**Obligación Presupuestal Comprobante**

Usuario Solicitante: MHamdoming ANYELA MARCELA DOMINGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora: 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE
Fecha y Hora: 2026-06-05-10:07 a. m.

| REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION. | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 10526 | **Fecha Registro:** | 2026-06-05 | **Unidad / Subunidad** | | | 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN | | | | |
| **Vigencia** | Actual | **Estado:** | Generada | **Requier** | | No | **Tipo de DIP:** | | **Nro. Compromiso:** | | 2326 |
| **Valor Inicial:** | 7.920.000,0 | **Valor Total Operaciones:** | | | 0,00 | | **Valor Actual:** | 7.920.000,00 | **Saldo x Ordenar:** | | 7.920.000,00 |
| **Valor Inicial Moneda** | 0,00 | **Valor Total Operaciones Moneda** | | | 0,00 | | **Valor Actual** | 0,00 | **Saldo x Ordenar** | | 0,00 |
| **Valor Deducciones:** | 39.600,00 | **Valor Neto:** | | | 7.880.400,00 | | **Valor IVA:** | 0,00 | **Nro. Cdp:** | | 2826 |
| **Valor Deducciones** | 0,00 | **Valor Neto** | | | 0,00 | | **Atributo** | 05-NINGUNO | **Comprobante** | | 370414 |
| **TERCERO** | | | | | | | | | | | |
| **Identificacion:** | 94541100 | **Razon Social:** | JONATHAN HERNADEZ SEGURA | | | | | | **Medio de Pago:** | | Abono en cuenta |
| **CUENTA BANCARIA** | | | | | | | | | | | |
| **Numero:** | 352246722 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA | | | | | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |
| **CUENTA X PAGAR** | | | | **CAJA MENOR** | | | | | | | |
| **Numero:** | 10726 | **Tipo:** | Rentas de | **Identificacion:** | | | | | **Fecha de Registro:** | | |
| **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | | | | | | | |
| **Numero:** | FEJS753 | **Tipo:** | FACTURA | | | | | **Fecha:** | 2026-06-05 | | |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | ATRIBUTO CONTABL | FECHA | VALOR INICIAL | VALOR | VALOR ACTUAL | SALDO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-100 ESM | A-02-02-02-009-003 | Nación | 16 | SSF | 05- | | | | | |
| | | | | | | **Total:** | 7.920.000,00 | 0,00 | 7.920.000,00 | 7.920.000,00 |

| **Objeto:** | FEJS753-001-06-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA EMAVI-ESM-2026-PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS ASISTENCIALES DE |
|---|---|

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA DE | ESTADO | VALOR A |
|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE | 4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-06-09 | Generada | 7.920.000,00 |

**POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL**

| POSICION DEL CATALOGO DE | IDENTIFICACIO | NOMBRE BENEFICIARIO | BASE | TARIFA | VALOR | SALDO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-03-19-02 PRO-DESARROLLO UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA-UCEVA | NIT 890399029 | DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA | 7.920.000,00 | 0,500 % | 39.600,00 | 39.600,00 |

**TE. PAOLA ALEXANDRA CHALAPUD LARA**
**ESPECIALISTA CONTABLE ESM-EMAVI**

**CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ**
**ORDENADOR DEL GASTO ESM EMAVI**

| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | Código: | GA-JEADA-FR-201 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO | Versión N°: | 7 |
| | | Vigencia: | 28-11-2024 |

**AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PARA PAGO N°** 103

**FECHA:** miércoles, 3 de junio de 2026

La suscrita Coronel LUZ STELLA FRANCO YEPEZ Ordenadora del Gasto de la Escuela Militar de Aviación nombrado mediante Resolución No. 0937 del 18-NOV-2024 con novedad fiscal a partir del 07-ENE-2025; autoriza el pago y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo con lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aeroespacial Colombiana"

| *CONCEPTO* | *DESCRIPCION* | |
|---|---|---|
| ***PROVEEDOR*** | HERNADEZ SEGURA JONATHAN | |
| ***TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN*** | Cédula de Ciudadanía | |
| ***No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN*** | 94541100 | |
| ***No DOC. SOPORTE*** | 001-06-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026 | |
| ***VALOR TOTAL*** | **$ 47.520.000,00** | |
| ***VALOR A PAGAR*** | ***RECURSO 10:*** | $ - |
| | ***RECURSO 16:*** | $ 7.920.000,00 |
| ***VALOR LEGALIZACION / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO*** | N/A | |
| ***RUBRO PRESUPUESTAL AL MÁXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN*** | A-02-02-02-009-003-01 | |
| ***NÚMERO DE LA ENTRADA DE BIEN Y/O SERVICIO SAP)*** | 1002429399 | 5003925716 |
| ***NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)*** | 3500554012 | |
| ***VIGENCIA*** | ACTUAL | |
| ***PAC MES*** | JUNIO | |
| ***BANCO*** | BANCO DE BOGOTA | |
| ***TITULAR*** | HERNADEZ SEGURA JONATHAN | |
| ***TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO*** | AHORRO | |
| ***NUMERO CUENTA*** | 352246722 | |
| ***ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS*** *(cuando aplique)* | | |
| ***TITULAR*** | N/A | |
| ***NIT/C.C*** | N/A | |
| ***BANCO*** | N/A | |
| ***TIPO DE CUENTA BANCARIA*** | N/A | |
| ***NUMERO CUENTA*** | N/A | |

| TIPO DOCUMENTO | DOCUMENTOS | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| ORIGINAL | Certificación para pago Formato | 1 |
| DIGITAL | Registro presupuestal CRP, última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar. | N/A |
| DIGITAL | Los demás documentos que se hayan suscrito en el contrato y/o se requieran de acuerdo con la normatividad vigente. | 9 |
| **TOTAL FOLIOS** | | **10** |

En constancia de lo anterior firman:

**ELABORO:**
ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO
**SEPLA ESM EMAVI**

**REVISÓ:**
TC. LINA MARCELA NAVARRO ROMERO
**JEFE ESM EMAVI**

**APROBÓ:**
CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ
**ORDENADOR DEL GASTO EMAVI**

| **ACTA DE RECIBO A *SATISFACCIÓN* DE BIENES Y SERVICIOS PARCIAL** | **FECHA 01 DE JUNIO DE 2026** |
|---|---|
| *CONTRATO N°* | 001-06-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-EMAVI-ESM-2026 |
| *FECHA SUSCRIPCIÓN* | 24-01-2026 |
| OBJETO DEL CONTRATO | *PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS ASISTENCIALES DE UN PERSONAL DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS* USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR – *EMAVI Lote 7. Médico especialista* |
| FORMA DE PAGO | |

Lote 7 – JHONATAN HERNANDEZ SEGURA

| No. PAGOS | MES EJECUCIÓN | MES PAGO 2026 (PAC MES) | No. HORAS DIA | No. SEMANAS | TOTAL No. HORAS SEMANA | TOTAL HORAS MES | VALOR UNITARIO POR HORA | VALOR A PAGAR EN EL MES (HONORARIOS MES) | % EJECUCIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO | ABRIL | 4 | 4 | 22 | 88 | $ 90.000 | $ 7.920.000 | 16,67% |
| 2 | ABRIL | MAYO | 4 | 4 | 22 | 88 | $ 90.000 | $ 7.920.000 | 16,67% |
| 3 | MAYO | JUNIO | 4 | 4 | 22 | 88 | $ 90.000 | $ 7.920.000 | 16,67% |
| 4 | JUNIO | JULIO | 4 | 4 | 22 | 88 | $ 90.000 | $ 7.920.000 | 16,67% |
| 5 | JULIO | AGOSTO | 4 | 4 | 22 | 88 | $ 90.000 | $ 7.920.000 | 16,67% |
| 6 | AGOSTO | SEPTIEMBRE | 4 | 4 | 22 | 88 | $ 90.000 | $ 7.920.000 | 16,67% |
| | | | | | | | VALOR TOTAL CONTRATO LOTE 7 | $ 47.520.000 | 100,00% |

| | |
|---|---|
| CONTRATISTA | JONATTAN HERNANDEZ SEGURA |
| INTERVENTOR | NO APLICA |
| SUPERVISOR | SMSM. JULIETH ANDREA CORREA MEJIA |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 47.520.000,00 |
| PLAZO DE ENTREGA | Hasta 31 de agosto de 2026 |
| FECHA DE INICIO | 02-03-2026 |
| *FECHA DE SUSPENSIÓN* | No Aplica |
| *FECHA DE REINICIACIÓN* | No Aplica |
| ***CONTRATO MODIFICATORIO N° 1*** | |
| *FECHA DE SUSCRIPCIÓN* | No Aplica |
| OBJETO DEL CONTRATO | No Aplica |
| FORMA DE PAGO | No Aplica |

| | |
|---|---|
| PLAZO DE ENTREGA | No Aplica |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO | No Aplica |

En Cali, el día 01 del mes de Junio de 2026, se reunieron el señora SMSMJULIETH ANDREA CORREA MEJIA, en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC** y el señor JONATTAN HERNANDEZ SEGURA en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo a satisfacción PARCIAL, de los bienes y/o servicios correspondientes(s) al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a lo(s) bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la(s) entrega(s) se cumplió (eron) dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

| DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS | CANTIDAD | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

| DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS | CANTIDAD | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

| DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|
| CONSULTAS MEDICAS Mayo -2026 | • Ejecuta actividades de consulta hasta por un total estimado de ochenta y ocho (88) horas mensuales, orientadas a la atención de los<br>• Aplicar lar Rutas Integrales de Atención en Salud de acuerdo a la Resolución 3280 de 2018 en relación a la ruta de vigilancia materno perinatal, promoción y mantenimiento de la salud. Realizando el Abordaje del paciente de acuerdo al momento de vida, con enfoque de gestión del riesgo y atención primaria en salud, asimismo, aplicar el Modelo de Atención Integral en salud incluyendo |

| | |
|---|---|
| | • Realizar conceptos médicos cuando sean requeridos, en los formatos para tal fin, entregando una copia a la secretaria de la dirección del ESM.<br>• Registrar en el aplicativo SALUDSIS la Historia clínica del paciente el procedimiento realizado.<br>• Prescribir los medicamentos de acuerdo a lo establecido en el ACUERDOS 052 de 2013 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, por el cual se establece el manual de medicamentos y terapéutica para el SSMP y se dictan otras disposiciones. |

| DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor) | CANTIDAD | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A |

**SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO**

| DETALLE DEL PAGO | VALOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 47.520.000 | |
| ADICIÓN | $0 | |
| VALOR FINAL CONTRATO | $ 47.520.000 | |
| PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO | $0 | |
| PRIMER PAGO PARCIAL | $7.920.000 | Factura FEJS750 (Factura con fecha del 7/4/2026 teniendo en cuenta que por días feriados se genera posterior al 31 de marzo) |

| | | |
|---|---|---|
| SEGUNDO PAGO PARCIAL | $7.920.000 | Factura FEJS751 (Factura con fecha del 4/5/2026 teniendo en cuenta que por días feriados se genera posterior al 30 de abril) |
| TERCER PAGO PARCIAL | $7.920.000 | Factura FEJS753 (Factura con fecha del 1/6/2026 teniendo en cuenta que por días feriados se genera posterior al 31 de mayo) |
| SALDO | $23.760.000 | |

**ANEXOS**

***NOTA: SE RELACIONAN LOS DOCUMENTOS SEGÚN APLIQUE, TENIENDO EN CUENTA LA NATURALEZA DEL PROCESO CONTRACTUAL Y EL CONTRATISTA (NACIONAL O EXTRANJERO).***

| TIPO DE DOCUMENTO | DOCUMENTOS OBJETO DE VERIFICACIÓN | ANEXO |
|---|---|---|
| COPIA | Factura electrónica (PDF) | X |
| COPIA | Entrada de bienes y/o servicios (SAP) | N/A |
| COPIA | PERSONA JURÍDICA - Certificación de aportes de seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y adjuntar recibo de la planilla de pago | N/A |
| COPIA | PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social | X |
| COPIA | Captura de pantalla de la aprobación en el Sistema SIIF de la facturación | X |
| COPIA | Los demás documentos que apliquen | X |

**EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON**

OPS. JONATTAN HERNANDEZ SEGURA

SMSM JULIETH ANDREA CORREA MEJIA
GRADO, NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR

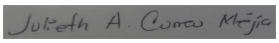
ELABORO: SMSM JJULIETH ANDREA CORREA MEJIA

| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | | Código | GA-JEADA-FR-132 |
|---|---|---|---|---|
| | FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL | | Versión No: | 4 |
| | | | Vigencia | 18/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **Jefatura o Unidad:** | ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACION |
| **Nombre del Supervisor de Contrato** | SMSM JULIETH ANDREA CORREA MEJIA |
| **Ordenador del Gasto** | EMAVI |
| **No. Contrato** | No. 001-06-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA EMAVI-ESM-2026 |
| **Objeto del contrato** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS ASISTENCIALES DE UN PERSONAL DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR – EMAVI Lote 7. Médico especialista |
| **Valor del contrato** | $ 47.520.000,00 |
| **Adición** | $ 0,00 |
| **Reducción** | $ 0,00 |
| **Valor final del contrato** | $ 47.520.000,00 |

| IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN) | | USO PRESUPUESTAL (SOLO PARA RECURSO 11) | DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL | DESCRIPCION | VALOR APROPIACION POR RUBRO |
|---|---|---|---|---|---|
| | RECURSO | | | | |
| A - 02-02-02-009-003-01 | 16 | N/A | SERVICIOS DE SALUD HUMANA | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS ASISTENCIALES DE UN PERSONAL DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR – EMAVI | **$ 47.520.000,00** |
| TOTAL VIGENCIA | | | | | **$ 47.520.000,00** |
| TOTAL VIGENCIA 2026 | | | | | **$ 47.520.000,00** |
| | | | **Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)** | | **$ 0,00** |

| No. PAGO | MES DE PAGO | MES AMORTIZACIÓN PAGO ANTICI. | DETALLE DEL PAGO | RUBRO | USO PRESU-PUESTAL | DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO | VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO | VALOR TOTAL PARA PAGO | SALDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ABRIL | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | A-02-02-02-009-003-01-16 | N/A | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS ASISTENCIALES DE UN PERSONAL DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR – EMAVI | $ 7.920.000,00 | $ 7.920.000,00 | $ 39.600.000,00 |
| 2 | MAYO | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | A-02-02-02-009-003-01-16 | N/A | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS ASISTENCIALES DE UN PERSONAL DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR – EMAVI | $ 7.920.000,00 | $ 7.920.000,00 | $ 31.680.000,00 |
| 3 | JUNIO | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | A-02-02-02-009-003-01-16 | N/A | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS ASISTENCIALES DE UN PERSONAL DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR – EMAVI | $ 7.920.000,00 | $ 7.920.000,00 | $ 23.760.000,00 |
| **TOTALES** | | | | | | | **$ 23.760.000,00** | **$ 23.760.000,00** | **$ 23.760.000,00** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA (Supervisor del Contrato)** |  |
| **POSTFIRMA** | SMSM JULIETH ANDREA CORREA MEJIA |
| **FECHA** | 6/01/2026 |

**JONATTAN HERNANDEZ SEGURA**
**NIT: 94541100-1**
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CRA 83B 14A 60 AP 201, Cali, Valle Del Cauca, Colombia
Tel. 3218517735

Dr. Jonattan Hernández Segura
Especialista en Medicina Interna
RM 4657/2010

**Autorización facturación electrónica No. 18764107084031 válida desde 2026-03-11 hasta 2026-09-11 rango desde FEJS-748 hasta FEJS-800**

| DATOS DEL CLIENTE | |
|---|---|
| **NIT:** | **901542573-2** |
| **Nombre o Razón Social:** | **ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN** |
| **Dirección:** | **CR 8 58 67, Cali, Valle Del Cauca, Colombia, CP 76001** |
| **Teléfono:** | **3229477903** |
| **Email:** | **enerier.delgado@fac.mil.co** |

| FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|---|---|
| **No. de Factura** | **FEJS - 753** |
| **Fecha Emisión** | **01/06/2026 15:43:13** |
| **Fecha Vencimiento** | **01/07/2026** |
| **Moneda** | **COP Colombia, Pesos** |
| **Forma de Pago:** | **Crédito** |
| **Medio de Pago:** | **Consignación bancaria** |
| **Fecha de Pago:** | **01/07/2026** |
| **Total de Lineas:** | **1** |

| # | Código | Descripción | U. M. | Cantidad | Precio U. | Impuestos | | | Dcto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 001 | Prestación de Servicios Personal de la salud para la atención integral - usuarios de EMAVI - 01-05-2026 / 31-05-2026 | WSD | 1,00 | $7.920.000,00 | | | | 0,00 | $7.920.000,00 |

| Impuesto | Base | Tarifa / Valor Nominal | Importe |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $7.920.000,00 |
| **Cargos:** | $0,00 |
| **Descuento:** | $0,00 |
| **Total:** | $7.920.000,00 |

| | |
|---|---|
| **CUFE:** | 5907c81df3b9b65a21218d524de6477e87184a49161adcd1b25fdab33de8f148025bd60b6bd30488a4b6536e4705768f |
| **Total con letra:** | (siete millones novecientos veinte mil pesos ) |

Por favor consignar en la cuenta bancaria #CUENTA DE AHORROS No.927224527 BBVA

**Firma Digital:** muvApTEnQDzVMgRaYdQmP4MhyDvSJPDUbWkvoaeKAtr+grbAYsCnOhTOomM/S1RD
fMJG4rpP++gOgnsOrlDCYaN9NhwoAhlzgbNf2Nz1Gkdly3dn3x
3LG36Cw4OfoAoZ ilxf8mBDFbm0A+uoyfuecMXVZ/1w4ydR87OBLSEA20yjVdsqhMzhkVlMzqEo+xcD aDeV39GotAqpk2cdx+stoszNC/TsmOKF5N+
KtgZvBTqf89YeurED6FweMRWtV3AE gTK4NZ+1/m6jnT9q4kDgNkVfo4LKhYv3l+n0HMOCwH6f9pfki9MeclsVVDf7av58 O7f14CjTat0BUpyxAYhl
yg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

**CERTIFICACIÓN**
**BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

Yo, **Jonattan Hernandez Segura** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **94541100**, expedida en **Cali**, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones tributarias, en especial las establecidas en la Ley 1819 de 2016 y en el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

1. Que SI soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.

2. Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, NO he contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica.

3. Certifico que estoy al día y a paz y salvo en la seguridad social y aportes parafiscales.

La presente certificación se expide en la ciudad de Cali, a el dia uno (1) días del mes de **junio** del **2026** con destino al MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN – ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR NIT: 901542573-2

Atentamente.



Nombre: **Jonattan Hernández Segura.**
C.C: **94541100**
Correo: **jonattanhdez@gmail.com**
Teléfono: **3218517735**

**CERTIFICACIÓN**
**RENTAS DE TRABAJO**

Yo, **Jonattan Hernandez S**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **94541100**, expedida en **Cali**, en cumplimiento de las disposiciones tributarias vigentes, en especial las contempladas en la Ley 1819 de 2016, el artículo 383 y su parágrafo 2 del Estatuto Tributario, así como lo previsto en el Decreto 1625 de 2016 y demás normas concordantes, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que:

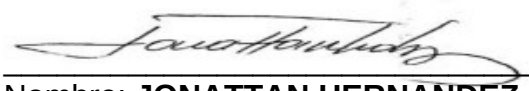
( ) NO me acojo al tratamiento de rentas de trabajo.
( x) SÍ me acojo al tratamiento de rentas de trabajo.

La presente manifestación se realiza para efectos de la correcta clasificación de los ingresos y la aplicación del sistema de depuración y retención en la fuente correspondiente, conforme a lo establecido en los artículos 103, 206 y 383 del Estatuto Tributario.

La información aquí suministrada se entiende rendida bajo la gravedad de juramento, conforme a lo dispuesto en las normas vigentes, y podrá ser verificada por la administración tributaria en ejercicio de sus facultades de fiscalización.

La presente certificación se expide en la ciudad de Cali, a los siete **(1)** días del mes de **junio** del año **2026**, con destino al Ministerio de Defensa Nacional – Fuerza Aeroespacial Colombiana – Escuela Militar de Aviación – Establecimiento de Sanidad Militar, NIT: 901542573-2.

Atentamente,



_____

Nombre: **JONATTAN HERNANDEZ S**
C.C: **945411000**
Correo: **jonattanhdez@gmail.com**
Teléfono: **3218517735**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 94541100 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JONATTAN HERNANDEZ SEGURA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALI | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CR 83 B # 14 A 60 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | **6019098801** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo | AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2026/03/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 135109877 1 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 742.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.700 | $ 0 | $ 742.800 | $ 0.0 | $ 742.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 742.800** | **$ 0.0** | **$ 742.800** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 580.300 | $ 0 | $ 3.700 | $ 0 | $ 580.300 | $ 0.0 | $ 0 | $ 580.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 580.300** | **$ 0.0** | **$ 0** | **$ 580.300** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 113.100 | $ 113.100 | $ 0.0 | $ 0 | $ 113.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 113.100** | **$ 0.0** | **$ 0** | **$ 113.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINED |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORT | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORT | TOTAL APORT | TOTAL APORT | TOTAL APORT | TOTAL APORT |
| 1 | CC 94541100 | HERNANDEZ SEGURA JONATTAN | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 7.920.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | 7.920.000 | $ 742.800 | $ | $ | $ | $ | Norma | $ 742.800 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | 7.920.000 | $ 580.300 | $ | $ 580.300 | 14-11 - ARL SURA | 30 | 7.920.000 | 94541100 | 113.100 | | $ | | $ | $ | $ | $ | $ |

**TOTAL PAGADO: $ 1.436.200**

Planilla Pagada

**CIRCULAR**

Señores Oficiales:

| | |
|---|---|
| Comandantes Comandos Aéreos | CACOM1/2/3/4/5/6 CATAM-CAMAN |
| Director Escuela | EMAVI |
| Comandantes Grupos Aéreos | GACAR-GAORI |

Asunto: Lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para la Contratación de personal por Orden de Prestación de Servicios (OPS)

En referencia a los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en cuanto a la contratación de trabajadores por Orden de Prestación de Servicios (OPS) de los Establecimientos de Sanidad Militar para la vigencia 2026, con toda atención, me permito informar a los señores Comandantes Comandos, Grupos Aéreos, Director y por su conducto a los Jefes de Establecimientos de Sanidad Militar, que es responsabilidad de los Jefes del ESM, encargado del proceso de contratación responsables de Seguridad y Salud en el Trabajo y supervisores de contratos del ESM, verificar y dar cumplimiento a lo siguiente:

1. **Examen Médico Ocupacional de pre-ingreso**

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015: *"El costo de los exámenes preocupacionales será asumido por el contratista". "Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, siempre y cuando se haya valorado el factor de riesgo más alto al cual estará expuesto en todos los contratos". "En el caso de que el trabajador pierda su condición de contratista por un periodo superior a los seis (6) meses continuos, debe realizarse los exámenes médicos nuevamente para volver a trabajar".*

El personal que se encuentre en proceso de contratación por orden de prestación de servicios debe realizarse antes de su contratación los exámenes medico ocupacionales de pre-ingreso de acuerdo con el perfil del cargo establecido por la DIGSA. El aval del examen ocupacional es prerrequisito para el perfeccionamiento del contrato.

Los exámenes requeridos para ingreso de personal OPS administrativo y asistencial son:

1. Examen médico ocupacional con énfasis en sistema osteomuscular
2. Examen de optometría
3. Espirometria (*únicamente aplica para el personal que vaya a desempeñar funciones de archivo*)

Si un aspirante a contratista va a ingresar por primera vez a laborar en el ESM debe realizarse los exámenes ocupacionales de ingreso, los cuales deben ser de fecha reciente no mayor a un mes del inicio del contrato; no se aceptan exámenes ocupacionales de vigencias anteriores.

***El encargado del proceso de contratación del ESM debe***:

- Informar a los aspirantes a OPS que deben cumplir con el requerimiento de realizarse los exámenes ocupacionales anteriormente descritos.

***El responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo debe***:

- Revisar y verificar los conceptos de aptitud laboral de forma previa al contrato, colocándole visto bueno (firma).
- Registrar la información de cada concepto en la “matriz control de evaluaciones médicas ocupacionales DIGSA”
    - Si el responsable de SST no tiene Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo los conceptos de aptitud laboral se deben enviar para revisión y visto bueno al área de Seguridad y Salud en el Trabajo JEFSA, correctamente escaneados en PDF a los correos electrónicos sandra.garzonp@fac.mil.co y carolina.avila@fac.mil.co

2. **Vacunación**

Siguiendo los lineamientos emitidos por la Dirección General de Sanidad Militar y para no tener impedimentos en la formalización del contrato, los trabajadores por Orden de Prestación de Servicios como requisito previo a su contratación deben **tener el esquema de vacunación completo antes de iniciar el contrato** para la vigencia 2026 de acuerdo a la “Guía de requisitos de vacunación de acuerdo a labor del personal DIGSA”; (anexo guía), por lo cual:

***El encargado del proceso de contratación del ESM debe***:

- Informar a los aspirantes a OPS el esquema de vacunación requerido según su labor (ver guía vacunación).

- Solicitar copia del carnet de vacunación y remitirlo al coordinador de vacunación del ESM para que en coordinación con el responsable de SST se revise y apruebe el esquema correspondiente.

***El responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo debe***:

- Conocer la "Guía de requisitos de vacunación de acuerdo a labor del personal DIGSA" y los formatos de vacunación establecidos dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- En coordinación con el área de vacunación del ESM revisar y aprobar el esquema de vacunación del aspirante a OPS, diligenciando el "Formato Requisitos de Vacunación Personal" (según labor). Este documento junto con la copia del carnet de vacunación serán los soportes para remitir al área de contratos.
- Diligenciar y mantener actualizada la matriz de control de vacunación realizando seguimiento al cumplimiento de los compromisos de requisitos de vacunación.
- Si el aspirante a OPS tiene el esquema de vacunación incompleto se le debe informar y determinar un plazo para completar el esquema **antes** de la formalización del contrato, diligenciando el formato de compromiso de requisitos de vacunación, teniendo en cuenta las "notas" para la firma del compromiso establecidas dentro de la guía de vacunación.

3. **Afiliación de contratista a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL)**

El área de Seguridad y Salud en el Trabajo JEFSA es la única que puede realizar el proceso de afiliación a nivel nacional de los OPS a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) POSITIVA y SURA, por lo tanto, el OPS no podrá realizar la afiliación a estas ARL de manera independiente.

Los responsables de Seguridad y Salud en el Trabajo del ESM deben enviar a los correos electrónicos sandra.garzonp@fac.mil.co y carolina.avila@fac.mil.co del área de Seguridad y Salud en el Trabajo JEFSA los documentos de los OPS requeridos para la afiliación a la administradora de Riesgos Laborales (ARL) **mínimo dos (2) días antes del inicio del contrato** teniendo en cuenta que la cobertura por parte de la ARL inicia un día después de la afiliación:

- Copia del documento de identidad (*escaneado en PDF, colocándole como nombre al archivo: cedula, primer nombre y apellido del OPS. Ejemplo: CEDULA Jairo Pérez*)
- afiliación EPS (*escaneado en PDF, colocándole como nombre al archivo: EPS, primer nombre y apellido del OPS. Ejemplo: EPS - Jairo Pérez*)
- Copia afiliación Administradora Fondo de Pensiones (*escaneado en PDF, colocándole como nombre al archivo: EPS, primer nombre y apellido del OPS. Ejemplo: AFP - Jairo Pérez*)
- Plantilla afiliaciones OPS ARL Positiva o SURA con los datos completos y correctos del OPS

Si el OPS solo tiene contrato con la JEFSA / ESM será afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales a la ARL Positiva.

Si el OPS tiene contratos suscritos con otra entidad, la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales se debe realizar con una misma Administradora de Riesgos Laborales (ARL) con el fin de evitar una multiafiliación.

Si el OPS tiene contratos suscritos con otra entidad y **tiene afiliación a una ARL diferente a POSITIVA y SURA** debe realizar el trámite de afiliación por sus propios medios a esa misma ARL por el contrato que va a suscribir con el ESM y debe entregar copia del certificado de afiliación a la ARL al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo del ESM un (01) día antes de la fecha de inicio del contrato; así mismo el OPS debe informar a la ARL la modificación, adición o terminación del contrato.

Los Establecimientos de Sanidad Militar están catalogados en Riesgo 3, por lo tanto, independientemente de la labor que vaya a realizar el OPS (administrativo ó asistencial) la afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) se debe realizar en riesgo 3 que es el riesgo más alto entre el centro de trabajo (ESM) y la actividad a realizar (Decreto 723 Capitulo III art. 11).

El responsable del SST del ESM debe notificar y entregar al OPS y al supervisor del contrato el certificado de afiliación a la ARL.

**Adición, cesión o terminación contrato del OPS:**
El responsable de contratos del ESM debe informar **mínimo dos (2) días antes** al responsable de SST del ESM y este a su vez al área de Seguridad y Salud en el Trabajo JEFSA si se presenta una adición en valor y/o tiempo, cesión o terminación del contrato de un OPS, con el fin de reportar oportunamente la novedad a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) POSITIVA ó SURA.

La afiliación del OPS a la Administradora de Riesgos laborales es de **carácter obligatorio**, por lo tanto el OPS **NO puede comenzar a laborar antes de su afiliación e inicio de la cobertura por parte de la ARL**, teniendo en cuenta, que en caso de presentarse un accidente o evento laboral no podría ser reportado a la misma, ni recibiría atención médica, rehabilitación, pago de incapacidades, pensiones de invalidez y cualquier otra condición que se pueda generar como consecuencia del evento; lo cual llevaría a la responsabilidad del Estado que debería asumir la obligación de reconocer y pagar al OPS las prestaciones correspondientes a causa de la lesión sufrida, **con la consecuente responsabilidad disciplinaria, administrativa y de repetición contra el funcionario de la institución que haya omitido con anterioridad al inicio de la labor el requisito del envío de la información del OPS para la afiliación a la respectiva ARL**; sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar por parte del Ministerio del Trabajo.



Brigadier General ALEXANDER  DIAZ ARIZA
Jefe Jefatura Salud

Anexo: lo enunciado
SMSM. GARZON / SUBME

Elaboró: SMSM. AVILA / OSSAT Revisó: CR. UBAQUE / OGISA  Aprobó: BG. DIAZ / JEFSA

**FAC-S-2026-002597-CI**
Al contestar, cite este número
Página 1 de 2, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2026-002597-CI del 6 de enero de 2026 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CODEH-JERLA-DISAT

Señora Teniente Coronel
**BIBIANA ENCISO TARQUINO**
Jefe Sección Estratégica Asuntos Legales y Administrativos
Ciudad

Asunto: Afiliación y Pago Riesgos Laborales Contratistas Establecimientos de Sanidad Militar FAC

En atención a oficio No FAC-S-2026-002038-CI del 05 de enero de 2026, me permito informar a la señora Teniente Coronel Jefe Sección Estratégica Asuntos Legales y Administrativos con traspaso de funciones administrativas y de mando como Jefe Departamento Estratégico de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, que teniendo en cuenta lo informado por la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo de la JEFSA, la clase de riesgo que tiene la Dirección General de Sanidad Militar para los Establecimientos de Sanidad Militar de la Jefatura de Salud FAC, de acuerdo con la actividad económica desarrollada, **es RIESGO III con código de actividad 3861001**, salvo casos excepcionales de actividades de alto riesgo (trabajo en alturas y exposición a radiaciones ionizantes).

Por lo anterior, se adjunta certificado emitido por la ARL Positiva de fecha 05 de enero de 2026, en el cual se da constancia de lo anteriormente informado.

NOTA: RESERVA LEGAL / TRASLADO DE LA RESERVA LEGAL. Tanto la información PÚBLICA RESERVADA como la información PÚBLICA CLASIFICADA, gozan de reserva legal. En tal sentido el acceso a referida información se limitará en los términos de la Constitución Política de Colombia, a la Ley Estatutaria 1712 de 2014 y al Decreto 1081de 2015. Con la entrega del presente documento se hace traslado de la reserva legal de la información al funcionario, quien, en calidad de sujeto obligado autorizado (Art. 5Ley 1712 de 2014), manifiesta con su recibo que asume el traslado de reserva legal y garantizará en todo momento, la reserva legal de la información a la que tuvo acceso. Quienes indebidamente difundan, divulguen, entreguen, filtren, comercialicen, descarguen, impriman, empleen o permitan que alguien use la información o documentos que gozan de reserva legal, incurrirán en causal de mala conducta, sin perjuicio de las acciones penales, a que haya lugar.

Coronel CARLOS AUGUSTO MONTAÑA MUÑOZ
Director Seguridad Y Salud En El Trabajo

Anexo: 01
MY. HERNANDEZ / SAJUC

Elaboró: TC. BUSTOS / SUHIS Revisó: TC. BUSTOS / SUHIS Aprobó:CR. MONTAÑA / DISAT

NOTA: RESERVA LEGAL / TRASLADO DE LA RESERVA LEGAL. Tanto la información PÚBLICA RESERVADA como la información PÚBLICA CLASIFICADA, gozan de reserva legal. En tal sentido el acceso a referida información se limitará en los términos de la Constitución Política de Colombia, a la Ley Estatutaria 1712 de 2014 y al Decreto 1081de 2015. Con la entrega del presente documento se hace traslado de la reserva legal de la información al funcionario, quien, en calidad de sujeto obligado autorizado (Art. 5Ley 1712 de 2014), manifiesta con su recibo que asume el traslado de reserva legal y garantizará en todo momento, la reserva legal de la información a la que tuvo acceso. Quienes indebidamente difundan, divulguen, entreguen, filtren, comercialicen, descarguen, impriman, empleen o permitan que alguien use la información o documentos que gozan de reserva legal, incurrirán en causal de mala conducta, sin perjuicio de las acciones penales, a que haya lugar.

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T. 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, el empleador DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR identificado con NI 830039670, registra afiliación desde 13/05/2002, con actividad económica principal actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc, cuando se prestan a pacientes internos la atención de pacientes internos, que se realiza bajo la supervisión directa de médicos y abarca: la atención odontológica a pacientes internos en hospitales cuando se presta por profesionales vinculados a la institución de internación; el servicio de personal médico general y especializado y paramédico en: servicio de complementación terapéutica: rehabilitación (por terapistas), optometría, psicología, nutrición, con código de actividad 3861001 y clase de riesgo 3, estado Activo.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 05 días del mes de enero de 2026.

Cordialmente.

**JAIME LUIS PÉREZ STUMMO**
GERENTE DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141202642647

(415)7707212489984(8020) 000014120264264 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 4 5 4 1 1 0 0 | 1 | Impuestos de Cali 5 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 9 4 5 4 1 1 0 0 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | SEGURA | JONATTAN | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 5 OESTE 3 B 136

42. Correo electrónico jonattanhdez@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 8 5 1 7 7 3 5 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 0 0 4 0 9 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 5 | 1 | 6 | 4 | 9 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ SEGURA JONATTAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

## Cuenta por pagar Comprobante

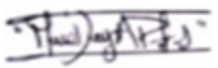
| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHmalvarez | MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 15-01-11-100 | ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN |
| Fecha y Hora Sistema: | 2026-06-03-12:10 p. m. | |

| CUENTAS POR PAGAR | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 10726 | **Fecha Registro:** | 2026-06-03 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN | | | |
| **Estado:** | Radicada | **Tipo de Cuenta x Pagar:** | Rentas de Trabajo | | **Nro. Compromiso:** | 2326 | **Nro. Cdp:** | 2826 |
| **Caja Menor-Identif.:** | | **Caja Menor-Fecha Registro:** | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Antes del Iva:** | 7.920.000,00 | **Valor Iva:** | 0,00 | | **Valor Total:** | 7.920.000,00 | **Valor Total Moneda Original:** | 0,00 |
| **TERCERO** | | | | | | | | |
| **Identificación:** | 94541100 | **Razón Social:** | JONATHAN HERNADEZ SEGURA | | | | | |

| DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | EJS - 753 | **Tipo** | FACTURA | **Fecha:** | 2026-06-03 |

| DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS | |
|---|---|
| **CODIGO** | **DESCRIPCION** |
| 11 | CUENTA DE COBRO |

| | |
|---|---|
| **Objeto.:** | EJS - 753, SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES |



TASD MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES