL	**$980,892.00**

SON : NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

Concepto : USUARIO ALICIA VILLA
Forma de Pago :
CONTADO BANCO - Medio de Pago: Efectivo $980,892.00

Observaciones Documento :
Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en sus efectos Juridicos y Legales a una Letra de Cambio conforme a los articulos 621, 773, 774 del C.C.
NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIÓN. SOMOS INTERMEDIARIOS SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO 399 FEBRERO 27/1987 DECRETO 1512/85(RETEFUENTE) DECRETO 056 (RETEICA) DEL CONSEJO Y LEY 223 DEL 96(RETEIVA).

Código Único de Factura Electrónica:
24ec19b55c98c7e68721d280241d1c87b050098d2758c6eb8db57b5743ec03f1614788d5c4f03cd76fe5c8e5a9a1e9cb
Representación gráfica de la factura electrónica según decreto 2242 de 2015 articulo 3 parágrafo 1
DIAN Autoriza Numeración de Facturación Electrónica 18764082864821 de 2024-11-05 del FVET63 al FVET1000
con fecha de vencimiento 2025-11-05 plazo 12 meses
Fecha/Hora Generacion: 2025-06-10 - 11:21:53
Fecha/Hora Validacion: 2025-06-10 - 11:22:41
Cantidad de líneas: 1, Cantidad de Items: 1
Responsable de IVA
No somos Agente retenedor del impuesto sobre las ventas
Actividad Economica CIIU 1254-8745
Impreso por EL TURISTTA ZOMAC S.A.S Nit. 901454516-5

CONTADOR			FIRMA Y SELLO
ELABORO	ENTREGA	CONTABILIZO	C.C o Nit.

TRAVEL AND TOURISM

EL TURISTTA ZOMAC S.A.S

Nit. 901454516-5
CL 20 4 C 61 BRR BUENOS AIRES FLORENCIA

gerencia@elturistta.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-75
Fecha: 2025-06-10
Responsable de IVA

Nombre Cliente	Nit	Direccion	Telefono
SECCIONAL DE SANIDAD RISARALDA	900339410-8	AV VILLA OLIMPICA CL 94	3164770 -

Ciudad Cliente	Fecha Venc.	Forma de Pago	Vendedor	Referencia
PEREIRA	2025-07-10	CONTADO BANCO,	VARIOS	

Producto	Referencia	Cant.	Precio Unit.	%Iva	Vr Iva	Valor Total
VUELOS NACIONALES PEREIRA-BOGOTA-PEREIRA		1	$513,922.69	IVA 19%	$97,645.31	$513,922.69

SUBTOTAL	**$513,922.69**
IVA 19%	**$97,645.31**
TOTAL	**$611,568.00**

SON : SEISCIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Concepto : USUARIO JOHN ORTEGA
Forma de Pago :
CONTADO BANCO - Medio de Pago: Efectivo $611,568.00

Observaciones Documento :
Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en sus efectos Juridicos y Legales a una Letra de Cambio conforme a los articulos 621, 773, 774 del C.C. NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIÓN. SOMOS INTERMEDIARIOS SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO 399 FEBRERO 27/1987 DECRETO 1512/85(RETEFUENTE) DECRETO 056 (RETEICA) DEL CONSEJO Y LEY 223 DEL 96(RETEIVA).

Código Único de Factura Electrónica:
f868210c850bfb05dbd1667d6f2f7b0603163cb948052525282bf7d22a7b0c0383313d0ab659f880fe6b63fe7d0aa494
Representación gráfica de la factura electrónica según decreto 2242 de 2015 articulo 3 parágrafo 1
DIAN Autoriza Numeración de Facturación Electrónica 18764082864821 de 2024-11-05 del FVET63 al FVET1000 con fecha de vencimiento 2025-11-05 plazo 12 meses
Fecha/Hora Generacion: 2025-06-10 - 11:19:35
Fecha/Hora Validacion: 2025-06-10 - 11:20:08
Cantidad de líneas: 1, Cantidad de Items: 1
Responsable de IVA
No somos Agente retenedor del impuesto sobre las ventas
Actividad Economica CIIU 1254-8745
Impreso por EL TURISTTA ZOMAC S.A.S Nit. 901454516-5

CONTADOR			FIRMA Y SELLO
ELABORO	ENTREGA	CONTABILIZO	C.C o Nit.

EL TURISTTA ZOMAC S.A.S

Nit. 901454516-5
CL 20 4 C 61 BRR BUENOS AIRES FLORENCIA

gerencia@elturistta.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-76
Fecha: 2025-06-10
Responsable de IVA

Nombre Cliente	Nit	Direccion	Telefono
SECCIONAL DE SANIDAD RISARALDA	900339410-8	AV VILLA OLIMPICA CL 94	3164770 -

Ciudad Cliente	Fecha Venc.	Forma de Pago	Vendedor	Referencia
PEREIRA	2025-07-10	CONTADO BANCO,	VARIOS	

Producto	Referencia	Cant.	Precio Unit.	%Iva	Vr Iva	Valor Total
VUELOS NACIONALES PEREIRA-BOGOTA-PEREIRA		1	$513,922.69	IVA 19%	$97,645.31	$513,922.69

SUBTOTAL	**$513,922.69**
IVA 19%	**$97,645.31**
TOTAL	**$611,568.00**

SON : SEISCIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Concepto : USUARIO GUILLERMO VILLALBA
Forma de Pago :
CONTADO BANCO - Medio de Pago: Efectivo $611,568.00

Observaciones Documento :
Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en sus efectos Juridicos y Legales a una Letra de Cambio conforme a los articulos 621, 773, 774 del C.C. NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIÓN. SOMOS INTERMEDIARIOS SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO 399 FEBRERO 27/1987 DECRETO 1512/85(RETEFUENTE) DECRETO 056 (RETEICA) DEL CONSEJO Y LEY 223 DEL 96(RETEIVA).

Código Único de Factura Electrónica:
3b2efb0664203e542c177ac801d1f703d05551289ec71a9e4db1ca18526e3ec72738b744c51c16bec8a52c40aaa439ff
Representación gráfica de la factura electrónica según decreto 2242 de 2015 articulo 3 parágrafo 1
DIAN Autoriza Numeración de Facturación Electrónica 18764082864821 de 2024-11-05 del FVET63 al FVET1000 con fecha de vencimiento 2025-11-05 plazo 12 meses
Fecha/Hora Generacion: 2025-06-10 - 11:20:50
Fecha/Hora Validacion: 2025-06-10 - 11:21:21
Cantidad de líneas: 1, Cantidad de Items: 1
Responsable de IVA
No somos Agente retenedor del impuesto sobre las ventas
Actividad Economica CIIU 1254-8745
Impreso por EL TURISTTA ZOMAC S.A.S Nit. 901454516-5

CONTADOR			FIRMA Y SELLO
ELABORO	ENTREGA	CONTABILIZO	C.C o Nit.

TRAVEL AND TOURISM

EL TURISTTA ZOMAC S.A.S

Nit. 901454516-5
CL 20 4 C 61 BRR BUENOS AIRES FLORENCIA

gerencia@elturistta.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-79

Fecha: 2025-07-02
Responsable de IVA

Nombre Cliente	Nit	Direccion	Telefono
SECCIONAL DE SANIDAD RISARALDA	900339410-8	AV VILLA OLIMPICA CL 94	3164770 -

Ciudad Cliente	Fecha Venc.	Forma de Pago	Vendedor	Referencia
PEREIRA	2025-08-01	CONTADO BANCO,	VARIOS	

Producto	Referencia	Cant.	Precio Unit.	%Iva	Vr Iva	Valor Total
VUELOS NACIONALES BOGOTA-PEREIRA		1	$484,729.41	IVA 19%	$92,098.59	$484,729.41

SUBTOTAL	**$484,729.41**
IVA 19%	**$92,098.59**
TOTAL	**$576,828.00**

SON : QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

Concepto : USUARIO MICHAEL JOHN ORTEGA
Forma de Pago :
CONTADO BANCO - Medio de Pago: Efectivo $576,828.00

Observaciones Documento :
Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en sus efectos Juridicos y Legales a una Letra de Cambio conforme a los articulos 621, 773, 774 del C.C.
NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIÓN. SOMOS INTERMEDIARIOS SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO 399 FEBRERO 27/1987 DECRETO 1512/85(RETEFUENTE) DECRETO 056 (RETEICA) DEL CONSEJO Y LEY 223 DEL 96(RETEIVA).

Código Único de Factura Electrónica:
339b1fb0c9bdd79acf585dd431680ba25525e37a71bd97d59215ca0eb5b4b2ed62ee2eb8ab11ed2a173db5a6d080fd1
Representación gráfica de la factura electrónica según decreto 2242 de 2015 articulo 3 parágrafo 1
DIAN Autoriza Numeración de Facturación Electrónica 18764082864821 de 2024-11-05 del FVET63 al FVET1000
con fecha de vencimiento 2025-11-05 plazo 12 meses
Fecha/Hora Generacion: 2025-07-02 - 16:51:26
Fecha/Hora Validacion: 2025-07-02 - 16:52:15
Cantidad de líneas: 1, Cantidad de Items: 1
Responsable de IVA
No somos Agente retenedor del impuesto sobre las ventas
Actividad Economica CIIU 1254-8745
Impreso por EL TURISTTA ZOMAC S.A.S Nit. 901454516-5

contador			FIRMA Y SELLO
ELABORO	ENTREGA	CONTABILIZO	C.C o Nit.

TRAVEL AND TOURISM

EL TURISTTA ZOMAC S.A.S

Nit. 901454516-5
CL 20 4 C 61 BRR BUENOS AIRES FLORENCIA

gerencia@elturistta.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-78
Fecha: 2025-07-02
Responsable de IVA

Nombre Cliente	Nit	Direccion	Telefono
SECCIONAL DE SANIDAD RISARALDA	900339410-8	AV VILLA OLIMPICA CL 94	3164770 -

Ciudad Cliente	Fecha Venc.	Forma de Pago	Vendedor	Referencia
PEREIRA	2025-08-01	CONTADO BANCO,	VARIOS	

Producto	Referencia	Cant.	Precio Unit.	%Iva	Vr Iva	Valor Total
VUELOS NACIONALES ARMENIA-BOGOTA		1	$474,715.97	IVA 19%	$90,196.03	$474,715.97

SUBTOTAL	**$474,715.97**
IVA 19%	**$90,196.03**
TOTAL	**$564,912.00**

SON : QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Concepto : USUARIO MICHAEL STEVEN OCAMPO
Forma de Pago :
CONTADO BANCO - Medio de Pago: Efectivo $564,912.00

Observaciones Documento :
Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en sus efectos Juridicos y Legales a una Letra de Cambio conforme a los articulos 621, 773, 774 del C.C.
NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIÓN. SOMOS INTERMEDIARIOS SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO 399 FEBRERO 27/1987 DECRETO 1512/85(RETEFUENTE) DECRETO 056 (RETEICA) DEL CONSEJO Y LEY 223 DEL 96(RETEIVA).

Código Único de Factura Electrónica:
5ee004a4e7b2f0a2ae83ed6c0c7c425b16b8c84849c77acead7cd1c78a56974564b1b80ea36d75727a10211b60ee06a
Representación gráfica de la factura electrónica según decreto 2242 de 2015 articulo 3 parágrafo 1
DIAN Autoriza Numeración de Facturación Electrónica 18764082864821 de 2024-11-05 del FVET63 al FVET1000
con fecha de vencimiento 2025-11-05 plazo 12 meses
Fecha/Hora Generacion: 2025-07-02 - 16:49:43
Fecha/Hora Validacion: 2025-07-02 - 16:50:55
Cantidad de lineas: 1, Cantidad de Items: 1
Responsable de IVA
No somos Agente retenedor del impuesto sobre las ventas
Actividad Economica CIIU 1254-8745
Impreso por EL TURISTTA ZOMAC S.A.S Nit. 901454516-5

contador			FIRMA Y SELLO
ELABORO	ENTREGA	CONTABILIZO	C.C o Nit.

TRAVEL AND TOURISM

EL TURISTTA ZOMAC S.A.S

Nit. 901454516-5
CL 20 4 C 61 BRR BUENOS AIRES FLORENCIA

gerencia@elturistta.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVET-80

Fecha: 2025-07-07
Responsable de IVA

Nombre Cliente	Nit	Direccion	Telefono
SECCIONAL DE SANIDAD RISARALDA	900339410-8	AV VILLA OLIMPICA CL 94	3164770 -

Ciudad Cliente	Fecha Venc.	Forma de Pago	Vendedor	Referencia
PEREIRA	2025-08-06	CONTADO BANCO,	VARIOS	

Producto	Referencia	Cant.	Precio Unit.	%Iva	Vr Iva	Valor Total
VUELOS NACIONALES PEREIRA-BOGOTA		1	$543,115.97	IVA 19%	$103,192.03	$543,115.97

SUBTOTAL	**$543,115.97**
IVA 19%	**$103,192.03**
TOTAL	**$646,308.00**

SON : SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS M/CTE

Concepto : USUARIO NORFY CASALAS
Forma de Pago :
CONTADO BANCO - Medio de Pago: Efectivo $646,308.00

Observaciones Documento :
Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en sus efectos Juridicos y Legales a una Letra de Cambio conforme a los articulos 621, 773, 774 del C.C. NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIÓN. SOMOS INTERMEDIARIOS SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO 399 FEBRERO 27/1987 DECRETO 1512/85(RETEFUENTE) DECRETO 056 (RETEICA) DEL CONSEJO Y LEY 223 DEL 96(RETEIVA).

Código Único de Factura Electrónica:
3e63ee2962154de78d5b2c8cfe8107ab906b615fb3f486a28d03585bc3d8f7bbd90e2069ff8aa3fa1d622051a7c8b068
Representación gráfica de la factura electrónica según decreto 2242 de 2015 articulo 3 parágrafo 1
DIAN Autoriza Numeración de Facturación Electrónica 18764082864821 de 2024-11-05 del FVET63 al FVET1000 con fecha de vencimiento 2025-11-05 plazo 12 meses
Fecha/Hora Generacion: 2025-07-07 - 11:28:28
Fecha/Hora Validacion: 2025-07-07 - 11:29:17
Cantidad de líneas: 1, Cantidad de Items: 1
Responsable de IVA
No somos Agente retenedor del impuesto sobre las ventas
Actividad Economica CIIU 1254-8745
impreso por EL TURISTTA ZOMAC S.A.S Nit. 901454516-5

CONTADOR			FIRMA Y SELLO
ELABORO	ENTREGA	CONTABILIZO	C.C o Nit.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141186856348

(415)7707212489984(8020) 000014118685634 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 4 5 4 5 1 6 5		Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona jurídica 1		

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
EL TURISTTA ZOMAC S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
EL TURISTTA	ETZ

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal
CR 11 13 83 CC MANHATTAN OF 210

42. Correo electrónico gerencia@elturistta.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 8 0 0 0 1	3 1 7 3 7 9 5 6 1 3	3 1 2 5 1 5 1 1 4 6

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
7 9 1 1	2 0 2 1 0 2 0 9	7 0 2 0	2 0 2 1 0 2 0 9			

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	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASTAÑEDA CASTAÑEDA GREISY LILIANA

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 17-06-2025 02:38:40PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141186856348

(415)7707212489984(8020) 000014118685634 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 4 5 4 5 1 6 5		Impuestos y Aduanas de Florencia	2 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	0 0 0 1	
73. Fecha	2 0 2 1 0 2 0 8	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 1 0 2 1 0	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 1 1 8 1 5 8	
78. Departamento	1 8	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 2 1 0 2 1 0	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	7 9	2 0 2 1 0 4 1 5		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141186856348

(415)7707212489984(8020) 000014118685634 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 4 5 4 5 1 6	5	Impuestos y Aduanas de Florencia	2 8	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 7 0 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	1 1 1 7 5 3 3 7 6 5		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CASTAÑEDA	CASTAÑEDA	GREISY	LILIANA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141186856348

(415)7707212489984(8020) 000014118685634 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 4 5 4 5 1 6	5	Impuestos y Aduanas de Florencia	2 8	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía	1 3 1 1 1 7 4 9 6 5 7 7		2 2 2 5 5 1 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
CANTILLO	CASALLAS	YON	JAVID

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 0 1 0 1

Martes, 10 de junio de 2025

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **EL TURISTTA ZOMAC SAS** identificado(a) con NIT. **901454516** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	847-000011-16	2021/11/04	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO

Florencia Caquetá, 02 de julio 2025

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE SALARIOS, SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES

Señores:
POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3
Pereira – Risaralda

Referencia: Proceso: **PN RASES N°3 MIC 022 2025**

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, GREISY LILIANA CASTAÑEDA CASTAÑEDA, identificado con cédula de ciudadanía N°. 1.117.533.765, en mi condición de Representante Legal de EL TURISTTA ZOMAC S.A.S identificada con Nit 9014545165, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de FLORENCIA - CAQUETÁ, certifico el pago de los siguientes aportes a mis empleados, correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de mi propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

Atentamente,

FIRMA: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: GREISY LILIANA CASTAÑEDA CASTAÑEDA
CC: 1.117.533.765
NOMBRE RAZÓN SOCIAL: EL TURISTTA ZOMAC S.A.S
NIT: 901454516-5

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901454516	5	EL TURISTTA ZOMAC S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cra 11 # 13 - 87 Centro	FLORENCIA-CAQUETA	4347117	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-07	87947843	9487947843	E	2025/07/04	2025/07/02	BANCO AV VILLAS	0	$698,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1117533765	CASTAÑEDA GREISY	230301	30	$1,423,500	$227,600	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF13	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
2	CC	1117534322	ORTIZ FABIAN	230301	30	$1,423,500	$227,600	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF13	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
Total	**Afillados(2)**					$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$15,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$455,600	$0	$0	$455,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$15,000	$0	$0	$15,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$15,000	$0	$0	$15,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$114,000	$0	$0	$114,000
COMFACA	CCF13	891,190,047	2	2	$114,000	$0	$0	$114,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$114,000	$0	$0	$114,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$114,000	$0	$0	$114,000
TOTAL				2	$698,600	$0	$0	$698,600

2025/07/02 03:58 PM