PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLON DE INFANTERIA N° 39 "SUMAPAZ"

Al contestar, cite este número

Radicado No. **20258420253535 73**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR13-BISUM-ESM -29.25
Fusagasugá-Cundinamarca, 19 de agosto de 2025

Señor **Mayor**
WILMER MANUEL RICO ALBARRACIN
Ordenador del Gasto Dispensario Médico Tolemaida
kilómetro 3 vía Melgar Girardot

ASUNTO: Octavo informe de Supervisión de SERVICIOS DE ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA IPS SAS Contrato 156 Vigencia 2025

Respetuosamente me permito enviar a la Señor Mayor Wilmer Manuel Rico Albarracín, Ordenador del gasto del Dispensario Médico Tolemaida, el octavo informe de supervisión de odontología general y especializada Sonrisa sana IPS SAS con cargo al contrato vigencia 2025 Así:

No	NUMERO DE CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO CONTRACTUAL	VALOR INICIAL CONTRATO	VR. INFORME DE SUPERVISION
8	156	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA IPS SAS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS ODONTOLOGICAS CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL 10 – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATELITES.	$ 65.000.000,00	$ 5.975.321

Lo anterior para los fines pertinentes.

Atentamente,

SMSM. DORIS TRUJILLO ARTUNDUAGA
Supervisora Contrato No. 156 DMTOL-2025

PATRIA HONOR LEALTAD

Kilómetro 4 vía panamericana vereda la venta Fusagasugá vía Melgar.
Correo Electrónico bisum_esm@hotmail.com

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO	INFORME DE SUPERVISION N° 8	
	FECHA INFORME:	19 DE AGOSTO DEL 2025
CONTRATO Y/O ACUERDO N° 156-DMTOL-2025	FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:	18 DE MARZ0 DE 2025

1: INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL 10-DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATELITES VIGENCIA 2025"

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ODONTOLOGIA GENERALY ESPECIALIZADA SORISA SANA IPS	NIT: 900281185-3	CUENTA CORRIENTE BANCO DAVIVIENDA N 356069995591

PLAZO DE EJECUCIÓN:	30-nov-25		LUGAR DE ENTREGA:	DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	
VALOR DEL CONTRATO VIGENCIA 2025 ESM FUSAGASUGA:	$ 65.000.000,00		EN LETRAS: SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE		
CXP	No.	SERVICIOS 2%	$	I.C.A.	$
OBLIGACION	No.	COMPRAS	$	R. I.V.A 15%	$

FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE PAGARA AL CONTRATISTA EL VALOR DEL CONTRATO, dentro de los 60 dias siguientes a la entrega de los servicios, previa facturacion y suscripcion de las actas de recibo con el visto bueno del supervisor del contrato, de acuerdo a las facturas, las cuales se cancelaran dentro de los treinta (30) dias habiles siguientes a la presentacion de la factura comercial en la oficina de presupuesto del DMTOL. asi mismo presentar el pago de parafiscales certificado por el gerente y/o contador, en caso de ser firmado por el contador, este debe presentarse con copia de la cedula, tarjeta profesional y certificacion vigente de la Junta Central de Contadores y el cumplimiento a los tramites administrativos a que haya lugar, expedicion de la obligacion y orden de pago del SIIF y una vez se encuentre aprobado el Programa Anual Mensualizado de la caja "PAC" y la situacion de los dineros por parte de la Direccion del Tesoro Nacional, contra las prestaciones del servicio requeridas por parte del establecimiento de sanidad militar DMTOL del Ejercito y demas tramites administrativos a que haya lugar.Los requisitos previos al pago que se deben cumplir son los siguientes:

a. Debera radicar la factura comercial con los soportes legales y tecnicos cuando haga la entrega de los bienes, en la Jefatura de Presupuesto del DMTOL del Ejercito.

b. La factura comercial debera cumplir con los requisitos señalados en el estatuto tributario.

c. La factura debera venir acompañada de la siguiente informacion: fecha de entrega de los bienes, factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, numero de contrato contra el cual se facturan los bienes entregados, recibo a satisfaccion expedido por el supervisor del contrato.

2: RESUMEN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°:17425	FECHA:	30-ene-25	VALOR: $ 65.000.000.00
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 18725	FECHA:	25-mar-25	VALOR: $ 65.000.000.00

3: MODIFICATORIOS

4: RELACION DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

ITEM	FECHA INGRESO PACIENTE	PREFIJO	FACTURA	VALOR FRA ORIGINAL	VALOR INFORME A PAGAR FACTURA
1	29-07-2025	SSG	132577	$ 38.000	$ 38.000
2	29-07-2025	SSG	132578	$ 288.000	$ 288.000
3	29-07-2025	SSG	132579	$ 43.500	$ 43.500
4	29-07-2025	SSG	132580	$ 242.088	$ 242.088
5	29-07-2025	SSG	132581	$ 295.000	$ 295.000
6	29-07-2025	SSG	132582	$ 295.000	$ 295.000
7	31-07-2025	SSG	132583	$ 233.875	$ 233.875
8	31-07-2025	SSG	132584	$ 121.161	$ 121.161
9	30-07-2025	FUSA	3990	$ 43.500	$ 43.500
10	30-07-2025	FUSA	3991	$ 38.000	$ 38.000
11	30-07-2025	FUSA	3992	$ 590.000	$ 590.000
12	30-07-2025	FUSA	3993	$ 242.322	$ 242.322
13	30-07-2025	FUSA	3994	$ 144.000	$ 144.000
14	30-07-2025	FUSA	3995	$ 295.000	$ 295.000
15	30-07-2025	FUSA	3996	$ 38.000	$ 38.000
16	30-07-2025	FUSA	3997	$ 295.000	$ 295.000
17	30-07-2025	SSMM	14061	$ 935.500	$ 935.500
18	30-07-2025	SSMM	14062	$ 701.625	$ 701.625
19	30-07-2025	SSMM	14063	$ 467.750	$ 467.750
20	30-07-2025	SSMM	14064	$ 38.000	$ 38.000
21	30-07-2025	SSMM	14066	$ 295.000	$ 295.000
22	30-07-2025	SSMM	14068	$ 295.000	$ 295.000
				$ 5.975.321,00	**$ 5.975.321,00**

En Fusagasugá (Cundinamarca), el día de 2025, la Señora SMSM. DORIS CLAUDIA TRUJILLO ARTUNDUAGA, en su calidad de supervisora, rinde el correspondiente informe de los servicios prestados a satisfacción en cumplimiento al objeto contractual descrito en el correspondiente contrato. Acorde a lo verificado previamente por la empresa de auditoria de cuentas Audintegral S.A. y

El supervisor informa que las obligaciones contractuales se cumplieron en totalidad a tiempo entre el objeto contratado y los SERVICIOS recibidos, por esta razón no se realiza observación sobre los Servicios que se recibieron establecida por el contrato de conformidad por parte de la empresa.

5: RESUMEN DE POLIZAS

COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO	POLIZA DE CUMPLIMIENTO: 14-44-101206420 RCE: N°. 14-40-101063541		

AMPAROS CUBIERTOS	PORCENTAJES AMPAROS CUBIERTOS	VALOR	DESDE	HASTA
CALIDAD DEL SERVICIO	20%	$ 13.000.000	18-mar-25	31-mar-26
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	5%	$ 284.000.000	18-mar-25	31-11-2025
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	20%	$ 13.000.000	18-mar-25	31-mar-26

FECHA DE EXPEDICION DE LAS POLIZAS: 18-03-2025	FECHA EXPEDICION POLIZA RCE: 31-11-2025

6: BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	V/R CONTRATO	V/R CANCELADO	AUTORIZADO	SALDO
V/R CONTRATO 156-2025	$ 95.000.000,00		$ 95.000.000,00	$ 95.000.000,00
INFORME No. 1		$ 29.279.938,00	$ 29.279.938,00	$ 65.720.062,00
INFORME No. 2		$ 20.977.433,00	$ 20.977.433,00	$ 44.742.629,00
INFORME No. 3		$ 24.392.959,00	$ 24.392.959,00	$ 20.349.670,00
INFORME No. 4		$ 4.425.286,00	$ 4.425.286,00	$ 15.924.384,00
INFORME No. 5		$ 5.581.512,00	$ 5.581.512,00	$ 10.342.872,00
INFORME No. 6		$ 457.161,00	$ 457.161,00	$ 9.885.711,00
INFORME No. 7		$ 1.683.572,00	$ 1.683.572,00	$ 8.202.139,00
INFORME No. 8		$ 5.975.321,00	$ 5.975.321,00	$ 2.226.818,00
TOTAL	$ 95.000.000,00	$ 92.773.182,00	$ 92.773.182,00	$ 2.226.818,00
% DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO	98%	% DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO		98%
		% DE EJECUCION POR INFORMES PRESENTADOS		100%

8: PAGOS EFECTUADOS

CONCEPTO DE PAGO Y FECHA:		VALOR PAGADO EN EL MES:	

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS ODONTOLOGICAS CON DESTINO A LOS USUARIOSDE LA REGIONAL 10-DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDAY SUS SATELITES"

7.1. BALANCE GENERAL CONTRATO	DEBE	HABER
V/R. CONTRATO 156-2025	$ 65.000.000,00	$ -
PRIMERA ADICION	$ 30.000.000,00	$ -
REDUCCION PRESUPUESTO	$ -	$ -
VALOR FACTURADO	$ -	$ 92.773.182,00
VALOR CONTRATO VIGENCIA FUTURA	$ -	$ -
VALOR SALDO CONTRATO	$ -	$ 2.226.818,00
SUMAS IGUALES	$ 95.000.000,00	$ 95.000.000,00

7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION

ITEM	DESCRIPCION	ACTA	FECHA	ENTRADA DE ALMACEN	VALOR ENTREGADO
1	INFORME No. 1	1	19/05/2025	N/A	$ 29.279.938,00
2	INFORME No. 2	2	24/06/2025	N/A	$ 20.977.433,00
3	INFORME No. 3	3	09/07/2025	N/A	$ 24.392.959,00
4	INFORME No. 4	4	24/07/2025	N/A	$ 4.425.286,00
5	INFORME No. 5	5	06/08/2025	N/A	$ 5.581.512,00
6	INFORME No. 6	6	06/08/2025	N/A	$ 457.161,00
7	INFORME No. 7	7	12/08/2025	N/A	$ 1.683.572,00
8	INFORME No. 8	8	19/08/2025	N/A	$ 5.975.321,00
					$ 92.773.182,00
				PORCENTAJE EJECUCIÓN FÍSICA %	98%

8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 156 DEL **19 DE AGOSTO 2025** SE RECIBIO LOS SIGUIENTES LOTES DE FACTURAS AUDITADAS POR LA EMPRESA AUDITOOL.

LOTES: CA000000050

9. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO

EJECUCIÓN FINANCIERA **66%** EJECUCIÓN FISICA **98%**

10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

ITEM	FECHA INGRESO PACIENTE	PREFIJO	FACTURA	VALOR FRA ORIGINAL	VALOR GLOSA
				TOTAL GLOSA	$ -

10. ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS PARAFISCALES APORTADOS POR EL CONTRATISTA

SMSM. DORIS TRUJILLO ARTUNDUAGA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900281185-3	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA	CALLE 20 NO. 7 A -51	8884901	endoluisa@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	28/07/2025	88487180	$7.855.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	399.000	0		0		0	10	2.500	0	401.500	7
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	155.600	0		0		0	10	1.000	0	156.600	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	380.800	0		0		0	10	2.400	0	383.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	161.900	0		0		0	10	1.100	0	163.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	71.700	0		0		0	10	500	0	72.200	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	64.000	0		0		0	10	400	0	64.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	10	1.500	0	229.300	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.395.000	0	0	0	0	10	8.700	0	1.403.700	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.307.200	0	0	47.600	47.600	10	20.600	600	3.423.600	7

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	314.900				314.900	10	2.000	316.900			3.149	316.900	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.233.000	10	7.700	1.240.700	14

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900281185-3	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA		CALLE 20 NO. 7 A -51	8884901	endoluisa@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	GIRARDOT		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	28/07/2025	88487180	$7.855.100	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	1.233.000	1.240.900
Pensión	3	5.025.200	5.056.600
Riesgos Laborales	1	314.900	316.900
CCF	1	1.233.000	1.240.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	7.806.100	7.855.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900281185-3	ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA		CALLE 20 NO. 7 A -51	8884901	endoluisa@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	28/07/2025	88487180	$7.855.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010005312	CASTRO JIMENEZ MARIA CAMILA	1	0			S																	25-14	1.792.000	286.800	0	0	0	0	EPS037	1.792.000	71.700	14-29	1.792.000	2	18.800	CCF24	1.792.000	71.700	0	0	0	0	0
2	CC	1010014115	RODRIGUEZ CORRECHA MARIA ALEJANDRA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	2	14.900	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1017250785	ALDANA URREGO JUAN MATEO	1	0			S																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS041	1.600.000	64.000	14-29	1.600.000	2	16.800	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
4	CC	1020804759	CASTRO JIMENEZ DIEGO FERNANDO	1	0			S																	25-14	2.464.000	394.300	0	0	0	0	EPS005	2.464.000	98.600	14-29	2.464.000	2	25.800	CCF24	2.464.000	98.600	0	0	0	0	0
5	CC	1030547220	PUENTES MAYORGA YUDYTH HASLEIDY	1	0			S																	25-14	2.621.600	419.500	0	0	0	0	EPS017	2.621.600	104.900	14-29	2.621.600	2	27.400	CCF24	2.621.600	104.900	0	0	0	0	0
6	CC	1069719253	AVENDAÑO SARMIENTO VIRGINIA	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	2	14.900	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	1070613277	GONZALEZ MENDOZA CAROLINA	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	2	14.900	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
8	CC	1108456700	GALEANO MORALES NUBIA EMILIANI	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	2	14.900	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
9	CC	1108457576	RIVERA USMA KAREN	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	2	14.900	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
10	CC	28732749	BARRIOS DUQUE MARTHA INES	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	2	14.900	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
11	CC	39554335	LOZADA RAMIREZ CARMEN	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
12	CC	39562147	JIMENEZ MONROY LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	9.520.000	1.523.200	0	0	47.600	47.600	EPS008	9.520.000	380.800	14-29	9.520.000	2	99.400	CCF24	9.520.000	380.800	0	0	0	0	0
13	CC	39572761	CIFUENTES SUAREZ ANGELA MILENA	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	2	14.900	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
14	CC	39581718	CUBILLOS DEVIA YINI JOHANNA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-29	1.423.500	2	14.900	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5 0 9 F F 8 E F 4 B 7 0 1 F 2 4

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LUZ ENITH PINZON GUTIERREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 65754806 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 89125-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *
* *
* *

Dado en BOGOTA a los 25 días del mes de Junio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL (E)

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.754.806**

PINZON GUTIERREZ

APELLIDOS

LUZ ENITH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-1971**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-SEP-1990 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00206698-F-0065754806-20091229 **00194**71987A 1 6370525718

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

89125-T



LUZ ENITH
PINZON GUTIERREZ
C.C. 65754806
RES. INSCRIPCION 160 DEL 31/10/2002
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

296231 **98450**

Identificación Plástica S.A. 180942/0119

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

