

2025 12 30 52,335,570.05

INNOVA MEDICAL IPS SAS

CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA CON 4

CENTAVOS

CB 529
Sistemas CitiSalud SAS



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MESITAS DEL COLEGIO
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Nit: 860020094

COMPROBANTE DE EGRESO NO: 36171

DETALLE DE LA CAUSACION

| Num Doc | Descripción | Prefijo | Fecha | ValorTotal |
|---------------|--|----------|---------------------|-------------------|
| 39845 | SERV PROFESIONALES TERAPIA FISICA DICIEMBRE | INME - 1 | 29/12/2025 00:00:00 | 21,617,377 |
| 39862 | SERV PROFESIONALES TERAPIA FISICA DICIEMBRE 2025 | INME - 2 | 29/12/2025 00:00:00 | 39,237,937 |
| Total: | | | | 60,855,314 |

DETALLE RETENCIONES

| Concepto | DesConcepto | Base Retención | % | Valor |
|---------------|------------------------------------|----------------|---|---------------------|
| 1892 | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000 | 21617377 | | 108,086.88 |
| 1892 | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000 | 39237937 | | 196,189.68 |
| 2008 | 24402401 TASA PRO-DEPORTE | 21617377 | | 540,434.43 |
| 2008 | 24402401 TASA PRO-DEPORTE | 39237937 | | 980,948.42 |
| 369 | 24360302 HONORARIOS DECLARANTE 11% | 21617377 | | 2,377,911.47 |
| 369 | 24360302 HONORARIOS DECLARANTE 11% | 39237937 | | 4,316,173.07 |
| Total: | | | | 8,519,743.95 |

DETALLE CONTABILIDAD

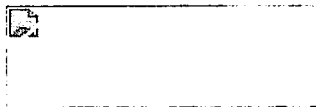
| Cuenta | Descripción | Débito | Crédito |
|---------------|--|----------------------|----------------------|
| 11100501 | DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006 | 0 | 52,335,570.05 |
| 24905501 | SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS | 52,335,570.05 | 0 |
| Total: | | 52,335,570.05 | 52,335,570.05 |

DETALLE PRESUPUESTO

| Giro | Compromiso | Contrato | CRP | CDP | Rubro | Descripción | Valor |
|---------------|------------|----------|------|------|-------------------|---|-------------------|
| 2878 | 3218 | 529 | 1087 | 1076 | 2.4.5.02.09.01.01 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES | 21,617,377 |
| 2878 | 3235 | 529 | 1087 | 1076 | 2.4.5.02.09.01.01 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES | 39,237,937 |
| Total: | | | | | | | 60,855,314 |

DETALLE DEL EGRESO

PAGO SERV PROFESIONALES TERAPIA FISICA NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2025



Preparado

Revisado

Aprobado

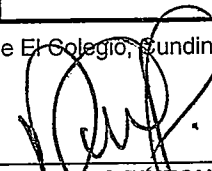


Tesorería



REGION DE SALUD
CENTRO

CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato

| | |
|--|---|
| N° DEL CONTRATO | 529 |
| CONTRATISTA | INNOVA MEDICAL IPS SAS |
| IDENTIFICACION: | 901847347 |
| FECHA DE SUSCRIPCION: | 27/10/2025 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN REHABILITACION Y TERAPIA (TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGÍA) PARA LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO Y PUESTOS DE SALUD. |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | \$ 90.000.000 |
| PLAZO INICIAL: | 66 DIAS |
| FECHA DE INICIO: | 27/10/2025 |
| FECHA DE TERMINACION INICIAL: | 31/12/2025 |
| TIEMPO DE PRORROGA | |
| ADICION EN VALOR | |
| FECHA TERMINACION: | |
| MES PAGADO | FECHA DE PAGO: |
| | |
| Certificación de pago seguridad social y parafiscales | FECHA DE CERTIFICACION:01/DICIEMBRE/2025 |
| El coordinador del área CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de <u>NOVIEMBRE</u> DICIEMBRE | |
| Que razón a dicha ejecución, el valor correspondiente a pagar es de VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS \$ (21,617,377) | |
| Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato. | |
| Informe de pago | SI |
| Planilla de Seguridad Social | SI |
| Factura -Cuenta de cobro | SI |
| Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de DICIEMBRE 2025 | |
|  DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA SUPERVISOR | |
| Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co | |





Tercero: 901847347 - 4 - INNOVA MEDICAL IPS SAS

Autorretenedor: NO

Factura: 1

Regimen: Comun

Contribuyente: NO

Prefijo: INME

No. Contrato: 529

I.C.A: ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL

Fecha Factura: 29/12/2025

Fecha: 29/12/2025

Fecha Vence: 29/01/2026

Descripción: SERV PROFESIONALES TERAPIA FISICA DICIEMBRE

Valor en Letras: VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE

CONCEPTOS

| TTercero | DesTTercero | Concept | Descripción CXP | Iva | Descripción IVA | Valor |
|----------|---|---------|---|-----|-----------------|---------------|
| | | 1892 | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000 | | | 108,086.88 |
| | | 2008 | 24402401 TASA PRO-DEPORTE | | | 540,434.43 |
| | | 230 | 73010201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - URGENCIAS | | | 21,617,377 |
| | | 369 | 24360302 HONORARIOS DECLARANTE 11% | | | 2,377,911.47 |
| 65 | 24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS | | | | | 18,590,944.22 |

DETALLE CONTABLE

| Cuenta | DesCuenta | Lugar | UFuncional | CCostos | Nit | Debito | Credito |
|----------|---|-------|------------|---------|---------------|-------------------|-------------------|
| 73010201 | REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS | 01 | 01 | 010101 | 901847347 | 21,617,377 | 0 |
| 24905501 | SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS | | | | 901847347 | 0 | 18,590,944.22 |
| 24362707 | RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil | | | | 901847347 | 0 | 108,086.88 |
| 24402401 | TASAS - PRO DEPORTE | | | | 901847347 | 0 | 540,434.43 |
| 24360302 | HONORARIOS 11% | | | | 901847347 | 0 | 2,377,911.47 |
| | | | | | Total: | 21,617,377 | 21,617,377 |

Cancelado: 0
Saldo Actual: 18,590,944.22

DETALLE PRESUPUESTAL

| Disponibilidad | Registro | Obligación | Lugar | Rubro | Descripción | Valor |
|----------------|-----------|------------|-------|-------------------|---|-------------------|
| 99 - 1076 | 91 - 1087 | 83 - 3218 | 01 | 2.4.5.02.09.01.01 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES | 21,617,377 |
| | | | | | Total: | 21,617,377 |

Elaboró:

Presupuesto

Contador

Gerente

Espacio para
Logo Corporativo

INNOVA MEDICAL IPS SAS
NIT 901.847.347-4
CL 168 65 67 ET 2 OF 5
Tel: 3213510989 - Ext. undefined
Bogotá - Colombia
innovamedical.ips@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. INME 1

Señores E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO
CUNDINAMARCA
NIT 860.020.094-8 Teléfono (57) 3107845183 - Ext. 000
Dirección AV MEDIANA N° 6 - 06 Ciudad El Colegio - Colombia

Fecha y hora Factura
Generación 01/12/2025, 14:40
Expedición 01/12/2025, 14:44
Vencimiento 01/12/2025

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|------|---|----------|---------------|
| 1 | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN REHABILITACION Y TERAPIA (TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLÓGIA) PARA LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO Y PUESTOS DE SALUD DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2025 | 1.00 | 21,617,377.00 |

Total ítems: 1

Total Bruto 21,617,377.00

Valor en Letras:

Veintiun millones seiscientos diecisiete mil trescientos setenta y siete pesos m/cte

Total a Pagar 21,617,377.00

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2025-12-01 por \$ 21,617,377.00

Observaciones:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 529 DE 2025
REALIZAR TRANSFERENCIA A LA CUENTA DE AHORROS N° 108900717639 DEL BANCO DAVIVIENDA A
NOMBRE DE INNOVA MEDICAL IPS SAS S A S CON NIT 901.847.347-4

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764100563659 aprobado en 20251023 prójeto INME desde el número 1 al 100 Vigencia: 24 Meses Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 10
CUFE: c9c5061456c45f92ae50cbf770cd31b0d34646b5c46f85d1bcb93ba1f8b87b6aa4b4a308771156df876263e0f5f643d8

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sigo SAS - Nit.830.048.145-B. Nombre Software: Sigo Nube. Firma electrónica ver en el XML



**E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen
De El Colegio Cundinamarca
NIT: 860.020.094-8**

Diciembre 23 de 2025

**EL SUSCRITO COORDINADOR DE FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL
NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO**

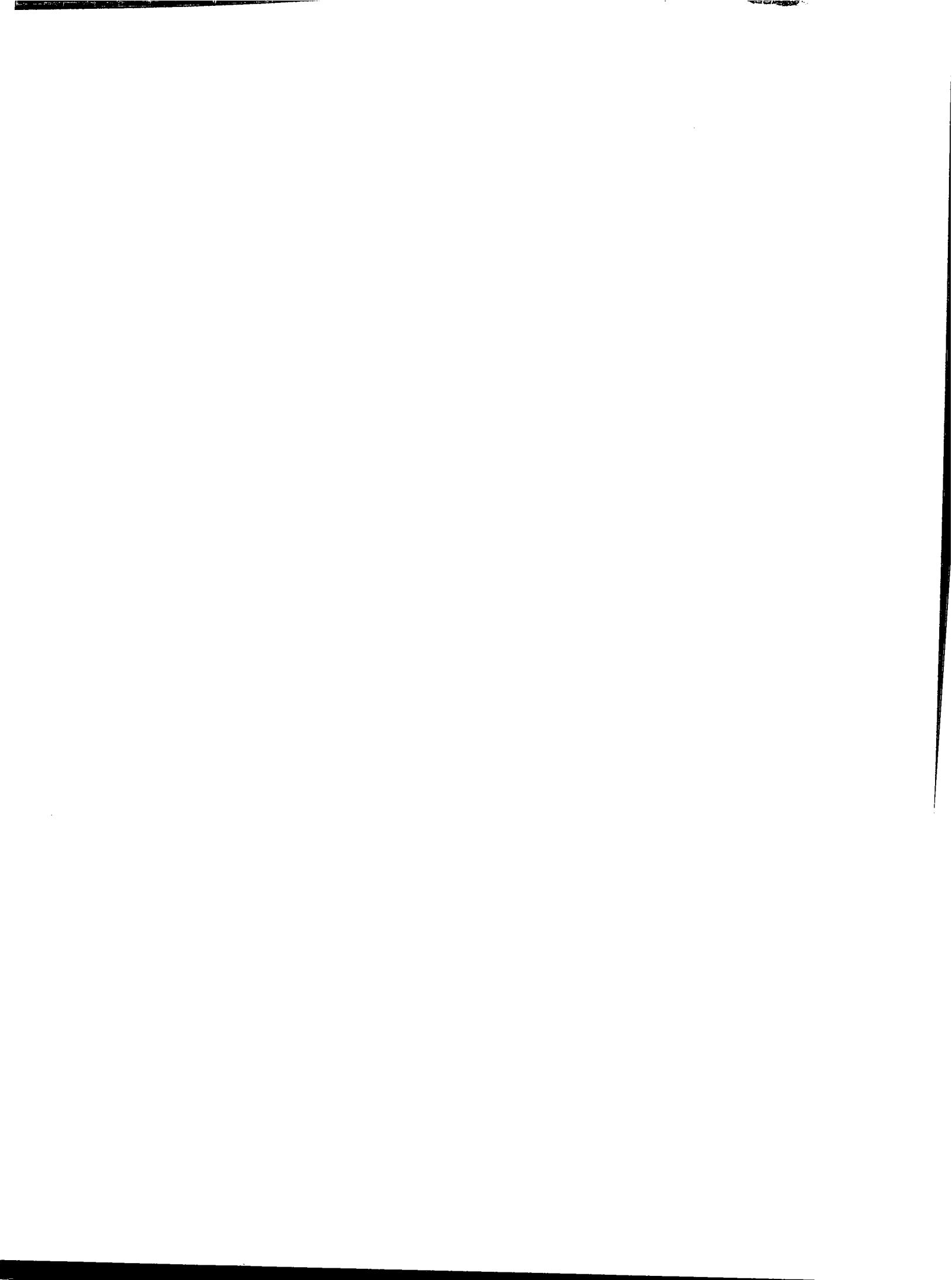
CERTIFICA:

Que INNOVA MEDCAL IPS SAS, NIT 901.847.347-4 presento factura Electrónica INME 1 por valor de COP 21.617.377 correspondiente a los servicios prestados en REHABILITACION Y TERAPIA de noviembre 2025, CUMPLE con la entrega de los soportes correspondientes a la facturación según relación de actividades adjuntas.

En constancia firma

Hugo Ibañez
HUGO ERNESTO IBÁÑEZ GUTIÉRREZ
CC. 1.075.625.621
COORDINACION FACTURACION

📞 Celular: 3107823161
📍 Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06
✉ Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co





E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN

Código

SUB-F1

Versión

V01-2024

| INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|--|--|----------------|---|-----------|----------------|--------|----|
| ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | | | | | | | |
| INFORMACIÓN BÁSICA | | | | | | | |
| PERIODO DEL INFORME | DICIEMBRE 2025 | | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. | | 529 de 2025 | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | INNOVA MEDICAL IPS SAS | | NIT No. | | 901.847.347 | | |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN REHABILITACION Y TERAPIA (TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE Y FONOAUDILOGÍA) PARA LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO Y PUESTOS DE SALUD. | | | | | | |
| Informe No: | 02 | | Fecha: | | DICIEMBRE 2025 | | |
| Iniciación: | 27/10/2025 | Plazo Inicial: | 66 DIAS | Prorroga: | Fecha Final | | |
| Finalización: | 31/12/2025 | | | | | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO | | | | | | | |
| No DISPONIBILIDAD | VALOR | | No REGISTRO PRESUPUESTAL | | VALOR | | |
| 1076 | \$90.000.000 | | 1087 | | \$90.000.000 | | |
| ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO | | | | | | | |
| Valor total Del Contrato | \$90.000.000 | | Valor Cobrado: | | \$ 21.617.377 | | |
| | | | Valor Giros Efectuados | | \$ 0 | | |
| ADICIÓN PRORROGA | | | | | | | |
| Fecha de Inicio: | | | Fecha de Terminación | | | | |
| Valor Adición: | | | | | | | |
| % Ejecución del contrato | 67.6% | | %Ejecución Financiera | | 24.0% | | |
| ACTIVIDADES | | | | | | CUMPLE | |
| <ul style="list-style-type: none"> 1.Prestar servicios profesionales de salud en REHABILITACION Y TERAPIA (TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE Y | | | | | | SI | NO |
| | | | | | | X | |



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN

Código

SUB-F1

Versión

V01-2024

| <p>FONOAUDIOLOGIA), en la ESE a todos los usuarios que requieran la prestación del servicio objeto del contrato, de acuerdo con la infraestructura y capacidad tecnológica de la institución, formular diagnósticos y prescribir tratamientos siguiendo los derechos del paciente brindando la cobertura requerida por la institución</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------------|---|------------------|---|------------------------|---|----------------|---|---------------------|---|------------------------|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 2. Disponer de equipos biomédicos, insumos y demás elementos y materiales para dotar correctamente los servicios a su cargo. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 3. Atender a los pacientes que ingresan al Hospital, cualquiera que sea el régimen de atención, de acuerdo a su especialidad | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 4. Proceder al diligenciamiento adecuado y oportuno de la Historia clínica por cada paciente atendido, de conformidad con la resolución no. 1995 de 1999 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o deroguen. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 5. Diligenciar adecuadamente los registros de los sistemas de información, de la misma forma todos los elementos que se requieran para el registro en el sistema de información y que sean de uso estrictamente personal por cada especialista. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 6. En el evento que por su actuación se desvíe del cumplimiento del objeto contractual y por cuya razón las respectivas facturas de cobro sean glosadas o imposibles de cobrar total o parcialmente, el profesional contratista asumirá bajo su responsabilidad dichos valores, para lo cual autoriza a la entidad contratante para que estos le sean descontados de las sumas existentes a su favor, Igualmente el CONTRATISTA participará en la contratación de objeciones o glosas correspondientes a no pertinencia médica y aquellas originadas por la prestación de los servicios objeto del presente contrato cumpliendo con los tiempos de respuesta establecidos por el HOSPITAL. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 7. Dar cumplimiento a las actividades derivadas del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud de la Institución y el Sistema de información para la Calidad; y las demás las actividades encaminadas a la certificación y acreditación del HOSPITAL. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 8. Reportar mensualmente a la coordinación de Médica del HOSPITAL los incidentes, complicaciones quirúrgicas, terapéuticas, medicamentosas y transnacionales que se presenten con motivo de la prestación de sus servicios. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 9. Utilizar la herramienta tecnológica MIPRES que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 10. Cumplir con los indicadores pactados. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 11. Acatar las políticas de confidencialidad y reserva de la información, establecidas por la entidad. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 12. Dar respuesta oportuna a glosas generadas por entidades aseguradoras en referencia a los temas médicos de su especialidad. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 13. Participar en la prestación del servicio en jornadas extramurales de acuerdo con la programación del hospital. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 14. Dar respuesta oportuna a las interconsultas y valoraciones del servicio que sean solicitadas por los médicos del Hospital en el servicio de urgencias y hospitalización. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 15. Realizar con oportunidad los procedimientos contratados tales como Espirometrías pre y post, audiometrías tonal y vocal, sesiones grupales e individuales de terapias etc, dentro de los parámetros de calidad establecidos en la E.S.E. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>16. Realizar las atenciones por consulta externa conforme a la solicitud en los formatos establecidos por la E.S.E. C. CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS. Para el desarrollo del objeto del presente proceso, el Contratista, deberá presentar los perfiles que se describe a continuación:</p> | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>PERSONAL OFERTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>TERAPEUTA FISICO</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>TERAPEUTA RESPIRATORIO</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>FONOAUDIOLOGIA</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>TERAPIA OCUPACIONAL</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>AUXILIAR DE ENFERMERIA</td> </tr> </tbody> </table> | ITEM | PERSONAL OFERTADO | 1 | TERAPEUTA FISICO | 2 | TERAPEUTA RESPIRATORIO | 3 | FONOAUDIOLOGIA | 4 | TERAPIA OCUPACIONAL | 5 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | |
| ITEM | PERSONAL OFERTADO | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | TERAPEUTA FISICO | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | TERAPEUTA RESPIRATORIO | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | FONOAUDIOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Participación sobre todas las actividades (sesiones y procedimientos) que realice el servicio de REHABILITACION Y TERAPIA EN: -TERAPIA FÍSICA (Sesión)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN

Código

SUB-F1

Versión

V01-2024

-TERAPIA RESPIRATORIA (sesión y procedimientos tales como nebulizaciones, espirometrías simples y con broncodilatadores, etc.)
-TERAPIA OCUPACIONAL (Sesiones individuales y/o grupales)
-TERAPIA DE LENGUAJE Y FONOAUDILOGÍA (Sesión y procedimientos tales como audiometrías)

PARTICIPACIÓN INNOVAMEDICAL SAS 60%
PARTICIPACIÓN ESE HOSPITAL EL COLEGIO 40%

PRODUCTOS ESPERADOS

Se dio cumplimiento a 16 actividades específicas descritas en el contrato.

PROGRAMADOS

16

REALIZADOS

16

OBSERVACIONES GENERALES

Fecha Suspensión:

Fecha Reanudación

Yo Yulieth Bibiana Zabala en mi calidad de Coordinador (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista INNOVA MEDICAL IPS SAS, documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL. correspondiente al mes de DICIEMBRE 2025

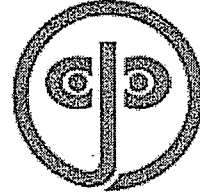
FIRMA COORDINADOR AREA


VºBº COORDINADOR DE ÁREA



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:



**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 **DANNA VALENTINA CIFUENTES ENCISO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1007161730 de VILLETA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 338773-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Octubre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

NÚMERO 1.007.161.730
CIFUENTES ENCISO

APELLIDOS
DANNA VALENTINA

NOMBRES

Danna Enciso
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-2000
VILLETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-NOV-2018 VILLETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA FIGUEROA



7-1522603101142043 F 1007161730-20200703 007110757A 51135007

Asociación de Contadores
de Colombia, Panamá y Tailandia

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES** 

338773-T


DANNA VALENTINA CIFUENTES ENCISO
C.C. 1007161730
RES. INSCRIPCIÓN 157 DEL 19/03/2025
POLITECNICO GRANCOLOMBIANO



Sandra Milena Barrios Pulido
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL 404150

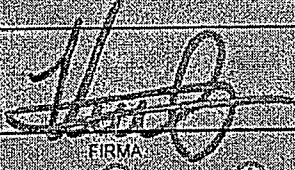
389719

Asociación de Contadores
de Colombia, Panamá y Tailandia

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES** 

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(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.


FIRMA



**CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE
APORTES (ART. 50 LEY 789/2002)**

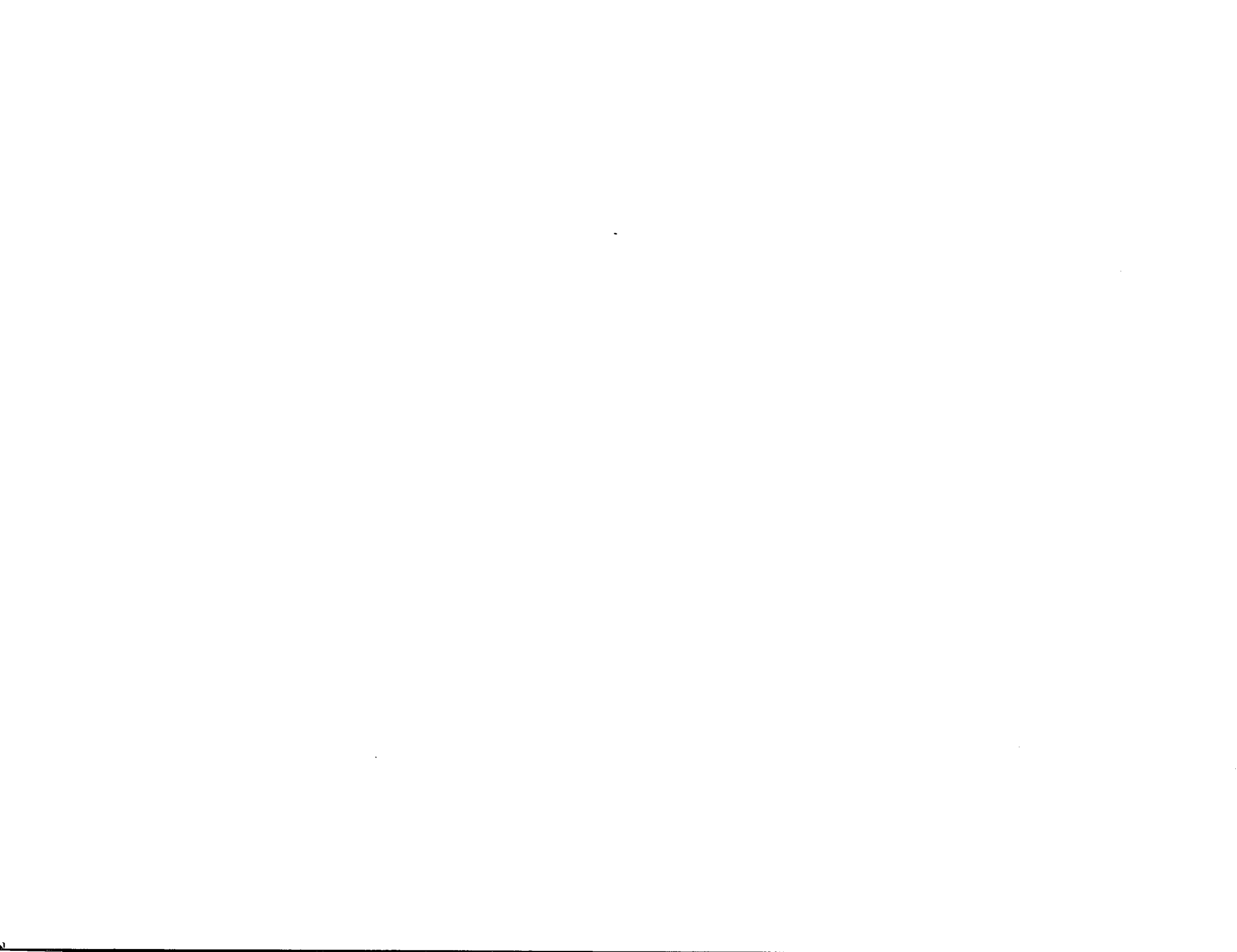
Yo, **DANNA VALENTINA CIFUENTES ENCISO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.007.161.730 de Villeta Cund., en mi calidad de Contadora Pública de **INNOVA MEDICAL IPS S.A.S** identificada con Nit **901.847.347-4** y bajo la gravedad de juramento certifico que se ha dado cumplimiento oportuno y completo con los aportes y demás obligaciones legales que nos corresponden respecto del sistema de seguridad social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y cuanto ha sido del caso con los aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Los anteriores aportes se han realizado durante los últimos seis (6) meses con fecha de anterioridad a la expedición de la presente certificación y con el fin de dar cumplimiento en lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002.

En constancia, se firma en Bogotá D.C., el primer (01) día del mes de diciembre de 2025.

DANNA VALENTINA CIFUENTES ENCISO
Contadora Pública
T.P. 338773-T





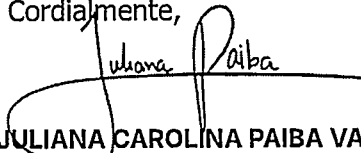
CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O CONFLICTO DE INTERESES

Yo **JULIANA CAROLINA PAIBA VARGAS** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.0146.57.046 de Bogotá D.C., en calidad de Representante Legal de INNOVA MEDICAL IPS SAS identificada con Nit 901.847.347-4, manifiesto mediante la presente certificación que ni yo ni la empresa que represento nos encontramos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

En el evento de existir hechos o circunstancias, pasados o presentes, o que puedan surgir en un futuro previsible, que conozca o llegue a conocer y que pudieran poner en cuestión la independencia e imparcialidad y generen un conflicto de interés a favor o en contra del interesado en el presente proceso de contratación, me comprometo a informar inmediatamente a la entidad en el menor tiempo posible, en cumplimiento del deber de denuncia que me asiste como colaborador del estado.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., el primer día (01) días del mes de diciembre de 2025.

Cordialmente,



JULIANA CAROLINA PAIBA VARGAS
Representante Legal







DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICACION

BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C., 21/10/2025

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **INNOVA MEDICAL IPS S.A.S** con **NIT 9018473474** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 0550108900717639

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA







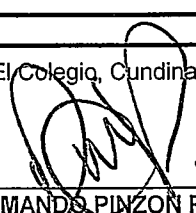


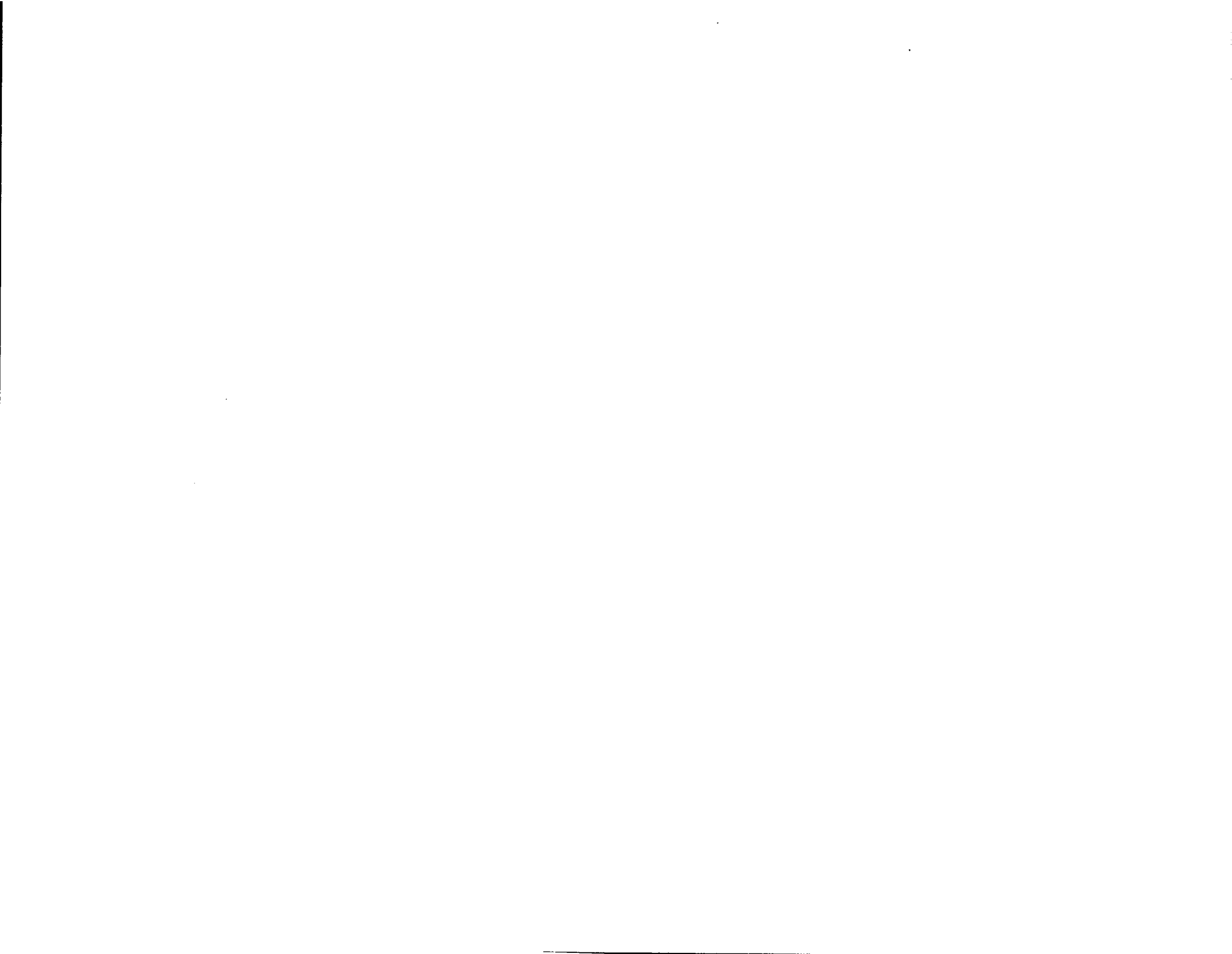




REGIÓN DE SALUD
CENTRO

CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato

| | |
|--|---|
| N° DEL CONTRATO | 529 |
| CONTRATISTA | INNOVA MEDICAL IPS SAS |
| IDENTIFICACION: | 901847347 |
| FECHA DE SUSCRIPCION: | 27/10/2025 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN REHABILITACION Y TERAPIA (TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGÍA) PARA LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO Y PUESTOS DE SALUD. |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | \$ 90.000.000 |
| PLAZO INICIAL: | 66 DIAS |
| FECHA DE INICIO: | 27/10/2025 |
| FECHA DE TERMINACION INICIAL: | 31/12/2025 |
| TIEMPO DE PRORROGA | |
| ADICION EN VALOR | |
| FECHA TERMINACION: | |
| MES PAGADO | FECHA DE PAGO: |
| | |
| Certificación de pago seguridad social y parafiscales | FECHA DE CERTIFICACION:22/DICIEMBRE/2025 |
| El coordinador del area CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de DICIEMBRE | |
| Que razon a dicha ejecucion,el valor correspondiente a pagar es de TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS \$ (39,237,937) | |
| Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato. | |
| Informe de pago | SI |
| Planilla de Seguridad Social | SI |
| Factura -Cuenta de cobro | SI |
| Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de DICIEMBRE 2025 | |
|  DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA SUPERVISOR | |
| Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co | |





Tercero: 901847347 - 4 - INNOVA MEDICAL IPS SAS

Autorretenedor: NO

Factura: 2

Regimen: Comun

Contribuyente: NO

Prefijo: INME

No. Contrato: 529

I.C.A: ACTIVIDAD-SERVICIOS 5 X MIL

Fecha Factura: 29/12/2025

Fecha: 29/12/2025

Fecha Vence: 29/01/2026

Descripción: SERV PROFESIONALES TERAPIA FISICA DICIEMBRE 2025

Valor en Letras: TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

CONCEPTOS

| TTercero | DesTTercero | Concept | Descripción CXP | Iva | Descripción IVA | Valor |
|----------|---|---------|---|-----|-----------------|---------------|
| | | 1892 | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000 | | | 196,189.68 |
| | | 2008 | 24402401 TASA PRO-DEPORTE | | | 980,948.42 |
| | | 230 | 73010201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - URGENCIAS | | | 39,237,937 |
| | | 369 | 24360302 HONORARIOS DECLARANTE 11% | | | 4,316,173.07 |
| 65 | 24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS | | | | | 33,744,625.83 |

DETALLE CONTABLE

| Cuenta | DesCuenta | Lugar | UFuncional | CCostos | Nit | Debito | Credito |
|----------|---|-------|------------|---------|---------------|-------------------|-------------------|
| 73010201 | REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS | 01 | 01 | 010101 | 901847347 | 39,237,937 | 0 |
| 24905501 | SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS | | | | 901847347 | 0 | 33,744,625.83 |
| 24402401 | TASAS - PRO DEPORTE | | | | 901847347 | 0 | 980,948.42 |
| 24360302 | HONORARIOS 11% | | | | 901847347 | 0 | 4,316,173.07 |
| 24362707 | RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil | | | | 901847347 | 0 | 196,189.68 |
| | | | | | Total: | 39,237,937 | 39,237,937 |

Cancelado: 0
Saldo Actual: 33,744,625.83

DETALLE PRESUPUESTAL

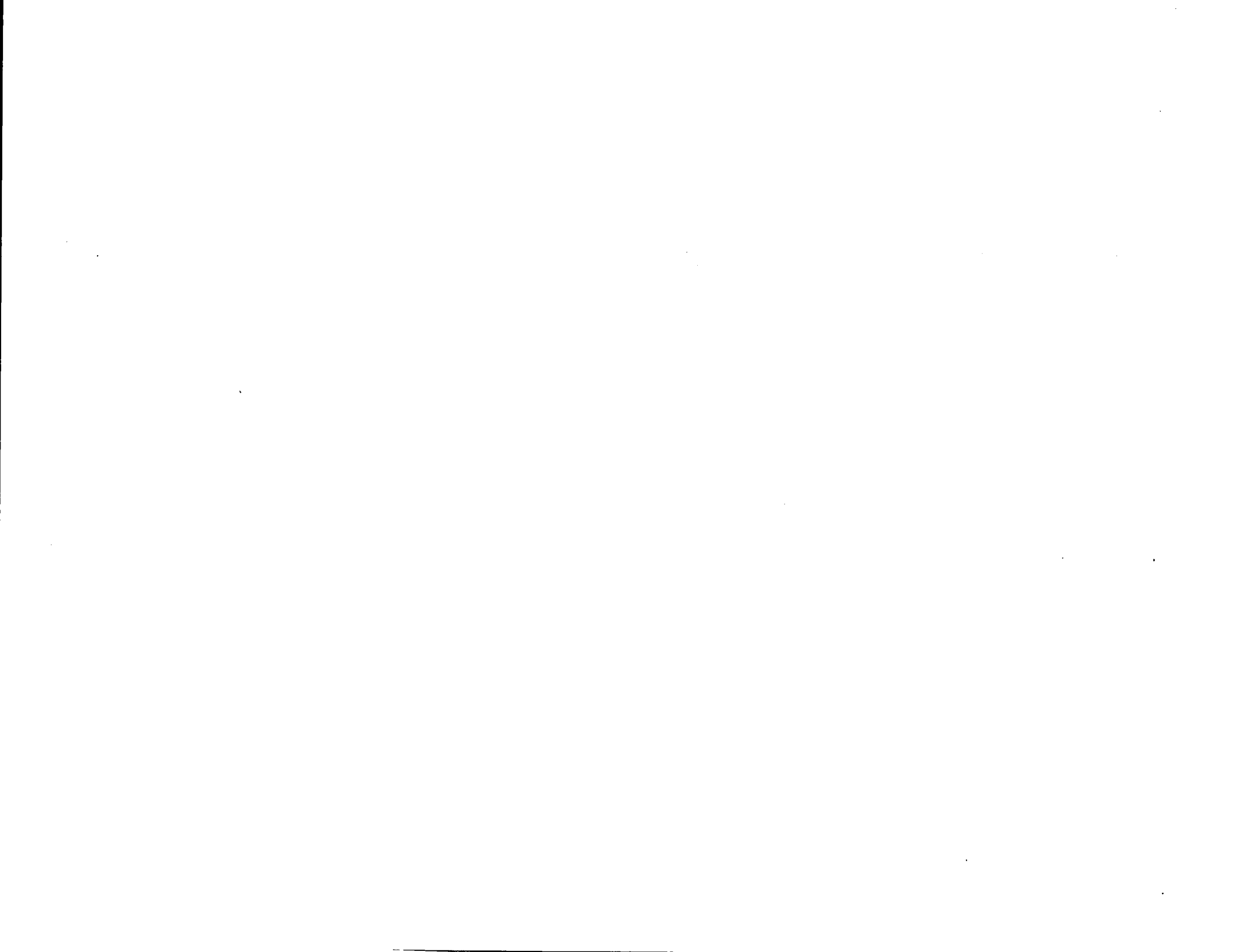
| Disponibilidad | Registro | Obligacion | Lugar | Rubro | Descripción | Valor |
|----------------|-----------|------------|-------|-------------------|---|-------------------|
| 99 - 1076 | 91 - 1087 | 83 - 3235 | 01 | 2.4.5.02.09.01.01 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES | 39,237,937 |
| | | | | | Total: | 39,237,937 |

Elaboró:

Presupuesto

Contador

Gerente



Espacio para
Logo Corporativo

INNOVA MEDICAL IPS SAS
NIT 901.847.347-4
CL 168 65 67 ET 2 OF 5
Tel: 3213510989 - Ext. undefined
Bogotá - Colombia
innovamedical.ips@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. INME 2

| | | | |
|-----------|---|----------|----------------------------|
| Señores | E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO CUNDINAMARCA | | |
| NIT | 860.020.094-8 | Teléfono | (57) 3107845183 - Ext. 000 |
| Dirección | AV MEDIANA N° 6 - 06 | Ciudad | El Colegio - Colombia |

| | |
|----------------------|-------------------|
| Fecha y hora Factura | |
| Generación | 22/12/2025, 09:43 |
| Expedición | 22/12/2025, 09:43 |
| Vencimiento | 22/12/2025 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|------|--|----------|---------------|
| 1 | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN REHABILITACION Y TERAPIA (TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE Y FONOAUDILOGÍA) PARA LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO Y PUESTOS DE SALUD DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2025 | 1.00 | 39,237,937.00 |

Total ítems: 1

Valor en Letras:

Treinta y nueve millones doscientos treinta y siete mil novecientos treinta y siete pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2025-12-22 por \$ 39,237,937.00

Observaciones:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 529 DE 2025
REALIZAR TRANSFERENCIA A LA CUENTA DE AHORROS N° 108900717639 DEL BANCO DAVIVIENDA A
NOMBRE DE INNOVA MEDICAL IPS SAS S A S CON NIT 901.847.347-4

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764100563659 aprobado en 20251023 prefijo INME desde el número 1 al 100 Vigencia: 24 Meses Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 10
CUFE: 96f9fb9eecd2c0f38a0d4bb0010c5591ba1b0e043f2212d7e86420fbb237c3efb667fa5cde308d4aa36af727c516924

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nri 630.D.4B.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML.



**E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen
De El Colegio Cundinamarca
NIT: 860.020.094-8**

Diciembre 24 de 2025

**EL SUSCRITO COORDINADOR DE FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL
NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO**

CERTIFICA:

Que INNOVA MEDCAL IPS SAS, NIT 901.847.347-4 presento factura Electrónica INME 2 por valor de COP 39.237.937 correspondiente a los servicios prestados en REHABILITACION Y TERAPIA de diciembre 2025, CUMPLE con la entrega de los soportes correspondientes a la facturación según relación de actividades adjuntas.

En constancia firma

Hugo Ibañez
HUGO ERNESTO IBAÑEZ GUTIERREZ
CC. 1.075.625.621
COORDINACION FACTURACION

📞 Celular: 3107823161

📍 Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

✉ Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

Código

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES


SUB-F1

Versión


PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN

V01-2024

| INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | |
|--|---|----------------|---|---------------|----------------|----|
| ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | | | | | | |
| INFORMACIÓN BÁSICA | | | | | | |
| PERIODO DEL INFORME | DICIEMBRE 2025 | | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. | | 529 de 2025 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | INNOVA MEDICAL IPS SAS | | NIT No. | | 901.847.347 | |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN REHABILITACION Y TERAPIA (TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE Y FONOAUDIOLÓG(A) PARA LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO Y PUESTOS DE SALUD. | | | | | |
| Informe No: | 02 | | Fecha: | | DICIEMBRE 2025 | |
| Iniciación: | 27/10/2025 | Plazo Inicial: | 66 DIAS | Prorroga: | Fecha Final | |
| Finalización: | 31/12/2025 | | | | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO | | | | | | |
| No DISPONIBILIDAD | VALOR | | No REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR | | |
| 1076 | \$90.000.000 | | 1087 | \$90.000.000 | | |
| ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO | | | | | | |
| Valor total Del Contrato | \$90.000.000 | | Valor Cobrado: | \$ 39.237.937 | | |
| | | | Valor Giros Efectuados | \$ 21.617.377 | | |
| ADICIÓN PRORROGA | | | | | | |
| Fecha de Inicio: | | | Fecha de Terminación | | | |
| Valor Adición: | | | | | | |
| % Ejecución del contrato | 67.6% | | %Ejecución Financiera | 24.0% | | |
| ACTIVIDADES | | | | | CUMPLE | |
| <ul style="list-style-type: none"> 1.Prestar servicios profesionales de salud en REHABILITACION Y TERAPIA (TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE Y | | | | | SI | NO |
| | | | | | X | |


| | | |
|---|---|---------------------|
|  | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código |
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES | SUB-F1 |
| | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN | Versión V01-2024 |

| <p>FONOAUDIOLOGIA), en la ESE a todos los usuarios que requieran la prestación del servicio objeto del contrato, de acuerdo con la infraestructura y capacidad tecnológica de la institución, formular diagnósticos y prescribir tratamientos siguiendo los derechos del paciente brindando la cobertura requerida por la institución</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------------|---|------------------|---|------------------------|---|----------------|---|---------------------|---|------------------------|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 2. Disponer de equipos biomédicos, insumos y demás elementos y materiales para dotar correctamente los servicios a su cargo. | x | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 3. Atender a los pacientes que ingresan al Hospital, cualquiera que sea el régimen de atención, de acuerdo a su especialidad | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 4. Proceder al diligenciamiento adecuado y oportuno de la Historia clínica por cada paciente atendido, de conformidad con la resolución no. 1995 de 1999 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o deroguen. | x | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 5. Diligenciar adecuadamente los registros de los sistemas de información, de la misma forma todos los elementos que se requieran para el registro en el sistema de información y que sean de uso estrictamente personal por cada especialista. | x | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 6. En el evento que por su actuación se desvíe del cumplimiento del objeto contractual y por cuya razón las respectivas facturas de cobro sean glosadas o imposibles de cobrar total o parcialmente, el profesional contratista asumirá bajo su responsabilidad dichos valores, para lo cual autoriza a la entidad contratante para que estos le sean descontados de las sumas existentes a su favor, Igualmente el CONTRATISTA participará en la contratación de objeciones o glosas correspondientes a no pertinencia médica y aquellas originadas por la prestación de los servicios objeto del presente contrato cumpliendo con los tiempos de respuesta establecidos por el HOSPITAL. | x | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 7. Dar cumplimiento a las actividades derivadas del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud de la Institución y el Sistema de información para la Calidad; y las demás las actividades encaminadas a la certificación y acreditación del HOSPITAL | x | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 8. Reportar mensualmente a la coordinación de Médica del HOSPITAL los incidentes, complicaciones quirúrgicas, terapéuticas, medicamentosas y transnacionales que se presenten con motivo de la prestación de sus servicios. | x | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 9. Utilizar la herramienta tecnológica MIPRES que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 10. Cumplir con los indicadores pactados. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 11. Acatar las políticas de confidencialidad y reserva de la información, establecidas por la entidad. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 12. Dar respuesta oportuna a glosas generadas por entidades aseguradoras en referencia a los temas médicos de su especialidad. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 13. Participar en la prestación del servicio en jornadas extramurales de acuerdo con la programación del hospital. | x | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 14. Dar respuesta oportuna a las interconsultas y valoraciones del servicio que sean solicitadas por los médicos del Hospital en el servicio de urgencias y hospitalización. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 15. Realizar con oportunidad los procedimientos contratados tales como Espirometrías pre y post, audiometrías tonal y vocal, sesiones grupales e individuales de terapias etc, dentro de los parámetros de calidad establecidos en la E.S.E. | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>16. Realizar las atenciones por consulta externa conforme a la solicitud en los formatos establecidos por la E.S.E. C. CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS. Para el desarrollo del objeto del presente proceso, el Contratista, deberá presentar los perfiles que se describe a continuación:</p> | X | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ITEM</th> <th>PERSONAL OFERTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>TERAPEUTA FISICO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>TERAPEUTA RESPIRATORIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>FONOAUDIOLOGIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>TERAPIA OCUPACIONAL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>AUXILIAR DE ENFERMERIA</td> </tr> </tbody> </table> | ITEM | PERSONAL OFERTADO | 1 | TERAPEUTA FISICO | 2 | TERAPEUTA RESPIRATORIO | 3 | FONOAUDIOLOGIA | 4 | TERAPIA OCUPACIONAL | 5 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | |
| ITEM | PERSONAL OFERTADO | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | TERAPEUTA FISICO | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | TERAPEUTA RESPIRATORIO | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | FONOAUDIOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Participación sobre todas las actividades (sesiones y procedimientos) que realice el servicio de REHABILITACION Y TERAPIA EN:</p> <p>-TERAPIA FÍSICA (Sesión)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|----------------------------|
|  | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código |
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES | SUB-F1 |
| | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN | Versión V01-2024 |

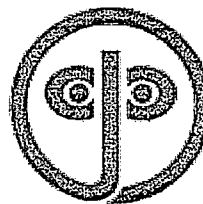
| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>-TERAPIA RESPIRATORIA (sesión y procedimientos tales como nebulizaciones, espirometrías simples y con broncodilatadores, etc.)</p> <p>-TERAPIA OCUPACIONAL (Sesiones individuales y/o grupales)</p> <p>-TERAPIA DE LENGUAJE Y FONOAUDILOGÍA (Sesión y procedimientos tales como audiometrías)</p> | | | |
| <p>PARTICIPACIÓN INNOVAMEDICAL SAS 60%</p> <p>PARTICIPACIÓN ESE HOSPITAL EL COLEGIO 40%</p> | | | |

| PRODUCTOS ESPERADOS | PROGRAMADOS | REALIZADOS |
|--|-------------|------------|
| Se dio cumplimiento a 16 actividades específicas descritas en el contrato. | 16 | 16 |

| OBSERVACIONES GENERALES | | | |
|---|--|-------------------|--|
| Fecha Suspensión: | | Fecha Reanudación | |
| <p>Yo Yulieth Bibiana Zabala en mi calidad de Coordinador (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista INNOVA MEDICAL IPS SAS, documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL. correspondiente al mes de DICIEMBRE 2025</p> | | | |
| FIRMA COORDINADOR ÁREA | | | |
|  _____ VºBº COORDINADOR DE ÁREA | | | |

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:



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 **DANNA VALENTINA CIFUENTES ENCISO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1007161730 de VILLETA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 338773-T Si tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS*****

Dado en BOGOTÁ a los 17 días del mes de Octubre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

338773-T

DANNA VALENTINA CIFUENTES ENCISO
 C.C. 1007161730
 RES. INSCRIPCION 157 DEL 19/03/2025
 POLITECNICO GRANCOLOMBIANO




389719 SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO DIRECTOR GENERAL 404150

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60) (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.

FIRMA





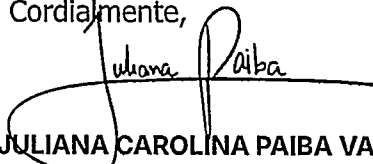
CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES O CONFLICTO DE INTERESES

Yo **JULIANA CAROLINA PAIBA VARGAS** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.0146.57.046 de Bogotá D.C., en calidad de Representante Legal de INNOVA MEDICAL IPS SAS identificada con Nit 901.847.347-4, manifiesto mediante la presente certificación que ni yo ni la empresa que represento nos encontramos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

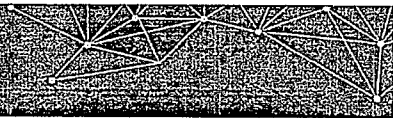
En el evento de existir hechos o circunstancias, pasados o presentes, o que puedan surgir en un futuro previsible, que conozca o llegue a conocer y que pudieran poner en cuestión la independencia e imparcialidad y generen un conflicto de interés a favor o en contra del interesado en el presente proceso de contratación, me comprometo a informar inmediatamente a la entidad en el menor tiempo posible, en cumplimiento del deber de denuncia que me asiste como colaborador del estado.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los veintidós días (22) días del mes de diciembre de 2025.

Cordialmente,


JULIANA CAROLINA PAIBA VARGAS
Representante Legal





**CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE
APORTES (ART. 50 LEY 789/2002)**

Yo, **DANNA VALENTINA CIFUENTES ENCISO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.007.161.730 de Villeta Cund., en mi calidad de Contadora Pública de **INNOVA MEDICAL IPS S.A.S** identificada con Nit **901.847.347-4** y bajo la gravedad de juramento certifico que se ha dado cumplimiento oportuno y completo con los aportes y demás obligaciones legales que nos corresponden respecto del sistema de seguridad social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y cuanto ha sido del caso con los aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Los anteriores aportes se han realizado durante los últimos seis (6) meses con fecha de anterioridad a la expedición de la presente certificación y con el fin de dar cumplimiento en lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002.

En constancia, se firma en Bogotá D.C., a los veintidós (22) días del mes de diciembre de 2025.


DANNA VALENTINA CIFUENTES ENCISO
Contadora Pública
T.P. 338773-T



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CIUDADANA

NUMERO 1.007.161.730
CIUDADE ENCISO

RELLIDOS

DANNA VALENTINA

MUJERES

Danna Valentina



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-2000

VILETA
(CUNDINAMARCA)

LOGAR DE NACIMIENTO

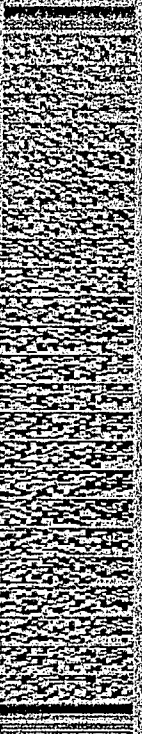
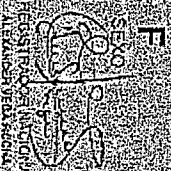
1.64

ESTATURA

OS RH

13-NOV-2018 VILETA

FECHA Y LOGAR DE EXPEDICION



5229238272013 1007161730-202007031

007110757A2

5135802

—

—



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C., 21/10/2025

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **INNOVA MEDICAL IPS S.A.S** con NIT 9018473474 posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 0550108900717639

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA





DAVIVIENDA



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| Nombre Empresa | HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN |
| Nombre Proceso | PAGO INNOVA MEDICAL IPS |
| Fecha Pago | 30/12/2025 |
| Hora Pago | 12:14 |

Detalle Proceso de Pago

| | | | |
|--|---------------------------|-------------------|--------------|
| Nit Destino | 9018473474 | Referencia | 8600200948 |
| Nombre | INNOVA MEDICAL IPS SAS | | |
| No. Producto o Servicio Destino | XXXXXXXXXXXX7639 | Banco | DAVIVIENDA |
| Valor | \$ 52.335.570,00 | Estado | Pago Exitoso |

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

6

2
4