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. **2025842039553283**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV05-BR13-BISUM-ESM -29.25

Fusagasugá-Cundinamarca, 17 de diciembre de 2025

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

ASUNTO: Onceavo informe de supervisión de SERVICIOS DE ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA IPS SAS Contrato 199 Vigencia 2025

Respetuosamente me permito enviar a la Señor Mayor Wilmer Manuel Rico Albarracin, Ordenador del gasto del Dispensario Médico Tolemaida, el Onceavo 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
11	199	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.	$ 60.000.000,00	$ 5.683.616

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 Nº 11	
	FECHA INFORME:	17 DE DICIEMBRE DE 2025
CONTRATO Y/O ACUERDO Nº 199 -2025	FECHA SUSCRIPCION CONTRATO	20 DE AGOSTO DE 2025

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA SONRISA SANA IPS	NIT: 900281185-3	CUENTA CORRIENTE BANCO DAVIVIENDA N 35000000591

PLAZO DE EJECUCIÓN:	30-nov-25		LUGAR DE ENTREGA:	DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	
VALOR DEL CONTRATO VIGENCIA 2024 2025 [illegible]	$ 60.000.000,00		EN LETRAS: SESENTA MILLONES DE PESOS MCTE		
CXP		RETENCION 3%		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 su 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 Nº: 20325	FECHA:	30-jul-25	VALOR: $ 60.000.000,00
REGISTRO PRESUPUESTAL Nº: 27925	FECHA:	1-sep-25	VALOR: $ 60.000.000,00

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	09-12-2025	SSG	133947	$ 295.000	$ 295.000
2	09-12-2025	SSG	133991	$ 144.000	$ 144.000
3	09-12-2025	SSG	133998	$ 144.000	$ 144.000
4	09-12-2025	SSG	134000	$ 295.000	$ 295.000
5	11-12-2025	FUSA	4349	$ 38.000	$ 38.000
6	11-12-2025	FUSA	4350	$ 295.000	$ 295.000
7	11-12-2025	FUSA	4351	$ 290.000	$ 290.000
8	11-12-2025	FUSA	4398	$ 295.000	$ 295.000
9	11-12-2025	FUSA	4399	$ 290.000	$ 290.000
10	11-12-2025	FUSA	4400	$ 295.000	$ 295.000
11	10-12-2025	SSG	133995	$ 144.000	$ 144.000
12	10-12-2025	SSG	133999	$ 38.000	$ 38.000
13	10-12-2025	SSG	134025	$ 68.900	$ 68.900
14	10-12-2025	SSG	134029	$ 38.000	$ 38.000
15	11-12-2025	SSG	134027	$ 53.591	$ 53.591
16	11-12-2025	SSG	134028	$ 38.000	$ 38.000
17	11-12-2025	SSG	134029	$ 233.875	$ 233.875
18	11-12-2025	SSG	134030	$ 38.000	$ 38.000
19	11-12-2025	SSG	134031	$ 467.750	$ 467.750
20	11-12-2025	SSMM	14318	$ 295.000	$ 295.000
21	11-12-2025	SSMM	14319	$ 295.000	$ 295.000
22	11-12-2025	SSMM	14320	$ 295.000	$ 295.000
23	11-12-2025	SSMM	14321	$ 935.500	$ 935.500
24	11-12-2025	SSMM	14322	$ 144.000	$ 144.000
25	11-12-2025	SSMM	14323	$ 290.000	$ 290.000
				$ 5.683.614	$ 5.683.613

En Fusagasuga (Cundinamarca) el dia 17 de Diciembre 2025, la Señora SMSM DORIS CLAUDIA TRUJILLO ARTUNDUAGA, en su calidad de supervisora, rinde el correspondiente informe de los servicios prestados a satisfaccion en cumplimiento al objeto contractual descrito en el correspondiente contrato. Acorde a lo verificado previamente por la empresa de auditoria de cuentas Auditegral S.A. y lo autorizado por la Auditora concurrente Enfermera Jefe Contratada por el DMTOL

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 observacion sobre los Servicios que se recibieron establecido por el contrato de conformidad por parte de la empresa

5. RESUMEN DE POLIZAS

COMPAÑIA ASEGURADORA: ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO		POLIZA DE CUMPLIMIENTO: 25-44-101205144 RCE: Nº. 25-40-101054577		
AMPAROS CUBIERTOS	PORCENTAJES AMPAROS CUBIERTOS	VALOR	DESDE	HASTA
CALIDAD DEL SERVICIO	20%	$ 12.000.000	20-ago-25	31-may-26
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	5%	$ 284.700.000	20-ago-25	30-nov-25

CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	20%	$ 12.000.000	20-ago-25	31-may-26

FECHA DE EXPEDICION DE LAS POLIZAS: 20-08-2025	FECHA EXPEDICION POLIZA RCE: 20-08-2025

6. BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VR CONTRATO	VR CANCELADO	AUTORIZADO	SALDO
VR CONTRATO 199 2025	$ 60.000.000,00		$ 60.000.000,00	$ 60.000.000,00
INFORME No. 1		$ 1.795.940,00	$ 1.795.940,00	$ 58.204.060,00
INFORME No. 2		$ 1.404.821,00	$ 1.404.821,00	$ 56.799.239,00
INFORME No. 3			$ 628.000,00	$ 56.171.239,00
INFORME No. 4			$ 1.515.197,00	$ 1.515.197,00
INFORME No. 5			$ 5.292.538,00	$ 5.292.538,00
INFORME No. 6			$ 3.602.908,00	$ 3.602.908,00
INFORME No. 7			$ 1.849.181,00	$ 1.849.181,00
INFORME No. 8			$ 1.443.000,00	$ 1.443.000,00
INFORME No. 9			$ 21.849.840,00	$ 21.849.840,00
INFORME No. 10			$ 951.722,00	$ 951.722,00
INFORME No. 11			$ 5.681.616,00	$ 5.681.616,00
TOTAL	$ 60.000.000,00	$ 3.200.761,00	$ 46.116.563,00	$ 13.883.437,00
% DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO	77%	% DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO		77%
		% DE EJECUCION POR INFORMES PRESENTADOS		77%

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 IMAGENES DIAGNOSTICAS ODONTOLOGICAS CON DESTINO A LOS USUARIOS DE LA REGIONAL 10 DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATELITES"

7.1. BALANCE GENERAL CONTRATO	DEBE	HABER
VR. CONTRATO 199 2025	$ 60.000.000,00	$ -
PRIMERA ADICION	$ -	$ -
REDUCCION PRESUPUESTO	$ -	$ -
VALOR FACTURADO	$ -	$ 46.116.563,00
VALOR CONTRATO VIGENCIA FUTURA	$ -	$ -
VALOR SALDO CONTRATO	$ -	$ 13.883.437,00
SUMAS IGUALES	$ 60.000.000,00	$ 60.000.000,00

7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION

ITEM	DESCRIPCION	ACTA	FECHA	ENTRADA DE ALMACEN	VALOR ENTREGADO
1	INFORME No. 1	1	25/09/2025	N/A	$ 1.795.940,00
2	INFORME No. 2	2	29-09-2025	N/A	$ 1.404.821,00
3	INFORME No. 3	3	08/10/2025	N/A	$ 628.000,00
4	INFORME No. 4	4	16/10/2025	N/A	$ 1.515.197,00
5	INFORME No. 5	5	20/10/2025	N/A	$ 5.292.538,00
6	INFORME No. 6	6	20/10/2025	N/A	$ 3.602.908,00
7	INFORME No. 7	7	14/11/2025	N/A	$ 1.849.181,00
8	INFORME No. 8	8	19/11/2025	N/A	$ 1.443.000,00
9	INFORME No. 9	9	09/12/2025	N/A	$ 21.849.840,00
10	INFORME No. 10	10	15/12/2025	N/A	$ 951.722,00
11	INFORME No. 11	11	17/12/2025	N/A	$ 5.681.616,00
					$ 46.116.563,00
				PORCENTAJE EJECUCION FISICA %	77%

8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 199 DEL DE DICIEMBRE DE 2025 SE RECIBIO LOS SIGUIENTES LOTES DE FACTURAS AUDITADAS POR LA EMPRESA AUDITOOL

LOTES AD000040049

9. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO

EJECUCIÓN FINANCIERA 0% EJECUCIÓN FISICA 77%

10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

ITEM	FECHA INGRESO PACIENTE	PREFIJO	FACTURA	VALOR FRA ORIGINAL	VALOR GLOSA
				TOTAL GLOSA	#REF!

13. 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	secretaria@sonrisasanaips.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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	14/11/2025	91365937	$3.599.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	98.600	0		0		0	24	1.500	0	100.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	380.800	0		0		0	24	5.700	0	386.500	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	71.700	0		0		0	24	1.100	0	72.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.204.300	0	0	47.600	47.600	24	32.900	1.600	2.334.000	3

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	144.000				144.000	24	2.200	146.200			1.440	146.200	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	551.100	24	8.300	559.400	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	24	0	0	0
ICBF				
0	24	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	3	551.100	559.400
Pensión	1	2.299.500	2.334.000
Riesgos Laborales	1	144.000	146.200
CCF	1	551.100	559.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	3.545.700	3.599.000

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	8864901	secretaria@sonrisasanaips.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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	14/11/2025	91365937	$3.599.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el 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	16.800	CCF24	1.792.000	71.700	0	0	0	0	0
2	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
3	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

PAGADA

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

509FF8EF4B701F24

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 SANCHEZ TORRES

A [illegible] **00194** [illegible] [illegible]

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 Pública 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.