

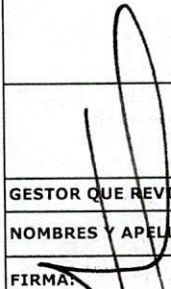


| PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-----------|
| GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                | TÍTULO<br><b>VERIFICACIÓN DEL TRAMITE DE PAGO</b>                                            |                                  |                 |                                                       | CÓDIGO: <b>CT-FO-44</b>                          |                             |  |        |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       | VERSIÓN No. <b>01</b>                            | Página <b>1</b> de <b>1</b> |                                                                                     | FECHA: |           | <b>24</b> |
| CONTRATISTA O BENEFICIARIO: <b>SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 | No. CONTRATO Y/O ORDEN DE COMPRA: <b>015-032-2025</b> |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| DEPENDENCIA ENCARGADA DEL TRAMITE DE PAGO: <b>ADMINISTRATIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 | VALOR TRAMITE DE PAGO: <b>\$3208687</b>               |                                                  |                             | RADICADO N°                                                                         |        |           |           |
| FECHA DE RECEPCIÓN: <b>15/05/2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 | FECHA DE VALIDACION GESTOR:                           |                                                  |                             | FECHA DE ENTREGA SUPERVISIÓN: <b>15/05/2026</b>                                     |        |           |           |
| SUPERVISOR: <b>PD. FLOR MARIA MURILLO MENDOZA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                    | CONTRATOS                                                                                    |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        | ANTICIPOS |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                | COMPRA VENTA O SUMINISTRO                                                                    | SUMINISTRO, ORDENES DE SERVICIOS | ORDEN DE COMPRA | FIDUCIA                                               | PRESTACIÓN DE SERVICIOS                          | INTERVENTORIA               | INTER-ADMINISTRATIVOS                                                               | OBRA   |           |           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Validación de la Publicación en Secop II (trámite de pago, informe de supervisión, Facturas)                                                                   |                                                                                              |                                  | N.A.            |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Formato Trámite pago parcial y/o total (Firmado por supervisor y gestor)                                                                                       |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cuadro control de pagos firmado (Relación Usos Presupuestales, firmado por supervisor y presupuesto)                                                           |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Acta de entrega y Recibo a Satisfacción (Firmado por supervisor y contratista)                                                                                 |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        | N.A.      |           |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Certificación paz y salvo pago de seguridad social integral y parafiscales. Si es U.T o Consorcio se deben anexar igualmente planilla resumen de parafiscales. |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Certificación paz y salvo obligaciones laborales.                                                                                                              |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Informe de Supervisión o aval de pago (de acuerdo a la clausula "Forma de Pago" del contrato)                                                                  |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Informe de Actividades (cuando el contrato indique en la Forma de Pago)                                                                                        |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Corte parcial o final de obra                                                                                                                                  | N.A.                                                                                         |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Aval de pago Interventoría                                                                                                                                     |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Paz y salvo de la Unidad o dependencia donde se ejecutan las obras                                                                                             |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Factura ó documento equivalente que cumpla con los requisitos del Art. 617 del E.T. Nota: Verificación de acuerdo a normatividad vigente                       |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Alta Almacén (cuando el bien deba ingresar al almacén)                                                                                                         |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     | N.A.   |           |           |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Otros anexos* (Memorandos, Resoluciones, Oficios, etc.)                                                                                                        |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Multas o Sanciones                                                                                                                                             |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| <b>NOTA:</b> UNA VEZ VERIFICADOS LOS SOPORTES DOCUMENTALES EN CASO DE ENCONTRAR NOVEDADES, SE RELACIONARAN EN EL CUADRO INFERIOR LA DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD Y SERA DEVUELTO A LA DEPENDENCIA ENCARGADA DEBERÁ REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA DAR SOLUCIÓN A LAS INCONSISTENCIAS, ANTES DE SU TRÁMITE A LA DIRECCION FINANCIERA. |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                | REGISTRO DE DEVOLUCIÓN A OTRAS DEPENDENCIAS POR NOVEDADES EVIDENCIAS EN LOS TRAMITES DE PAGO |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                | REVISIÓN DEL TRAMITE                                                                         |                                  |                 | FECHA DEVOLUCIÓN                                      | NOMBRE Y FIRMA A QUIEN SE LE DEVUELVE EL TRÁMITE | NOMBRE GESTOR               | FIRMA                                                                               |        |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                | 1ra                                                                                          | 2da                              | 3ra             |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |
| <b>GESTOR QUE REVISAR Y VALIDA EL TRÁMITE DE PAGO</b><br>NOMBRES Y APELLIDOS : <b>Andrion S.</b><br>FIRMA:                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                 |                                                       |                                                  |                             |                                                                                     |        |           |           |



PROCESO

**GESTIÓN FINANCIERA**



TITULO

**TRAMITE DE PAGO  
ANTICIPO/PARCIAL Y/O  
TOTAL**

CÓDIGO: **GF-FO-36**

VERSIÓN No. **04**

Página **1** de **5**

FECHA:

**17**

**9**



**2024**



|                          |               |                 |   |
|--------------------------|---------------|-----------------|---|
| Fecha trámite de pago    | 15/05/2026    | Número de Pago: | 4 |
| Valor de pago solicitado | (\$)3.208.687 |                 |   |

**DATOS DEL CONTRATO:**

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Contrato y/u Orden de Compra                                                   | No.015-032-2025 ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                       |
| Nombre o Razón Social del Contratista                                          | SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                       |
| Identificación                                                                 | NIT o C.C: 830.029.102-0                                                                                                                                                                                                                                                                                | SAP (acreedor) :              |                       |
| Objeto del Contrato                                                            | SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DEL PERSONAL DE LA REGIONAL TOLIMA GRANDE                                                                                                                                                                                                                    |                               |                       |
| Orden o Pedido ERP SAP                                                         | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                       |
| Expediente Orfeo                                                               | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                       |
| Registro Presupuestal                                                          | No. 45525 DEL 23/07/2025<br>No. 1026 DEL 08/01/2026                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                       |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> X VIGENCIA ACTUAL<br><input type="checkbox"/> REZAGO                                                                                                                                                                                                                           |                               |                       |
| Valor total del contrato                                                       | Valor Inicial del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                              | (\$)30.000.000                |                       |
|                                                                                | + Valor Adiciones                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (\$)5.100.000 VIGENCIA FUTURA |                       |
|                                                                                | - Valor Reducciones                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (\$)                          |                       |
|                                                                                | Valor Total del Contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                | (\$)35.100.000                |                       |
| No. Contrato interadministrativo / convenio / Acta de acuerdo (Cuando aplique) | N-A                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                       |
| Fecha de legalización del contrato                                             | 21/07/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                       |
| Fecha de finalización del contrato                                             | 31/12/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                       |
| Porcentaje de ejecución del contrato                                           | 62.92%                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                       |
| Modificaciones del contrato                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Adición Valor \$5.100.000<br><input type="checkbox"/> Modificación Descripción _____<br><input type="checkbox"/> Suspensión Descripción _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Prorroga Fecha 31/03/2026<br><input type="checkbox"/> Cesión Descripción _____ |                               |                       |
| Novedades del contrato                                                         | <i>(Se especificará claramente novedades respecto al pago, como embargos, multas, sanciones, afectación de pólizas u otro concepto que afecte el valor del pago al contratista).</i>                                                                                                                    |                               |                       |
| Garantías del contrato                                                         | Número                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Valor Asegurado               | Vigencia de la Póliza |
|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               | Fecha de inicio       |
| • Póliza de cumplimiento                                                       | 16676957                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$19.500.00                   | 21/07/2025 31/12/2028 |
| • Póliza de responsabilidad civil                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                       |

|                                                                                   |                                                           |                           |                             |          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| PROCESO                                                                           |                                                           | <b>GESTIÓN FINANCIERA</b> |                             |          |  |
|  | TÍTULO                                                    | CÓDIGO: <b>GF-FO-36</b>   |                             |          |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>TRAMITE DE PAGO<br/>ANTICIPO/PARCIAL Y/O<br/>TOTAL</b> | VERSIÓN No. <b>04</b>     | Página <b>2</b> de <b>5</b> |          |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                           | FECHA:                    | <b>17</b>                   | <b>9</b> |                                                                                     |

|                                     |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| extracontractual<br>(cuando aplica) |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|

**DATOS FINANCIEROS DEL CONTRATISTA:**

|                                                           |                                                                                                                                                                    |                    |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Cuenta Bancaria                                           | Entidad Bancaria: AV VILLAS                                                                                                                                        |                    |                                                                               |
|                                                           | Nº 470-00334-4                                                                                                                                                     | Tipo cta. bancaria | Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input checked="" type="checkbox"/> |
| Régimen Tributario (RUT) al que pertenece                 | <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABLE DE IVA<br><input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA<br><input type="checkbox"/> RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN |                    |                                                                               |
| Tipo de Facturación (De acuerdo a lo que estipule el RUT) | <input checked="" type="checkbox"/> ELECTRÓNICA<br><input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO                                                                        |                    |                                                                               |
| CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEY 50 / 1990                   | 1. planilla pagada de seguridad social integral (salud-pensión-arl) y parafiscales (SENA-ICBF-Caja de Compensación)                                                |                    | <b>CUMPLE</b>                                                                 |
|                                                           | 2. Certificación de pago de seguridad social y parafiscales                                                                                                        |                    |                                                                               |
|                                                           | 3. Certificación de obligaciones laborales                                                                                                                         |                    |                                                                               |
| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                  | Planilla                                                                                                                                                           | Nº 85432538        |                                                                               |
|                                                           | IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)                                                                                                                       | \$ 149.101.300     |                                                                               |
|                                                           | Periodo Salud                                                                                                                                                      | 05-2026            |                                                                               |
|                                                           | Periodo Pensión                                                                                                                                                    | 04-2026            |                                                                               |

**DOCUMENTOS SOPORTE QUE SE ANEXAN AL PRESENTE PAGO Y SE ENTREGAN A GESTIÓN FINANCIERA:**

El **supervisor del contrato** verificará la aprobación y cargue de la facturación por parte del contratista en SECOP II y en el Sistema de Facturación Electrónica designado por SIIF Nación (cuando aplique).

|                        |                               |                                                                    |
|------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| APROBACIÓN DE FACTURAS | SECOP II                      | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|                        | SIIF (cuando sea Electrónica) | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

(Documentos que se entregan a la Dirección Financiera - Esta relación debe ser diligenciada teniendo en cuenta lo solicitado en la cláusula de forma de pago del contrato):

| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)                                                                                 | FECHA      | VALOR      | FOLIO |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------|
| 1.   | Control de pagos código GF-FO-35                                                                                                                     | 15/05/2026 | \$3.208687 |       |
| 2.   | Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. <b>SET1146403</b>                                                                             | 14/05/2026 | \$3.208687 |       |
| 3.   | Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (copia)                                                                                    | 14/05/2026 | \$3.208687 |       |
| 4.   | Acta de corte parcial o final de obra (si aplica)                                                                                                    |            |            |       |
| 5.   | Reporte o Listado de Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP - MB51 (cuando aplique)                                                     |            |            |       |
| 6.   | Certificación Bancaria (Aplica para las Modalidades de contratación que se generan por la Tienda Virtual del Estado Colombiano - Grandes Superficies |            |            |       |



TÍTULO

**TRAMITE DE PAGO  
ANTICIPO/PARCIAL Y/O  
TOTAL**

CÓDIGO: **GF-FO-36**

VERSIÓN No. **04**

Página **3** de **5**

FECHA:

**17**

**9**

**2024**



| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)      | FECHA | VALOR | FOLIO |
|------|---------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
|      | (Órdenes de Compra o cuando el contrato no relaciona la cuenta bancaria). |       |       |       |

**Nota:** El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), verificara y confirmará que los documentos digitales se encuentren en su totalidad dentro de la herramienta tecnológica establecida ORFEO y/o SECOP II de acuerdo a la modalidad de la adquisición (contrato y/u orden de compra) que se encuentra en trámite.

**CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN A GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN Y QUE REPOSAN EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO:**

Los documentos relacionados en la cláusula forman de pago en el contrato No. 015-032-2024 suscrito 21-07-2025, que no se tramitan a la Dirección Financiera deben reposar en el expediente contractual de la Subdirección de Contratos para su consulta cuando sea necesario, por lo anterior el abajo firmante certifica que los documentos relacionados a continuación reposan en el expediente contractual:

- El supervisor asegurar el cargue de documentos en la plataforma SECOP II y/o ORFEO
- El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), asegurara que el expediente contractual físico y en SECOP II y/o ORFEO se encuentre debidamente cargado y completo. Para consulta de usuarios de la información tanto internos como externos (Entes de Control).

| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)                                                 | Reposa en el expediente Contractual | FECHA      | FOLIO |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 1.   | Control de pagos código GF-FO-35                                                                                     | X                                   | 15/05/2026 |       |
| 2.   | Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. <b>SET1146403</b>                                             | X                                   | 15/05/2026 |       |
| 3.   | Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (original)                                                 | X                                   | 14/05/2026 |       |
| 4.   | Acta de corte parcial o final de obra código PA-FO-86 (si aplica)                                                    | N-A                                 |            |       |
| 5.   | Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP (cuando aplique)                                                 | N-A                                 |            |       |
| 6.   | Certificación Bancaria (cuando aplique).                                                                             | X                                   |            |       |
| 7.   | Certificación: pago de seguridad social integral, aportes parafiscales y de cumplimiento de obligaciones laborales.  | X                                   | 07/05/2026 |       |
| 8.   | Planilla de seguridad social en estado pagada.                                                                       | X                                   | 05/05/2026 |       |
| 9.   | Informe de supervisión No. 9                                                                                         | X                                   | 15/05/2026 |       |
| 10.  | Informe de Actividades (si aplica).                                                                                  | X                                   |            |       |
| 11.  | Certificación aplicación Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario (Cuando aplique) | N-A                                 |            |       |
| 12.  | Certificación de asignación de Retiro (Cuando Aplique)                                                               | N-A                                 |            |       |
| 13.  | Insertar más filas.                                                                                                  | N-A                                 |            |       |

PROCESO

**GESTIÓN FINANCIERA**



TÍTULO  
**TRAMITE DE PAGO  
ANTICIPO/PARCIAL Y/O  
TOTAL**

CÓDIGO: **GF-FO-36**

VERSIÓN No. **04**

Página **4** de **5**

FECHA:

**17**

**9**

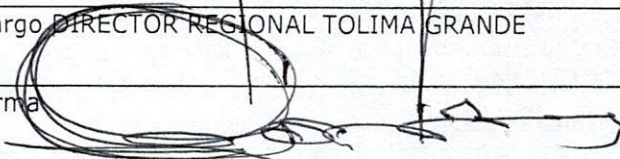
**2024**



Para incluir documentos entregables adicionales que soporten la ejecución contractual y deberán reposan en el expediente contractual

**Únicamente para el primer pago:**

|                                                                                                                                                                   |    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| Cargar en la plataforma SECOP II Registro de Identificación Tributaria - RIT expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda (Actividad económica y código CIUU) | SI |  |
| Cargar en la plataforma SECOP II Registro Único Tributario - RUT expedido por la DIAN documento en firme (copia de certificado)                                   | SI |  |

| <b>RESPONSABLE DEL TRAMITE (SUPERVISOR)</b><br><i>Certifico que previa revisión del presente formato y sus anexos, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el contrato (informe de actividades y/o de los productos establecidos), por lo que cumple con todos los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.</i>                                                                                                | Nombre PD. FLOR MARIA MURILLO MENDOZA                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                      |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|----|----------|--|-------|--|-------------------|--|----|----|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cargo/Dependencia<br>LÍDER SST                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                      | Extensión<br>N-A |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
| <b>VALIDACIÓN CARGUE VERIFICACIÓN TRAMITE DE PAGO - GESTOR CONTRACTUAL</b><br><i>Se controla tanto para los contratos como las órdenes de compra, de acuerdo a la verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas, las actividades administrativas, legales, financieras y presupuestales establecidas en el contrato; los cuales reposan de manera completa y organizada en el expediente contractual, la plataforma SECOP II y/u ORFEO.</i> | Firma                                                                                                                                                                                                                     |    |  |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">SECOP II</th> <th colspan="2">ORFEO</th> <th colspan="2">EXPEDIENTE FÍSICO</th> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table> |    |                                                                                      |                  |                   |    | SECOP II |  | ORFEO |  | EXPEDIENTE FÍSICO |  | SI | NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SECOP II                                                                                                                                                                                                                  |    | ORFEO                                                                                |                  | EXPEDIENTE FÍSICO |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI                                                                                                                                                                                                                        | NO | SI                                                                                   | NO               | SI                | NO |          |  |       |  |                   |  |    |    |
| Nombre PD. ADRIAN DAVID ULISES SEGURA CALDERON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |    |                                                                                      |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
| Cargo / Dependencia:<br>COORDINADOR CONTRATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                           |    | Extensión:<br>N-A                                                                    |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
| Firma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                           |    |                                                                                      |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
| Vº. Bº. del Directivo del área responsable del contrato o quien haga sus veces (Subdirector, Director, Jefe de Oficina y/o Dependencia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nombre TC (RA) ANDRÉS FRANCISCO AGÁMEZ OROZCO                                                                                                                                                                             |    |                                                                                      |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Cargo DIRECTOR REGIONAL TOLIMA GRANDE                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                      |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Firma                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                      |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                           |    |                                                                                      |                  |                   |    |          |  |       |  |                   |  |    |    |



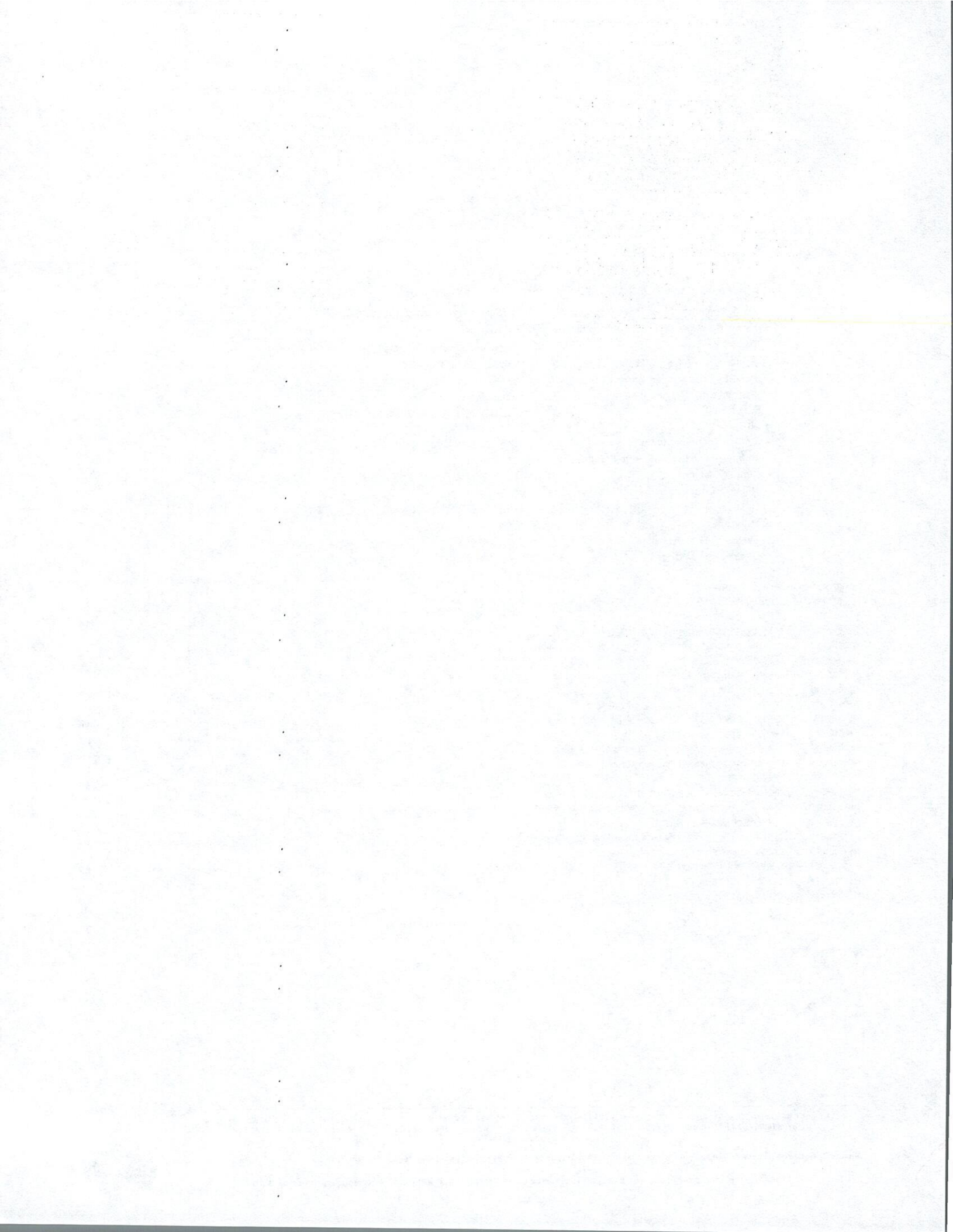
### Información de la Planilla Pagada

|                                          |                                |
|------------------------------------------|--------------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900089104-5                    |
| Razón Social del Operador de Información | Enlace Operativo               |
| Descripción                              | Pago de SuAporte               |
| Fecha                                    | 2026-05-05, 02:43:06 PM        |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | abril de 2026                  |
| Periodo de Cotización Para Salud         | mayo de 2026                   |
| Empresa                                  | SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES |
| NIT                                      | NI 830029102                   |
| Código Sucursal (Nombre)                 | 01 ( ADICIONAL )               |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 85432538                       |
| Tipo de Planilla                         | E                              |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 282797235                      |
| Banco                                    | (1052) - BANCO AV VILLAS       |
| Valor                                    | \$ 149.101.300                 |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                       |
| Dirección IP de Origen                   | 172.29.10.57                   |

| Nit        | Código | Administradora                          | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|------------|--------|-----------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR                                | 79               | \$ 31.955.000  | \$ 0                 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION                              | 42               | \$ 17.330.300  | \$ 0                 |
| N900336004 | 25-14  | COLPENSIONES                            | 58               | \$ 29.510.900  | \$ 0                 |
| N800227940 | 231001 | FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS | 8                | \$ 4.789.100   | \$ 0                 |
| N800253055 | 230901 | FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA | 2                | \$ 1.238.000   | \$ 0                 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS                               | 7                | \$ 701.000     | \$ 0                 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS                             | 73               | \$ 8.339.100   | \$ 0                 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR                               | 37               | \$ 3.618.100   | \$ 0                 |
| N805001157 | EPS018 | SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S          | 1                | \$ 89.200      | \$ 0                 |
| N830113831 | EPS001 | CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSA             | 2                | \$ 503.800     | \$ 0                 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS                         | 24               | \$ 2.544.300   | \$ 0                 |
| N900156264 | EPS041 | CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD   | 1                | \$ 70.100      | \$ 0                 |
| N900226715 | EPS042 | CMRC Recaudo Coosalud ADRES EPS 042     | 1                | \$ 179.400     | \$ 0                 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA                                | 16               | \$ 1.893.500   | \$ 0                 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD    | 27               | \$ 3.030.300   | \$ 0                 |
| N860002183 | 14-4   | AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A       | 189              | \$ 22.181.400  | \$ 0                 |
| N890102002 | CCF06  | COMBARRANQUILLA                         | 3                | \$ 301.800     | \$ 0                 |
| N890900841 | CCF04  | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT    | 8                | \$ 1.053.600   | \$ 0                 |
| N890303093 | CCF56  | COMFENALCO VALLE                        | 6                | \$ 581.300     | \$ 0                 |
| N860007336 | CCF22  | COLSUBSIDIO                             | 165              | \$ 18.350.800  | \$ 0                 |
| N890201578 | CCF40  | COMFENALCO                              | 4                | \$ 388.700     | \$ 0                 |
| N890700148 | CCF50  | COMFENALCO-TOLIMA                       | 3                | \$ 351.800     | \$ 0                 |

SubTotales: \$ 149.101.300 \$ 0  
 Total a Pagar: \$ 149.101.300





Bogotá, 7 mayo de 2026

No.CC-026-26

Señores

**A QUIEN INTERESE**

Ciudad

**CERTIFICACION DE PARAFISCALES**

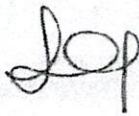
Cordial Saludo,

En mi calidad de Revisor fiscal de la empresa **SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES** LTDA, Nit. 830.029.102-0 y para dar cumplimiento a las obligaciones con el Sistema General de Salud y Seguridad Social Integral de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente Ley 1607 de 2012 y Decreto 1828 de 2013, me permito:

CERTIFICAR

Que la empresa ha cumplido y 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.

Los aportes a la seguridad social fueron cancelados en el BANCO AV VILLAS con fecha 05 Mayo de 2026, con el operador enlace operativo; Planilla 85432538. En ésta se canceló el aporte a la salud del mes de Mayo 2026 y demás riesgos del mes de Abril de 2026.  
Cordialmente,



**FRANCY JENNY GORDILLO**

**C.C. 40.411.164 de Villavicencio**

**Revisora Fiscal**

**T.P. 211761-T**

**Miembro de Y&Y Business Consultants S.A.S.**



JURIA GENERAL DE CONTADORES  
TARJETA PROFESIONAL  
DE COLOMBIA

**211761-T**

FRANCY JENNY  
GORDILLO CASTELON  
C.C. 40411164

RESOLUCION INSCRIPCION 852      FECHA 22/12/2015  
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

DIRECTOR GENERAL

  
OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA      224456



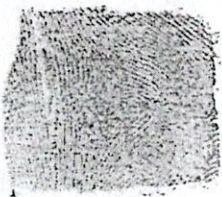
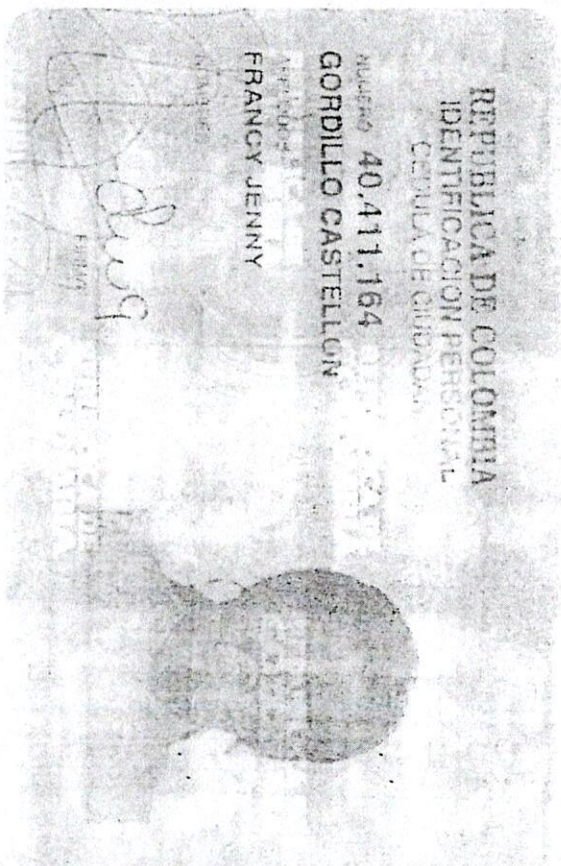
214483  
Este número es el único identificador que le otorga el  
CONTRATO SUBSISTENTE de prestación de servicios  
de contabilidad.  
Su dirección a que le otorgamos es la siguiente:  
al T.E.C. 413 de la U.C. 135 de la U.C. 135 de la U.C. 135  
F. 135 de la U.C. 135 de la U.C. 135 de la U.C. 135



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CIUDADA DE CIUDADA

NUMERO 40.411.164  
CORDILLO CASTELLON

FRANCY JENNY



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1978  
VILLAVICENCIO  
(META)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
ESTATURA 1.55 O+ SEXO F  
17-AGO-1986 VILLAVICENCIO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRACION NACIONAL  
FALLON MARIA SUAREZ TORRES



A-1508800-00203409-F-004041164-2C091215

0019083791A 1

28845706



UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES**



Certificado No:

AF2514850891E764

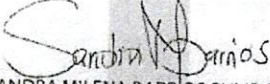
LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO  
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL  
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:  
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **FRANCY JENNY GORDILLO CASTELLON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 40411164 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 211761-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 29 días del mes de Abril de 2026 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](http://www.jcc.gov.co) digitando el número del certificado





| ADICIÓN / REDUCCIÓN/REINTEGRO No. 725 DE FECHA 10/01/2025 |                 |                                            | Valor           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|-----------------|
| Movimiento                                                | Fecha           |                                            |                 |
| VIGENCIA FUTURA 2026                                      | 08/01/2026      | ADICION VIGENCIA FUTURA 2025               | \$ 5.100.000,00 |
| REINTEGRO VIGENCIA 20                                     | 31/12/2025      | REINTEGRO PRESUPESTA VIGENCIA 2025 (N°351) | \$ 86.782,00    |
| TOTAL TRAMITE                                             |                 |                                            | 5.186.782,00    |
| Saldo por Uso VIGENCIA                                    | \$ 5.100.000,00 |                                            |                 |
| Saldo                                                     | \$ 5.100.000,00 |                                            |                 |

| NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #4        |                             |                     |                             |                           |                             |                 |               |                    |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------|--------------------|
| No. Documento - Factura: SET1146403 |                             |                     |                             |                           |                             |                 |               |                    |
| Rubro Presupuestal                  | Código Del Uso Presupuestal | Descripción Del Uso |                             | Dependencia De Afectación | Valor A Pagar               | Valor Ejecutado |               | Saldo por Ejecutar |
| No. de documento                    | Fecha del documento         | Rubro presupuestal  | Código del uso presupuestal | Descripción del uso       | Dependencia de afectación   | Valor factura   | Valor a pagar | Valor ejecutado    |
| SET1146403                          | 14/05/2026                  | A-02-02-02-009-003  | A-02-02-02-009-003-01       | SERVICIOS SALUD HUMANA    | EXOC EXAMENES OCUPACIONALES | 3.208.687,00    | 3.208.687,00  | 3.208.687,00       |
| TOTAL TRAMITE                       |                             |                     |                             |                           |                             | \$ 3.208.687,00 |               |                    |
| Saldo por Uso                       | \$ 1.891.313,00             |                     |                             |                           |                             |                 |               |                    |
| Saldo                               | \$ 1.891.313,00             |                     |                             |                           |                             |                 |               |                    |

Firma del Supervisor: [Firma] Nombre de quien Revisa en Presupuesto: TASA JESSENA PINILLA VALDES Nombre de quien Revisa en Cuentas por pagar y/o Contabilidad: PD. LINDA KATHERIN VANEGAS  
 Nombre del Supervisor: FLOR MARIA MURILLO MENEZ Fecha en que se validan los saldos "RP": 15-05-2026 Fecha:  
 Supervisor del Contrato No. 015-032-2025 Firma de quien Revisa:



SOA-FCC-01

CUFE: 719e7bf712dddb0b569a4ccb44496336cab55cd0a72ee1842c62b751953dc0eb2277847c089dc2ef9334a9d6dbe6fdc

Resolución Numeración DIAN No 18764101892289 a partir de 2025-11-21 hasta 2026-11-21. Vigencia de la Resolución 12 meses. Rango habilitado del N° SET1-137892 al N° SET1-300000

CLIENTE: AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL TOLIMA GRANDE  
 NIT:  
 DIRECCIÓN: 0.0000 - GIRAR DOT - Colombia  
 TEL/CEL: 3108071625 / 3108071625  
 E-MAIL: flor.murillo@agencialogistica.gov.co, siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co  
 ORDEN DE COMPRA:  
 FORMA DE PAGO: 45 Días

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA  
 No.SET1146403

FECHA DE FACTURA  
 14-05-2026

FECHA DE VENCIMIENTO  
 28-06-2026

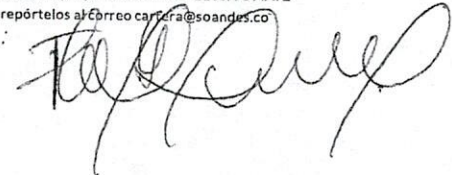
| ITEM | DESCRIPCIÓN                                                                                       | CANT | UdM      | PRECIO U     | DES(%) | TOTAL        |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|--------------|--------|--------------|
| 1    | 890262-01 [890262-01] PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMEN DE INGRESO BOGOTA, D.C.                       | 1,00 | Unidades | \$ 129,776   | 0.0    | \$ 129,776   |
| 2    | 890262-03 [890262-03] EXAMEN MEDICO SEGUIMIENTO Y CONTROL BOGOTA, D.C.                            | 1,00 | Unidades | \$ 164,000   | 0.0    | \$ 164,000   |
| 3    | 890262-03 [890262-03] CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMEN PERIODICO PAQUETE BOGOTA, D.C. | 1,00 | Unidades | \$ 1,478,904 | 0.0    | \$ 1,478,904 |
| 4    | 890262-03 [890262-03] PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMEN PERIODICO BOGOTA, D.C.                        | 1,00 | Unidades | \$ 259,552   | 0.0    | \$ 259,552   |
| 5    | 890262-03 [890262-03] EXAMEN MEDICO POS INCAPACIDAD BOGOTA, D.C.                                  | 1,00 | Unidades | \$ 180,057   | 0.0    | \$ 180,057   |
| 6    | 890262-02 [890262-02] EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO BOGOTA, D.C.                                | 1,00 | Unidades | \$ 119,392   | 0.0    | \$ 119,392   |
| 7    | 100028 [100028] ANALISIS DE PUESTO BIOMECANICO BOGOTA, D.C.                                       | 1,00 | Unidades | \$ 622,278   | 0.0    | \$ 622,278   |
| 8    | 890262-03 [890262-03] PAQUETE DIRECTIVOS EXAMEN PERIODICO BOGOTA, D.C.                            | 1,00 | Unidades | \$ 136,495   | 0.0    | \$ 136,495   |

Total item: 8

VALOR EN LETRAS:  
 TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

SUBTOTAL: \$ 3.090.454,00  
 IVA: \$ 118.233,00  
 TOTAL: \$ 3.208.687,00

Autorizo en forma permanente e irrevocable a SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES para que con fines estadísticos y de información comercial, informe, reporte o procese a las centrales de información y riesgo, en especial a DATACREDITO-CIFIN lo referente al comportamiento como cliente y en especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por ella contraídas. "Este documento cumple con los requisitos dispuestos en los artículo 774 del código de comercio". Si transcurridos 3 días calendario de recibida la factura, no es devuelta, se dará por aceptada. En caso de mora el deudor se compromete a cancelar los intereses moratorios liquidados por el acreedor a la máxima tasa autorizada por la ley igualmente, se compromete a pagar los gastos de cobranza prejurídica y/o jurídico decreto 1165/96 Art. 2  
 Datos Bancarios: Realice sus pagos en los bancos: Colpatría No. 4481016350 Cta. Corriente, Av Villas No. 470003344 Cta. Corriente y repórtelos al correo carta@soandes.co




Validad: 2026-05-14 10:07:27


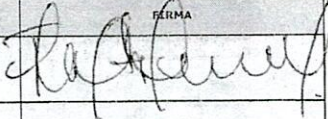
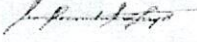
Información: <https://catalogo-vpfe.dian.gov.co/document/search?q=documentkey=719e7bf712dddb0b569a4ccb44496336cab55cd0a72ee1842c62b751953dc0eb2277847c089dc2ef9334a9d6dbe6fdc>



Firma Electrónica: ZcJw129nGQn2j6NyGx8kaAlbOjGd/1jxRTCElrqAg7eRG27pUjGu7XACpMj9hc6dVMcCyzqHoxPZeQ==

Proveedor Tecnológico: Avancys SAS, NIT 900.297.700-7 Software: Avancys ERP



| PROCESO                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                              |                                                                                       |                                                  |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TÍTULO                                                  |                                                                                       | <b>ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN</b> |                                     |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓDIGO: CT-FO-01<br>VERSIÓN No. 02<br>FECHA: 24/07/2024 |                                                                                       | Página 1 de 2<br>7/2024                          |                                     |
| DATOS GENERALES DEL CONTRATO                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| No. DE CONTRATO:                                                                                             | 015-032-2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         | FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:                                                        | 21/07/2025                                       |                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                         | SERVICIO DE EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DEL PERSONAL DE LA REGIONAL TOLIMA GRANDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         | SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA                                                   |                                                  |                                     |
| CONTRATISTA:                                                                                                 | 830.029.102-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| REPRESANTANTE LEGAL:                                                                                         | LUIS ALEXANDER LEON TUNJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| INTERVENIOR:                                                                                                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| SUPERVISOR:                                                                                                  | FLOR MARIA MURILLO MENDOZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| FECHA ACTA DE COORDINACIÓN O DE INICIO:                                                                      | 29/07/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| PLAZO DE EJECUCIÓN:                                                                                          | 31/12/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| FECHA DE TERMINACIÓN CONTRACTUAL:                                                                            | 15/06/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| DATOS DE LA ENTREGA PARCIAL O TOTAL DEL BIEN O SERVICIO                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| TRATA DE LA ENTREGA (parcial/ total) QUE HACE EL CONTRATISTA A LA AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| FECHA:                                                                                                       | 14/05/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HORA:                                                   | 10:00:00 a. m.                                                                        | ENTREGA PARCIAL N°                               | X                                   |
| Ciudad/Municipio:                                                                                            | GIRARDOT/CUNDINAMARCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | DIRECCIÓN:                                                                            | ENTREGA TOTAL                                    |                                     |
| INTERVIENEN EN LA ENTREGA:                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | CARRERA 7a # 21a-29                                                                   |                                                  |                                     |
| ENTIDAD/EMPRESA                                                                                              | NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CARGO                                                   | EN CALIDAD DE                                                                         |                                                  |                                     |
| ALFM-RTG                                                                                                     | FLOR MARIA MURILLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | LIDER SST                                               | SUPERVISOR                                                                            |                                                  |                                     |
| SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA                                                                          | LUIS ALEXANDER LEON TUNJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | RESPRESENTANTE LEGAL                                    | REPRESENTANTE LEGAL                                                                   |                                                  |                                     |
| <i>(Incluya las filas que sean requeridas)</i>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No.:                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| ENTIDAD CONTRATANTE/CLIENTE:                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| DATOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS A ENTREGAR Y/O RECIBIR                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACIÓN:                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| ITEM                                                                                                         | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CANTIDAD                                                | V/UNITARIO                                                                            | V/ IVA                                           | V/TOTAL                             |
| 1                                                                                                            | PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMEN DE INGRESO , (Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular, optometría, perfil lipídico, glicemia) valoración psicológica de ingreso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1                                                       | \$ 129.776,00                                                                         | 0%                                               | \$ 129.776,00                       |
| 2                                                                                                            | EXAMEN MEDICO SEGUIMIENTO Y CONTROL:<br>La evaluación médica ocupacional de seguimiento o de control médico ocupacional, se aplicará en aquellos casos en los cuales se determine la necesidad de verificar la evolución de una condición de salud previamente identificada, valorar la efectividad de las medidas adoptadas, o reconsiderar las restricciones y recomendaciones emitidas, especialmente cuando estas hayan sido temporales.<br>(Revisión de historial clínica, según concepto de los médicos tratantes de EPS y/o ARL para emitir las recomendaciones y/o restricciones a las que tenga lugar según patologías de base) | 1                                                       | \$ 164.000,00                                                                         | 0%                                               | \$ 164.000,00                       |
| 3                                                                                                            | CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMEN PERIODICO PAQUETE (Examen médico osteomuscular con énfasis en mucosas y piel, frotis de garganta, cultivo faríngeo y/o antibiograma faríngeo (cuando aplique), KOH, Coprológico, Glicemia, perfil lipídico, optometría, audiometría)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 7                                                       | \$ 211.272,00                                                                         | 0%                                               | \$ 1.478.904,00                     |
| 4                                                                                                            | PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMEN PERIODICO , (Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular, optometría, perfil lipídico, glicemia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2                                                       | \$ 129.776,00                                                                         | 0%                                               | \$ 259.552,00                       |
| 5                                                                                                            | EXAMEN MEDICO POS INCAPACIDAD. (inmediatamente finaliza el periodo de incapacidad médica mayor o igual a treinta (30) días calendario o antes si la condición de salud del trabajador lo hace pertinente o necesario.) Examen médico con énfasis osteomuscular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3                                                       | \$ 60.019,00                                                                          | 0%                                               | \$ 180.057,00                       |
| 6                                                                                                            | EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO (Examen médico de retiro con énfasis osteomuscular)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4                                                       | \$ 29.848,00                                                                          | 0%                                               | \$ 119.392,00                       |
| 7                                                                                                            | APT - BIOMECANICO APT Análisis de puesto de trabajo de osteomuscular con ángulos y movimientos + INFORME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                                       | \$ 622.278,99                                                                         | 19%                                              | \$ 622.278,99                       |
| 8                                                                                                            | PAQUETE DIRECTIVOS EXAMEN PERIODICO, (Examen médico con énfasis cardiovascular, perfil lipídico glicemia, electrocardiograma, optometría).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1                                                       | \$ 136.495,00                                                                         | 0%                                               | \$ 136.495,00                       |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | VALOR SIN I.V.A                                                                       | \$ 3.090.454                                     |                                     |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | VALOR I.V.A                                                                           | \$ 118.233                                       |                                     |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | VALOR TOTAL                                                                           | \$ 3.208.687                                     |                                     |
| SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACIÓN:                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| ITEM                                                                                                         | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | UND/MED                                                 | CANTIDAD                                                                              | V/UNITARIO                                       | VALOR PARCIAL 1                     |
|                                                                                                              | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | 0,00                                                                                  | COP 0                                            | COP 0                               |
|                                                                                                              | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | 0,00                                                                                  | COP 0                                            | COP 0                               |
|                                                                                                              | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | 0,00                                                                                  | COP 0                                            | COP 0                               |
|                                                                                                              | <i>(Incluya las filas que sean requeridas)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         | 0,00                                                                                  | COP 0                                            | COP 0                               |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 0,00                                                                                  | COP 0                                            | COP 0                               |
| VALOR PARCIAL 2                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| Administración                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 5,00%                                                                                 |                                                  | COP 0                               |
| Imprevistos                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 2,00%                                                                                 |                                                  | COP 0                               |
| Utilidades                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 1,00%                                                                                 |                                                  | COP 0                               |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | I.V.A / Utilidades                                                                    | 0%                                               | COP 0                               |
| VALOR TOTAL COP 0                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| CUMPLIENDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN: MARQUE CON UNA X LOS QUE APLIQUEN                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ANEXO DEL CONTRATO:                                     | <input type="checkbox"/>                                                              | FICHA TECNICA:                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       | ESPECIFICACIONES TECNICAS:                       | <input type="checkbox"/>            |
| NORMA TECNICA:                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CUÁL?:                                                  |                                                                                       |                                                  |                                     |
| EVIDENCIADO DE ACUERDO CON LA APLICACIÓN DE: MARQUE CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                       |                                                  |                                     |
| ACTIVIDAD                                                                                                    | APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO APLICA                                               | OBSERVACIONES                                                                         |                                                  |                                     |
| INSPECCION VISUAL REALIZADA                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                | <i>Aquí se debe anotar lo encontrado en el producto durante la inspección visual.</i> |                                                  |                                     |
| INFORMES DE LABORATORIO REALIZADOS                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                     | <i>Aquí se deben relacionar los informes de laboratorio realizados exigidos</i>       |                                                  |                                     |
| CERTIFICACION EXPEDIDA                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                | <i>Aquí se debe relacionar el tipo de certificación expedida</i>                      |                                                  |                                     |
| OTRO                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                |                                                                                       |                                                  |                                     |

| PROCESO                                                                                                    |                           | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN                |                     |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | TÍTULO                    | ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN | CÓDIGO: CT-FO-01    |                                                                                     |
|                                                                                                            |                           |                                           | VERSIÓN No. 02      | Página 1 de 2                                                                       |
|                                                                                                            |                           | FECHA:                                    | 24                  | 7                                                                                   |
|                                                                                                            |                           |                                           |                     | 2024                                                                                |
| <b>DATOS DEL RECIBO PARCIAL O TOTAL DE LOS BIENES O SERVICIOS</b>                                          |                           |                                           |                     |                                                                                     |
| <b>TRATA DEL RECIBO A SATISFACCIÓN QUE HACE LA ENTIDAD CONTRATANTE /CLIENTE</b>                            |                           |                                           |                     |                                                                                     |
| UNA VEZ REVISADOS LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO, POR PARTE DE: <b>MARCAR CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN</b> |                           |                                           |                     |                                                                                     |
| COMITÉ TÉCNICO: SUPERVISOR :                                                                               |                           |                                           |                     |                                                                                     |
| SE PUDO VERIFICAR QUE ESTOS CUMPLEN A ENTERA SATISFACCIÓN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL CONTRATO.      |                           |                                           |                     |                                                                                     |
| OBSERVACIONES GENERALES :                                                                                  |                           |                                           |                     |                                                                                     |
| <b>PARÁ CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, INTERVIENEN :</b>                                                       |                           |                                           |                     |                                                                                     |
| ENTIDAD/EMPRESA                                                                                            | NOMBRE                    | CARGO                                     | EN CALIDAD DE       | FIRMA                                                                               |
| ALF-RTG                                                                                                    | FLOR MARIA MURILLO M      | LIDER SST                                 | SUPERVISORA         |  |
| SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA                                                                        | LUIS ALEXANDER LEON TUNJO | REPRESENTANTE LEGAL                       | REPRESENTANTE LEGAL |  |

|                                                                                                                                                                                 |                                             |                          |                                |                                                                                                                                        |             |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|
| PROCESO                                                                                                                                                                         |                                             |                          |                                | <b>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>                                                                                                      |             |  |  |
|  <p><b>AGENCIA LOGÍSTICA</b><br/><b>FUERZAS MILITARES</b><br/>La unión de nuestras Fuerzas</p> | TÍTULO<br><br><b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b> | Código: <b>CT-FO-11</b>  |                                |  <p>Grupo Socio y Empresarial<br/>de la Defensa</p> |             |  |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                             | Versión No.<br><b>03</b> | Página <b>1</b> de<br><b>9</b> |                                                                                                                                        |             |  |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                             | Fecha.                   | <b>16</b>                      | <b>07</b>                                                                                                                              | <b>2025</b> |  |  |

### INFORME DE SUPERVISIÓN No. 9

Girardot, 15/05/2026

**AL:** Señor,  
**Tc. (RA) ANDRÉS FRANCISCO AGÁMEZ OROZCO**  
Director Regional Tolima Grande

Con toda atención me permito enviar al señor Director Regional Tolima Grande, el informe de supervisión No.08 del contrato No. 015-032-2025 Correspondiente al periodo del 01 al 31 de mayo de 2026 de acuerdo con la siguiente información:

**1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO:** (De acuerdo con la notificación enviada por la Agencia Logística, se deberán establecer los datos).

**CONTRATO No. 015-032-2025**

**CONTRATISTA: SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA**

**OBJETO: "SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DEL PERSONAL DE LA REGIONAL TOLIMA GRANDE"**

**VALOR DEL CONTRATO: \$ 30.000.000 TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE**

**PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO:** Debe hacer la prestación del servicio del objeto contractual hasta el día 31 de diciembre 2025.

**MODIFICACIONES: SI \_\_\_\_\_ NO x**

| TIPO                               |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| ADICION VIGENCIA FUTURA            | \$ 5.100.000             |
| PRORROGA EN TIEMPO VIGENCIA FUTURA | 31/03/2026<br>30/06/2026 |

### 2. CONTROL OBLIGACIONES Y ENTREGABLES CONTRACTUALES:

Una vez verifique el pliego de condiciones, oferta y contrato (página web, SECOP, SECOP II), proceda a diligenciar el presente cuadro de control de cumplimiento de todas las obligaciones contenidas en el contrato describiendo el cumplimiento o no de cada una de las obligaciones pactadas en el contrato.

**1.** Se informa que las obligaciones están plasmadas en el contrato N 015-032-2025 con el OBJETO: "SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DEL LA REGIONAL TOLIMA GRANDE".











TITULO

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

Código: **CT-FO-11**

Versión No. **03**

Página **6** de **9**

Fecha.

**16**

**07**

**2025**



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|     | Tolima Grande.                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Conservar bajo su custodia los exámenes practicados cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.                                         | Certificado de custodia de historias clínica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Una vez adjudicado el contrato debe el contratista allegar los documentos relacionados en cada perfil (médicos, optómetras, fonoaudiólogos, psicólogos y auxiliares de enfermería o de laboratorio y fisioterapeutas) responsable de las evaluaciones médicas ocupacionales | Hojas de vida.                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37  | Remitir al supervisor del contrato el Certificado de disposición final o de los residuos peligrosos y/o especiales generados durante el servicio con gestor autorizado por Autoridad Ambiental competente.                                                                  | DICIEMBRE CERTIFICADO DE DISPOSICION FINAL   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. CUMPLIMIENTO DE LOS RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO.**

Seguimiento y monitoreo de los riesgos establecidos para la etapa de ejecución del contrato:

| Nº | TIPO        | DESCRIPCIÓN                                                   | TRATAMIENTO                                                                                                           | RESPONSABLE | PERIODICIDAD                          |
|----|-------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| 1  | OPERACIONAL | No existen oferentes habilitados para el proceso de selección | Desarrollar un adecuado análisis de la oferta del sector                                                              | ALFM        | Durante la estructuración del proceso |
| 2  | OPERACIONAL | Modificación de las especificaciones técnicas                 | Realizar requerimiento oportuno al contratista para que realice las actividades de acuerdo a los términos contratados | SUPERVISOR  | En el evento                          |
| 3  | OPERACIONAL | Incumplimiento total o parcial de las obligaciones            | Garantía de cumplimiento                                                                                              | SUPERVISOR  | En el evento                          |
| 4  | OPERACIONAL | Incumplimiento de las obligaciones laborales                  | Garantía de pago de salarios y prestaciones sociales                                                                  | SUPERVISOR  | Mensual                               |
| 5  | ECONOMICO   | Falta de calidad de los servicios                             | Garantía de calidad de los servicios                                                                                  | CONTRATISTA | En el momento de                      |



TÍTULO

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

Código: **CT-FO-11**

Versión No.  
**03**

Página **7** de  
**9**

Fecha.

**16**

**07**

**2025**





|   |             |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |            |                         |
|---|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
| 6 | OPERACIONAL | Incumplimiento del programa de trabajo                                                                    | Realizar seguimiento al cumplimiento y en caso de incumplimiento realizar requerimiento oportuno al contratista para que realice las actividades de acuerdo a los términos contratados | SUPERVISOR | recibir<br>En el evento |
| 7 | OPERACIONAL | Cambio del personal calificado que ejecuta el servicio sin informar a la Entidad                          | Verificar que la empresa cuando realice cambio de personal reporte la novedad a la Entidad para que sea aprobado                                                                       | SUPERVISOR | En el evento            |
| 8 | OPERACIONAL | Que el contratista no cuente con la infraestructura y equipos suficientes para la prestación del servicio | Verificación de los requisitos mínimos para la selección del contratista                                                                                                               | ALFM       | Mensual                 |
| 9 | OPERACIONAL | Que no se preste el servicio de Transporte y traslado del personal médico hasta las unidades de negocio   | Seguimiento a la Entrega                                                                                                                                                               | ALFM       | En el evento            |

**4. NOVEDADES DE INCUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION:**

(Seguimiento técnico, administrativo, y jurídico)

Ninguno

|                                                                                     |                                             |  |  |  |                                   |           |                             |             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|-----------|-----------------------------|-------------|--|
| PROCESO                                                                             |                                             |  |  |  | <b>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b> |           |                             |             |  |
|    | TITULO<br><br><b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b> |  |  |  | Código: <b>CT-FO-11</b>           |           |                             |             |  |
|                                                                                     |                                             |  |  |  | Versión No.<br><b>03</b>          |           | Página <b>8</b> de <b>9</b> |             |  |
|                                                                                     |                                             |  |  |  | Fecha.                            | <b>16</b> | <b>07</b>                   | <b>2025</b> |  |
|  |                                             |  |  |  |                                   |           |                             |             |  |

## 5. CONTROL DE PAGOS

| Valor total de Contrato         | <b>\$ 30.000.000</b> |                  |                    |                                                           |
|---------------------------------|----------------------|------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| Valor Vigencia Futura           | <b>\$ 5.100.000</b>  |                  |                    |                                                           |
| <b>SALDO</b>                    | <b>\$ 0</b>          |                  |                    |                                                           |
| No. Factura y/o Cuenta de cobro | Fecha                | Valor Facturado  | Saldo por Ejecutar | Con cargo al Contrato Interadministrativo No. (SI APLICA) |
| Pago anticipo(si aplica)        | N-A                  | N-A              | N-A                | N-A                                                       |
| Factura No. SET1146403          | 14/05/2026           | <b>3.208.687</b> | <b>1.891.313</b>   | N-A                                                       |
| <b>Subtotal (por usos)</b>      |                      |                  |                    |                                                           |

Porcentaje cumplimiento Avance **vigencia futura 62.92%**

A la fecha ha sido facturada la suma de **\$ 3.208.687** es decir que se ha ejecutado el **62.92%** del contrato los cuales fueron dados a satisfacción por la Regional Tolima Grande, pasando con un saldo por valor de **\$1.891.313** equivalente al **37.08%** del valor del contrato.

### 6. INFORMACIÓN FIDUCIAS (Cuando aplique)

No aplica

### 7. INFORMACIÓN PERSONAL CONTRATADO (Cuando aplique)

No aplica

### 8. INFORMACIÓN AIU (Cuando aplique)

No Aplica

**9. DOCUMENTOS ANEXOS AL INFORME:** Se anexan: informe de actividades

**10. REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES: (Cuando aplique / si no aplica dejar en este espacio la palabra No Aplica)**

Este numeral aplica solo para el último informe de supervisión, donde se deberá realizar la reevaluación del proveedor en cumplimiento de la GUÍA PARA LA EVALUACIÓN, SELECCIÓN, SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES CT-GU-01, de acuerdo con el siguiente cuadro:

| FACTORES A EVALUAR | CUMPLE |    | OBSERVACION |
|--------------------|--------|----|-------------|
|                    | SI     | NO |             |



**AGENCIA LOGÍSTICA  
FUERZAS MILITARES**  
— La unión de nuestras Fuerzas —

TÍTULO

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

Código: **CT-FO-11**

Versión No.  
**03**

Página **9** de  
**9**

Fecha.

**16**

**07**

**2025**



Grupo Socio y Empresarial  
de la Defensa

|                                                                                         |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Nivel de Cumplimiento con el objeto del contrato y especificaciones técnicas del mismo. |  |  |  |
| Nivel de Cumplimiento con el tiempo de entrega.                                         |  |  |  |
| Nivel de Cumplimiento con las obligaciones adicionales estipuladas en el contrato.      |  |  |  |
| Nivel de Cumplimiento con el precio ofertado.                                           |  |  |  |

En observación se sugiere siempre colocar un comentario

**11. RECOMENDACIONES**

- ✓ Hacer seguimiento a los compromisos en el contrato.
- ✓ Realizar tramite de pago de la factura N° SET1146403 por un valor de **\$3.208.687**

Cordialmente,

  
**PD. FLOR MARIA MURILLO MENDOZA**  
Supervisor del Contrato No. 015-032-2025



| SEDE             | NIT       | EMPRESA     | FECHA INGRESO | TIPO EXAMEN | CARGO       | PAQUETE                                                                  |
|------------------|-----------|-------------|---------------|-------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------|
| SEDE 103         | 800117184 | AGENCIA LOG | 18/04/2026    | EGRESO      | TASD        | EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO                                          |
| SEDE 103         | 800117184 | AGENCIA LOG | 18/04/2026    | EGRESO      | TASD        | EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO                                          |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 16/04/2026    | EGRESO      | AS          | EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO                                          |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 20/04/2026    | EGRESO      | TASD        | EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO                                          |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 10/03/2026    | POST INCAPA | AUXILIAR DE | POST INCAPACIDAD                                                         |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 13/03/2026    | POST INCAPA | AUXILIAR DE | POST INCAPACIDAD                                                         |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 10/03/2026    | PERIODICO   | TECNICO PAR | PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMENES PERIODICO                                |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 10/03/2026    | PERIODICO   | TECNICO PAR | PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMENES PERIODICO                                |
| IBAGU            | 800117184 | AGENCIA LOG | 25/04/2026    | PRE INGRESO | PD          | PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMEN DE INGRESO                                 |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 10/03/2026    | PERIODICO   | COORDINADOR | PAQUETE ADMINISTRATIVO DIRECTIVO EXAMENES PERIODICO                      |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 17/03/2026    | PERIODICO   | AUXILIAR DE | PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMEN DE INGRESO                                 |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 10/03/2026    | PERIODICO   | TECNICO PAR | CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMENDE INGRESO PAQUETE           |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 10/03/2026    | PERIODICO   | AUXILIAR DE | CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMENDE INGRESO PAQUETE           |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 20/03/2026    | PERIODICO   | AUXILIAR DE | CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMENDE INGRESO PAQUETE           |
| ASISTENCIA Y ASI | 800117184 | AGENCIA LOG | 16/04/2026    | PERIODICO   | AUXILIAR DE | PERIODICO-CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMENDE INGRESO PAQUETE |
| IBAGU            | 800117184 | AGENCIA LOG | 15/04/2026    | PERIODICO   | AUXILIAR DE | PERIODICO-CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMENDE INGRESO PAQUETE |
| FISIO HEALTH SA  | 800117184 | AGENCIA LOG | 17/04/2026    | PERIODICO   | AUXILIAR DE | PERIODICO-CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMENDE INGRESO PAQUETE |
| CLIPSALUD IPS    | 800117184 | AGENCIA LOG | 22/04/2026    | PERIODICO   | AUXILIAR DE | PERIODICO-CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMENDE INGRESO PAQUETE |
|                  | 800117184 | AGENCIA LOG | 17/03/2026    | PERIODICO   | AUXILIAR DE | PERIODICO-CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS EXAMENDE INGRESO PAQUETE |

IVA APT



SOA-FDSGC-11  
REV 10 – Jun/24

Bogotá, 10 de abril de 2026

Señores:

AUTORIDAD NACIONAL DE ACUICULTURA Y PESCA - AUNAP

Bogotá, D.C – Colombia

**Asunto:** Informe y cronograma de atención del mes de marzo.

Con la presente nos permitimos informar el personal atendido en el mes de marzo.

Funcionarios agendados alturas:

| CIUDAD               | PACIENTES |
|----------------------|-----------|
| GIRARDOT             | 9         |
| NEIVA                | 3         |
| <b>Total general</b> | <b>12</b> |

- Se da inicio de atenciones el día 11 de Marzo del 2026, en el cual se genera aprobación de solicitudes y entrega de conceptos.

Funcionarios agendados a exámenes:

| CIUDAD                    | CIUDAD   |               |
|---------------------------|----------|---------------|
| TIPO DE EXAMEN            | GIRARDOT | Total general |
| PERIODICO                 | 6        | 6             |
| PERIODICO CON SEGUIMIENTO | 1        | 1             |
| POST INCAPACIDAD          | 2        | 2             |
| <b>Total general</b>      | <b>9</b> | <b>9</b>      |

- Se da inicio de atenciones el día 10 de Marzo del 2026, en el cual se genera aprobación de solicitudes y entrega de conceptos.

Enviaremos un informe periódico mensual que destacará los avances y novedades del proceso, con el objetivo de realizar un seguimiento detallado de los resultados.

SOA-FDSGC-11  
REV 10 - Jun/24

Cordialmente,  
Jesika Yurany Caicedo Vela  
**Ejecutiva Post venta**

[Jesika.caicedo@soandes.co](mailto:Jesika.caicedo@soandes.co)  
3203926836

SOA-FDSGC-11  
REV 10 – Jun/24

Bogotá, 06 de Mayo de 2026

Señores:

AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES

Bogotá, D.C – Colombia

**Asunto:** Informe y cronograma de atención del mes de Abril.

Con la presente nos permitimos informar el personal atendido en el mes de abril.

Funcionarios agendados a exámenes:

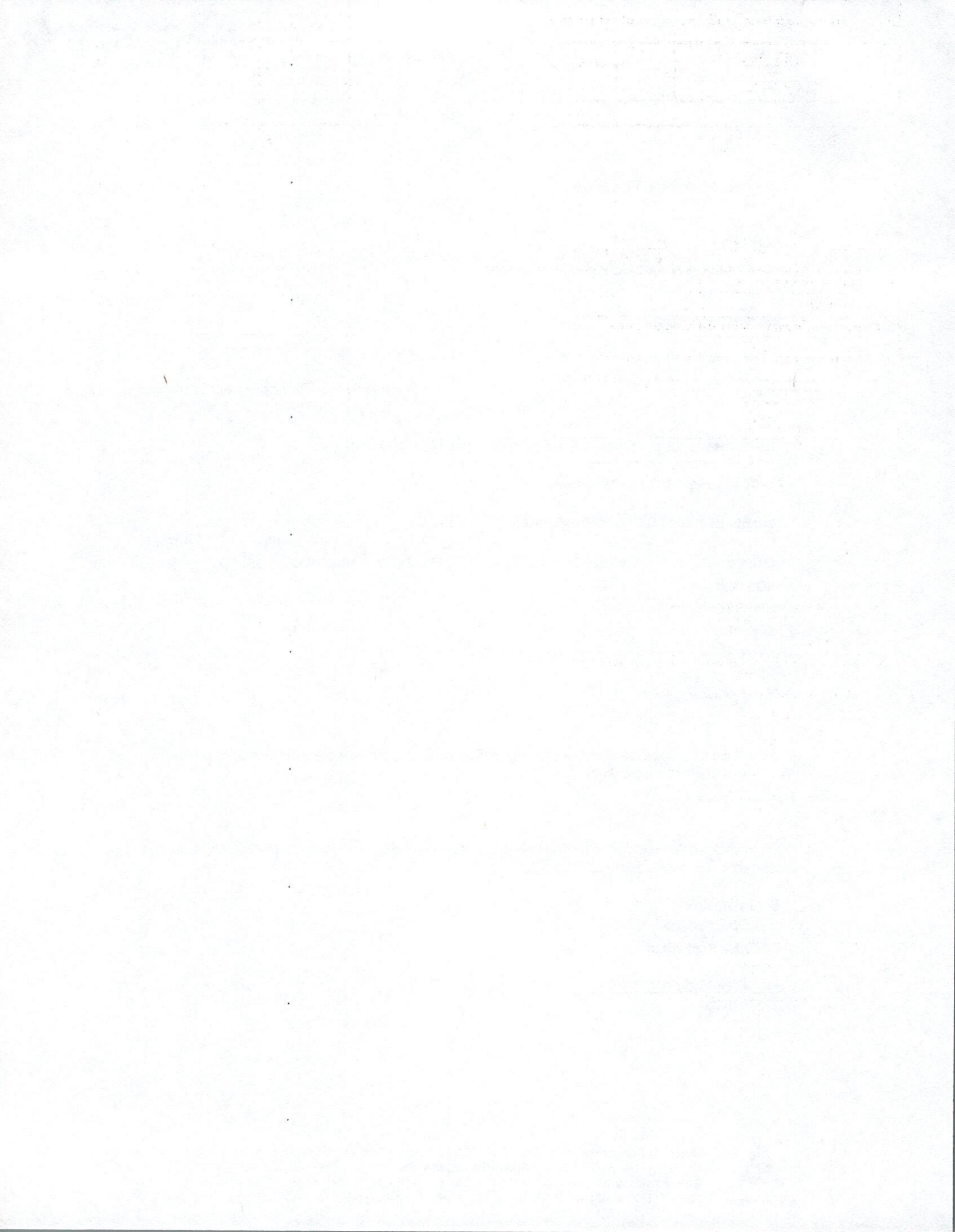
| Cuenta de PACIENTE   |        | TIPO DE EXAMEN |           |             | Total general |
|----------------------|--------|----------------|-----------|-------------|---------------|
| CIUDAD               | EGRESO | PERIODICO      | PERIÓDICO | PRE INGRESO |               |
| BOGOTA, D.C.         |        | 2              |           |             | 2             |
| GIRARDOT             |        | 2              | 1         |             | 3             |
| IBAGUE               |        |                |           | 1           | 1             |
| LA DORADA            |        |                | 1         |             | 1             |
| NEIVA                |        |                | 1         |             | 1             |
| <b>Total general</b> |        | <b>4</b>       | <b>3</b>  | <b>1</b>    | <b>9</b>      |

- Se da inicio de atenciones el día 15 de abril de 2026, en el cual se genera aprobación de solicitudes y entrega de conceptos.

Enviaremos un informe periódico mensual que destacará los avances y novedades del proceso, con el objetivo de realizar un seguimiento detallado de los resultados.

Cordialmente,  
Jesika Yurany Caicedo Vela  
**Ejecutiva Post venta**

[Jesika.caicedo@soandes.co](mailto:Jesika.caicedo@soandes.co)  
3203926836





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES



ENTRADA MERCANCÍAS

|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Información             | Doc Num: 5000877279                 |
| Fecha Documento         | 14.05.2026                          |
| Fecha Contabilización   | 14.05.2026                          |
| Sociedad No.            | 012                                 |
| Nombre Sociedad         | Regional Tolima Grande              |
| Centro                  | G001 General Reg Tolima Grande      |
| Proveedor No.           | 80006222                            |
| Nombre Proveedor        | SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMI |
| Orden de Compra         | 4300013331                          |
| Grupo de Compras        | 012 Servicios ALFM                  |
| No. Contrato            | 015-032-2025                        |
| Clase Movimiento        | 101 EM Entr.mercancias              |
| Nro. Factura Proveedor: | SET1146403                          |

| Pos. | Almacén | Denominación    | Material | Descripción                              | Cantidad | Unidad | Vir. Unit.   | Vir. Total |
|------|---------|-----------------|----------|------------------------------------------|----------|--------|--------------|------------|
| 0001 |         | Alm Gral Tolima |          | PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMEN DE INGRESO | 1        | SRV    | 129.776,0000 | 129.776    |
|      |         |                 |          |                                          |          |        | TOTAL        | 129.776    |

Emisor : CCORREA

Firma : 

Recibe :

Firma : \_\_\_\_\_









MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES



ENTRADA MERCANCÍAS

|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Información             | Doc Num: 5000877449                 |
| Fecha Documento         | 14.05.2026                          |
| Fecha Contabilización   | 14.05.2026                          |
| Sociedad No.            | 012                                 |
| Nombre Sociedad         | Regional Tolima Grande              |
| Centro                  | G001 General Reg Tolima Grande      |
| Proveedor No.           | 80006222                            |
| Nombre Proveedor        | SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMI |
| Orden de Compra         | 4300013331                          |
| Grupo de Compras        | 012 Servicios ALFM                  |
| No. Contrato            | 015-032-2025                        |
| Clase Movimiento        | 101 EM Entr.mercancias              |
| Nro. Factura Proveedor: | SET1146403                          |

| Pos. | Almacén | Denominación    | Material | Descripción                            | Cantidad | Unidad | Vlr. Unit.     | Vlr. Total |
|------|---------|-----------------|----------|----------------------------------------|----------|--------|----------------|------------|
| 0001 |         | Alm Gral Tolima |          | EXAMENES PERIODICO, PAQUETE CERTIFICAD | 1        | SRV    | 1.478.904,0000 | 1.478.904  |
|      |         |                 |          |                                        |          |        | TOTAL          | 1.478.904  |

Emisor : CCORREA

Firma :



Recibe :

Firma :

\_\_\_\_\_













MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES



ENTRADA MERCANCÍAS

|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Información             | Doc Num: 5000877491                 |
| Fecha Documento         | 14.05.2026                          |
| Fecha Contabilización   | 14.05.2026                          |
| Sociedad No.            | 012                                 |
| Nombre Sociedad         | Regional Tolima Grande              |
| Centro                  | G001 General Reg Tolima Grande      |
| Proveedor No.           | 80006222                            |
| Nombre Proveedor        | SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMI |
| Orden de Compra         | 4300013331                          |
| Grupo de Compras        | 012 Servicios ALFM                  |
| No. Contrato            | 015-032-2025                        |
| Clase Movimiento        | 101 EM Entr.mercancías              |
| Nro. Factura Proveedor: | SET1146403                          |

| Pos. | Almacén | Denominación    | Material | Descripción                     | Cantidad | Unidad | Vlr. Unit.   | Vlr. Total |
|------|---------|-----------------|----------|---------------------------------|----------|--------|--------------|------------|
| 0001 |         | Alm Gral Tolima |          | EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO | 1        | SRV    | 119.392,0000 | 119.392    |
|      |         |                 |          |                                 |          |        | TOTAL        | 119.392    |

Emisor : CCORREA

Firma :

Recibe :

Firma :

---





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES



ENTRADA MERCANCÍAS

|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Información             | Doc Num: 5000877552                 |
| Fecha Documento         | 14.05.2026                          |
| Fecha Contabilización   | 14.05.2026                          |
| Sociedad No.            | 012                                 |
| Nombre Sociedad         | Regional Tolima Grande              |
| Centro                  | G001 General Reg Tolima Grande      |
| Proveedor No.           | 80006222                            |
| Nombre Proveedor        | SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LIMI |
| Orden de Compra         | 4300013331                          |
| Grupo de Compras        | 012 Servicios ALFM                  |
| No. Contrato            | 015-032-2025                        |
| Clase Movimiento        | 101 EM Entr.mercancias              |
| Nro. Factura Proveedor: | SET1146403                          |

| Pos. | Almacén | Denominación    | Material | Descripción       | Cantidad | Unidad | Vlr. Unit.   | Vlr. Total |
|------|---------|-----------------|----------|-------------------|----------|--------|--------------|------------|
| 0001 |         | Alm Gral Tolima |          | APT - BIOMECANICO | 1        | SRV    | 740.511,0000 | 740.511    |
|      |         |                 |          |                   |          |        | TOTAL        | 740.511    |

Emisor : CCORREA

Firma : 

Recibe :

Firma : \_\_\_\_\_





