

PROCESO

GESTION FINANCIERA



TITULO

VERIFICACIÓN TRÁMITES DE PAGO

CODIGO: GF-FO-01

VERSION No. 06

Página 1 de 1

FECHA:

17

9

2024



CONTRATISTA O BENEFICIARIO: CLINI HOME IPS S.A.S

No. CONTRATO Y /O 014-032-2025
MEMORANDO

DEPENDENCIA ENCARGADA DEL TRAMITE DE PAGO: ADMINISTRATIVA

No. SAP ENTRADA:

No. CxP SIIF

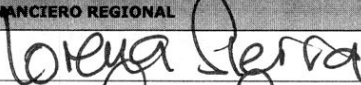
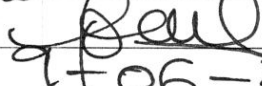
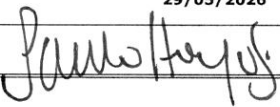
No. SAP MIRO Y/O FB60:

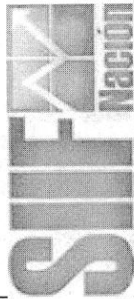
No. OBLIGACION SIIF

	No.	DESCRIPCION	CTO COMPRA VENTA O SUMINISTRO	ORDEN DE COMPRA	PRESTACION DE SERVICIOS	ANTICIPO	OBRA	INTERVENTORIA	BOLSA MERCANTIL	OTROS				
										NOMINA	CUOTAS PARTES Y/O BONOS PENSIONALES	CAJA MENOR	SERVICIOS PUBLICOS	OTROS
PRESUPUESTO	1	Verificación Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP												
	2	Verificación Certificado de Respaldo Presupuestal RP(N° y fecha)												
CONTABILIDAD REGIONALES	3	Verificación Cuenta Bancaria (Estado Activo SIIF Nación)												
	4	Cuadro control de pagos firmado (Relación Usos Presupuestales)												
	5	Oficio -solicitud firmado												
	6	Resolución de Viáticos												
	7	Formato Trámite pago parcial y/o total												
	8	Constitución de Fiducia / Certificación bancaria de la Fiducia												
	9	Cuadro de Liquidación (Bolsa Mercantil) Oficina Principal												
	10	Certificación de paz y salvo de pago de SSI y parafiscales con su respectiva planilla y Certificación de Obligaciones Laborales. Si es U.T o Consorcio se deben anexar igualmente por cada miembro												
	11	Solicitud de Giro Viveres Frescos con VoBo del Director Regional												
	12	Certificación Bancaria (cuando el en contrato no indique la cuenta bancaria o no este cargada en el aplicativo de consulta)												
	13	Factura o documento equivalente que cumpla con los requisitos del Art. 617 del E.T. Nota: Verificación de acuerdo a normatividad vigente (cargados Secop II y SIIF Nación)												
	14	Acta de entrega y Recibo a Satisfacción												
	15	Relación de Alta Almacén (cuando el bien deba ingresar al almacén)												
	16	Verificación Ordenador del Gasto												
	17	Otros anexos *												

No.	DESCRIPCION	CTO COMPRA VENTA O SUMINISTRO	OBRA	OTRO	Otros Anexos*: (En este espacio se deben registrar los documentos adicionales que contiene el tramite de pago como soporte: memorandos, oficios, resoluciones, documentos para depuración de bases gravables que cada grupo financiero identifique o requiera dentro del tramite)
1	Endoso Factura				Cuenta Corriente 017369996917
2	Memorando tramite de endoso por parte de la Dirección de Contratos				
3	Aceptación endoso por parte del contratista y en los casos de UT o Consorcio por cada uno de los integrantes.				
4	Documento Autorización endoso / Cesiones por parte del beneficiario. Autorizado por el Director General y/o Regional				OBSERVACIÓN: Se requiere se diligencien los datos de seguimiento del tramite de pago con horas y fechas. Con el fin de medir la gestión en los procesos de pago.

ACTIVIDAD	RECEPCIÓN TRAMITE DE PAGO			ENTREGA TRAMITE DE PAGO			OBSERVACIONES
	NOMBRE	HORA	FECHA	NOMBRE	HORA	FECHA	
RECEPCIÓN DOCUMENTACIÓN SECRETARIA DIRECCIÓN FINANCIERA OFICINA PRINCIPAL	PD. DIANA QUIROGA			PD. LORENA A. SIERRA			
PRESUPUESTO (Verifica documentos descritos del 1 al 4)	PD. ALBA BURBANO			PD. LORENA A. SIERRA			
CUENTAS POR PAGAR OFICINA PRINCIPAL (Verificación documentos, elaboración CXP SIIF Nación e Ingresos SAP cuando Aplique)	NO APLICA			NO APLICA			
CONTABILIDAD (Verificación documentos trámite de pago y Obligación SIIF Nación Oficina Principal) Regionales (Verifica los documentos descritos del numeral 5 al 18, realiza la CXP y Obligación)	PD. LORENA A. SIERRA			PD. LORENA A. SIERRA			
RADICADO PARA FIRMA ORDENADOR DEL GASTO	TD. TATIANA NIETO			PD. LORENA A. SIERRA			
TESORERIA (Verificación tramite de Pago y Genera la Orden de Pago)	T.D. GUSTAVO OSORNO						

PROCESO									
GESTIÓN CONTRACTUAL									
		TÍTULO			CÓDIGO: CT-FO-44				
VERIFICACIÓN DEL TRAMITE DE PAGO		VERSIÓN No. 02			Página 1 de 1				
		FECHA:			22		5		2026
CONTRATISTA:				CLINI HOME IPS					
No. CONTRATO, ORDEN DE COMPRA O CONTRATO DE ASOCIACIÓN:				014-032-2025					
DEPENDENCIA ENCARGADA DEL TRÁMITE DE PAGO:				ADMINISTRATIVO					
NOMBRE Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR (ES):				DIANA IMELDA QUIROGA VARON					
VALOR TRÁMITE DE PAGO:				\$		995.000,00			
FECHA DE RECEPCIÓN EN SGC O GRUPO CONTRATACIÓN REGIONAL:				29/05/2026					
No. RADICADO EN LIBRO SGC O GRUPO CONTRATACIÓN REGIONAL:									
No.		DESCRIPCIÓN	TIPO DE CONTRATO				ANTICIPOS		
			COMPRA VENTA, SUMINISTRO, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, INTERVENTORIA, INTERADMINISTRATIVOS	ORDEN DE COMPRA	ORDEN DE ABASTECIMIENTO	OBRA			
1		Validación de la Publicación en Secop II (trámite de pago, informe de supervisión, Facturas)		N/A	N/A	N/A	N/A		
2		Formato Trámite pago parcial y/o total (Firmado por supervisor y funcionario que revisa el trámite en la SGC o Regional)			N/A	N/A	N/A		
3		Cuadro control de pagos firmado (Relación Usos Presupuestales, firmado por supervisor)			N/A	N/A	N/A		
4		Acta de entrega y Recibo a Satisfacción (Firmado por supervisor y contratista)			N/A	N/A	N/A		
5		Certificación paz y salvo pago de seguridad social integral y parafiscales, suscrito por representante legal y/o revisor fiscal. Si es U.T o Consorcio, cada integrante debe anexar las certificaciones			N/A	N/A			
6		Planilla de seguridad social en estado pagada			N/A	N/A			
7		Certificación paz y salvo obligaciones laborales.			N/A	N/A			
8		Informe de Supervisión (de acuerdo a la cláusula "Forma de Pago" del contrato)			N/A	N/A			
9		Informe de Actividades (cuando el contrato indique en la Forma de Pago)			N/A	N/A			
10		Corte parcial o final de obra				N/A			
11		Aval de pago Interventoría		N/A		N/A			
12		Paz y salvo de la Unidad o dependencia donde se ejecutan las obras				N/A			
13		Factura ó documento equivalente que cumpla con los requisitos del Art. 617 del E.T. Nota: Verificación de acuerdo a normatividad vigente			N/A	N/A	N/A		
14		Alta Almacén (cuando el bien deba ingresar al almacén)			N/A	N/A	N/A		
15		Otros anexos* (Memorandos, Resoluciones, Oficios, etc.)			N/A	N/A	N/A		
16		Multas o Sanciones			N/A	N/A	N/A		
NOTA: UNA VEZ VERIFICADOS LOS SOPORTES DOCUMENTALES EN CASO DE ENCONTRAR NOVEDADES, SE RELACIONARAN EN EL CUADRO INFERIOR LA DESCRIPCIÓN DE LA MISMA Y SERA DEVUELTO A LA DEPENDENCIA ENCARGADA, QUIÉN DEBERÁ REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA DAR SOLUCIÓN A LAS INCONSISTENCIAS, ANTES DE SU TRÁMITE A LA DIRECCIÓN FINANCIERA O GRUPO FINANCIERO REGIONAL.									
DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD		REGISTRO DE DEVOLUCIÓN A OTRAS DEPENDENCIAS POR NOVEDADES EVIDENCIADAS EN LOS TRÁMITES DE PAGO							
		REVISIÓN DEL TRÁMITE			FECHA DEVOLUCIÓN	NOMBRE Y FIRMA A QUIEN SE LE DEVUELVE EL TRÁMITE	NOMBRE DEL GESTOR O FUNCIONARIO DEL GRUPO DE CONTRATACIÓN	FIRMA	
1ra	2da	3ra							
El paquete de pago tiene pendiente lo siguiente: 1-Subir facturas y tramites de pago a SECOP II 2-Corregir numero de pedido ERP SAP en formato GF-FO-36		x			29/05/2026	DIANA IMELDA QUIROGA VARON	PAULO CESAR HOYOS GONZALEZ		
FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA REVISIÓN DEL TRÁMITE EN LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CONTRATACIÓN O GRUPO CONTRATACIÓN REGIONAL					FUNCIONARIO QUE RECIBE EL TRÁMITE EN DIRECCIÓN FINANCIERA O GRUPO FINANCIERO REGIONAL				
NOMBRE Y APELLIDOS:		PAULO CESAR HOYOS GONZALEZ			NOMBRE Y APELLIDOS:				
FIRMA:		29/05/2026			FIRMA:				
FECHA DE VALIDACIÓN					FECHA DE VALIDACIÓN		11-06-2026		

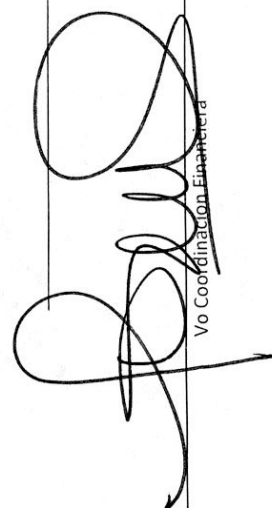


Obligación Presupuestal Comprobante

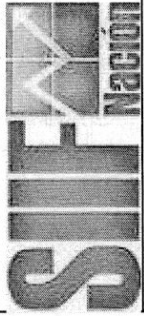
Usuario Solicitante: LORENA ANDREA SIERRA SANDOBAL
Unidad o Subunidad: REGIONAL SUR OCCIDENTE - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES
Ejecutora Solicitante: 15-20-00-011
Fecha y Hora Sistema: 2026-05-29-3:16 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Número:	44426	Fecha Registro:	2026-05-29	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-20-00-011 REGIONAL SUR OCCIDENTE - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES						
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generada	Requiere DIP:	No	Tipo de DIP:	Nro. Compromiso:	326			
Valor Inicial:	995.000,00	Valor Total Operaciones:		Valor Actual:	0,00	Saldo x Ordenar:	995.000,00	995.000,00			
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	Valor Total Operaciones Moneda Original:		Valor Actual Moneda Original:	0,00	Saldo x Ordenar Moneda Original:	0,00	0,00			
Valor Deducciones:	9.950,00	Valor Neto:		Valor IVA:	985.050,00	Nro. Cdp:	0,00	426			
Valor Deducciones Moneda:	0,00	Valor Neto Moneda:		Atributo Contable:	05-NINGUNO	Comprobante Contable:	30543				
TERCERO											
Identificación:	901385556	Razon Social:	CLINI HOME IPS S.A.S.	Medio de Pago: A bono en cuenta							
CUENTA BANCARIA											
Número:	017369996917	Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo: Corriente Estado: Activa							
Número:	43626	Tipo:	Otros Pagos con Descuentos	Identificación: CAJA MENOR							
DOCUMENTO SOPORTE											
Número:	CONTRATO 014-032-2025			Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Fecha: 2026-05-29						
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO											
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO		FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
EXOC EXAMENES OCUPACIONALES	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES		Propios	20	CSF	05-NINGUNO		995.000,00	0,00	995.000,00	995.000,00
Total:								995.000,00	0,00	995.000,00	995.000,00

Objeto:	PRESTACION CAUSACION SERVICIO DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE ACUERDO A FACTURA N° FV-697-FV-692-- CONTRATO 014-032-2025										
PLAN DE PAGOS											
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA DE PAGO		ESTADO		VALOR A PAGAR			
011 REGIONAL SUR OCCIDENTE		7-2 GASTOS GENERALES PROPIOS CSF		2026-05-30		Generada		995.000,00			
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL											
POSICION DEL CATALOGO DE PAGO		IDENTIFICACION		NOMBRE BENEFICIARIO		BASE GRAVABLE		TARIFA		SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR	
2-03-19-02 PRO-DESARROLLO UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA-JUCEVA		NIT 890399029		DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA		995.000,00		0,500 %		4.975,00	
2-03-19-03 ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD DEL PACIFICO		NIT 890399029		DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA		995.000,00		0,500 %		4.975,00	


Vo Coordinación Financiera

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)



Cuenta por pagar – Comprobante.

Usuario Solicitante: MHDQUIROGA
Unidad ó Subunidad: 15-20-00-011
Ejecutora Solicitante: REGIONAL SUR OCCIDENTE - AGENCIA
Fecha y Hora Sistema: 29/05/2026 12:00:00 a. m.

Cuentas por pagar					
Número:	43626	Fecha Registro:	2026-05-29	Unidad / Subunidad Ejecutora:	15-20-00-011 REGIONAL SUR OCCIDENTE - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES
Estado:	Radicada	Tipo de Cuenta x Pagar:	Otros Pagos con Descuentos	Nro. Compromiso:	326
Caja Menor-Identif.:		Caja Menor-Fecha Registro:		Tipo de Moneda:	COP-Pesos
Valor Antes del Iva:	985.000,00	Valor Iva:		Valor Total:	995.000,00
Identificación:	901385556	Razón Social:	CLINI HOME IPS S.A.S	Valor Total Moneda Original:	0,00
TERCERO					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS		
Número:	697 y 692	Fecha:
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	DESCRIPCION
17	FACTURA

Objeto.:	FACTURAS 697 Y 692
----------	--------------------

JOSE ALEXANDER PEDRAZA DORADO
DIRECTOR AGENCIA LOGISTICA FUERZAS MILITARES-REGIONAL SUROCCIDENTE

Elaboro: Diana Imeda Quiroga Varón

Obligada 44426

PROCESO				
GESTIÓN FINANCIERA				
 AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES La unión de nuestras Fuerzas	TÍTULO	CÓDIGO: GF-FO-36		 Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por la Defensa Nacional, Armada, Fuerza Armada y Fuerza Aérea
	TRAMITE DE PAGO ANTICIPO/PARCIAL Y/O TOTAL	VERSIÓN No. 04 Página 1 de 5		
		FECHA:	17	

Fecha trámite de pago	28 mayo 2026	Número de Pago:	03
Valor de pago solicitado	\$995.000		

DATOS DEL CONTRATO:

Contrato y/u Orden de Compra	No. 014-032-2025		
Nombre o Razón Social del Contratista	CLINI HOME IPS S.A.S.		
Identificación	NIT o C.C: 901385556	SAP (acreedor): 80006242	
Objeto del Contrato	"CONTRATAR EL SERVICIO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, EGRESO, POS INCAPACIDAD, INCLUYENDO ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO, ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y VACUNACIÓN PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARA EL PERSONAL DE LA REGIONAL SUROCCIDENTE".		
Orden o Pedido ERP SAP	No. 4300012223		
Expediente Orfeo	No. 2025141110130900038E		
Registro Presupuestal	No. <u>43525</u>		
	☒ VIGENCIA ACTUAL ☐ REZAGO		
Valor total del contrato	Valor Inicial del Contrato	\$ 21.200.000	
	+ Valor Adiciones	\$ 5.100.000	
	- Valor Reducciones	\$	
	Valor Total del Contrato	\$ 26.300.000	
No. Contrato interadministrativo / convenio / Acta de acuerdo (Cuando aplique)	N/A		
Fecha de legalización del contrato	21 de agosto de 2025		
Fecha de finalización del contrato	31 de mayo de 2026		
Porcentaje de ejecución del contrato	86%		
Modificaciones del contrato	☐ Adición Valor \$5.100.000 ☐ Modificación Descripción _____ ☐ Suspensión Descripción _____ ☒ Prorroga Fecha <u>31-05-2026</u> ☐ 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 Vigente hasta
• Póliza de cumplimiento	43337506	\$ 22.325.000	13/08/2025 31/05/2029
• Póliza de	N/A	N/A	N/A N/A

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

responsabilidad civil extracontractual (cuando aplica)				
--	--	--	--	--

DATOS FINANCIEROS DEL CONTRATISTA:

Cuenta Bancaria	Entidad Bancaria: DAVIVIENDA		
	Nº 017369996917	Tipo cta. bancaria	Ahorro ☐ Corriente ☒
Régimen Tributario (RUT) al que pertenece	☒ RESPONSABLE DE IVA ☐ NO RESPONSABLE DE IVA ☐ RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN		
Tipo de Facturación (De acuerdo a lo que estipule el RUT)	☒ ELECTRÓNICA ☐ 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)	CUMPLE SI CUMPLE	
	2. Certificación de pago de seguridad social y parafiscales	SI CUMPLE	
	3. Certificación de obligaciones laborales		
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	Planilla	Nº 85348864	
	IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)	\$ 3.950.906	
	Periodo Salud	04/2026	
	Periodo Pensión	05/2026	

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	☒ Si	☐ No
	SIIF (cuando sea Electrónica)	☒ Si	☐ 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 (Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)	FECHA	VALOR	FOLIO
1.	Control de pagos código GF-FO-35	28/05/2026	\$995.000	
2.	Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. FV-606	26/05/2026 y 28/05/2026	\$995.000	
3.	Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (copia)	26/05/2026 y 28/05/2026	\$995.000	

PROCESO					
GESTIÓN FINANCIERA					
 AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES La unión de nuestras Fuerzas	TÍTULO	CÓDIGO: GF-FO-36		 Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por nosotros. Por el país. Por el mundo.	
	TRAMITE DE PAGO ANTICIPO/PARCIAL Y/O TOTAL	VERSIÓN No. 04	Página 3 de 5		
		FECHA:	17		9

ÍTEM	DOCUMENTO (Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)	FECHA	VALOR	FOLIO
4.	Acta de corte parcial o final de obra (si aplica)	N/A	N/A	
5.	Reporte o Listado de Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP - MB51 (cuando aplique)	N/A	N/A	
6.	Certificación Bancaria (Aplica para las Modalidades de contratación que se generan por la Tienda Virtual del Estado Colombiano - Grandes Superficies (Órdenes de Compra o cuando el contrato no relaciona la cuenta bancaria).	27/05/2026	N/A	

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. 014-032-2025 suscrito el 13 de Agosto de 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 los abajo firmante certifican 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 (Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)	Reposa en el expediente Contractual	FECHA	FOLIO
1.	Control de pagos código GF-FO-35	X	28/05/2026	✓
2.	Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. FE 606	X	26/05/2026 y 28/05/2026	✓
3.	Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (original)	X	26/05/2026 y 28/05/2026	✓
4.	Acta de corte parcial o final de obra código PA-FO-86 (si aplica)	N/A	N/A	
5.	Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP (cuando aplique)	N/A	N/A	
6.	Certificación Bancaria (cuando aplique).	X	27/05/2026	✓
7.	Certificación: pago de seguridad social integral, aportes parafiscales y de cumplimiento de obligaciones laborales.	X	26/05/2026	✓
8.	Planilla de seguridad social en estado pagada.	X	27/05/2026	✓

PROCESO

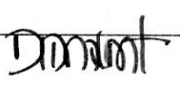
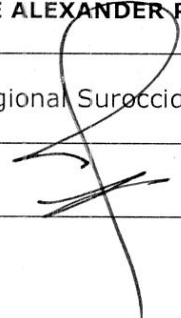
GESTIÓN FINANCIERA

 AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES La unión de nuestras Fuerzas	TÍTULO	CÓDIGO: GF-FO-36			 Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por la Defensa Social. Resolviendo para Colombia. Innovando.
	TRAMITE DE PAGO ANTICIPO/PARCIAL Y/O TOTAL	VERSIÓN No. 04	Página 4 de 5		
		FECHA:	17	9	

ÍTEM	DOCUMENTO (Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)	Reposa en el expediente Contractual	FECHA	FOLIO
9.	Informe de supervisión No.	N/A	N/A	
10.	Informe de Actividades (si aplica).	N/A	N/A	
11.	Certificación aplicación Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario (Cuando aplique)	N/A	N/A	
12.	Certificación de asignación de Retiro (Cuando Aplique)	N/A	N/A	

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 CIU)	SI	
Cargar en la plataforma SECOP II Registro Único Tributario - RUT expedido por la DIAN documento en firme (copia de certificado)	SI	

RESPONSABLE DEL TRAMITE (SUPERVISOR) <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 P.D Diana Imelda Quiroga Varon					
	Cargo/Coordinación Administrativa				Extensión	
VALIDACIÓN CARGUE VERIFICACIÓN TRAMITE DE PAGO - GESTOR CONTRACTUAL <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					
	SECOP II		ORFEO		EXPEDIENTE FÍSICO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Nombre					
	Cargo / Dependencia: T/D CONTRATOS				Extensión:	
	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 (R) JOSÉ ALEXANDER PEDRAZA DORADO					
	Cargo Director Regional Suroccidente					
	Firma 					

PROCESO		GESTIÓN FINANCIERA						
		TÍTULO		CODIGO: GF-FO-35 VERSIÓN No. 04 Página No. 1 de 1 FECHA: 17 9 2024				
CONTROL DE PAGOS								
DATOS DEL CONTRATO								
Contrato No.	014-032-2025		No. Registro Presupuestal / Fecha		martes, 19 de agosto de 2025			
Objeto del Contrato:	CONTRATAR EL SERVICIO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, EGRESO, POS INCAPACIDAD, INCLUYENDO ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO, ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y VACUNACIÓN PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARA EL PERSONAL DE LA REGIONAL SUBOCIDENTE		RP Actual No.	43525	Valor \$ 21.200.000 \$ 21.200.000 19/08/2025			
Nombre Contratista:	CLINI HOME IPS S.A.S.		RP Reserva No.		Valor Fecha			
Nombre de quien entrega el Bien y/o Servicio:	MARIA DARYERI GARCIA LONDOÑO		No. de la negociación de BMC	N/A				
Presupuesto con cargo a ALFM	SI	X	NO					
Con cargo al (los) contrato(s) interadministrativo(s) No. /Convenio u otras			Plazo de ejecución del contrato (contrato inicial y prórroga:	31/12/2025 prórroga #1 31/03/2026 y prórroga #2 31/05/2026				
Celebrado(s) con:								
EJECUCIÓN ANTICIPO								
Valor anticipo pactado	Valor amortizar		Total amortizado		Saldo pendiente por amortizar			
0,00	0,00		0,00		0,00			
CONTROL CONTRATO								
Valor de RP	Rubro presupuestal	Descripción del rubro		Dependencia de afectación	Valor por rubro			
\$21.200.000,00	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES		EXOC EXÁMENES OCUPACIONALES	\$ 21.200.000			
\$ 5.100.000	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES		EXOC EXÁMENES OCUPACIONALES	\$ 5.100.000			
Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo					Valor total del contrato	\$ 26.300.000		
					Valor ejecutado presupuestal	\$ 15.424.000		
					Reducción acta reintegro No 144	\$ 8.382.000		
					Saldo por ejecutar	\$ 2.494.000		
NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #1								
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
FV-480	10/12/2025	A-02-02-02-009-003	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	EXOC EXÁMENES OCUPACIONALES	12.818.000	12.818.000	12.818.000
TOTAL TRAMITE	\$ 12.818.000,00							
Saldo por Uso A-02-02-02-009-003 EXOC	\$ 8.382.000							
Saldo	\$ 8.382.000							
ADICIÓN / REDUCCIÓN/TRASLADOS DEL RP No. 326 DE FECHA 13/01/2026 Y Adición al Rp vigencia Futura								
Movimiento	Fecha							Valor
Reintegro	31/12/2025	Reintegro presupuestal 147						\$ 8.382.000
Adición	31/12/2025	Se Realiza adición presupuestal						\$ 5.100.000
NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #2								
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
FV-506	25/03/2026	A-02-02-02-009-003	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	EXOC EXÁMENES OCUPACIONALES	1.611.000	1.611.000	1.611.000
TOTAL TRAMITE	\$ 1.611.000							
Saldo por Uso A-02-02-02-009-003 EXOC	\$ 2.494.000							
Saldo	\$ 883.000							
NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #3								
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
FV-692	26/05/2026	A-02-02-02-009-003	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	EXOC EXÁMENES OCUPACIONALES	365.000	365.000	365.000
FV-697	28/05/2026	A-02-02-02-009-003	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	EXOC EXÁMENES OCUPACIONALES	630.000	630.000	630.000
TOTAL TRAMITE	\$ 995.000							
Saldo por Uso A-02-02-02-009-003 EXOC	\$ 2.494.000							
Saldo	\$ 2.494.000							
ADICIÓN / REDUCCIÓN/TRASLADOS DEL RP No. DE FECHA Y FECHA DEL MOVIMIENTO (SI APLICA)								
Movimiento	Fecha							Valor

Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo

Firma del Supervisor:  Nombre de quien Revisa en Presupuesto:  Nombre de quien Revisa en Cuentas por pagar y/o Contabilidad: 
 Nombre del Supervisor: Diana Imelda Quiroga Fecha en que se validan los saldos "RP":
 Supervisor del No.: 014-032-2025 Firma de quien Revisa:



Servicios Médicos San Matías

Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios
Contribuyentes del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación
SIMPLE

Factura Electrónica de Venta FV - 697

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764098866414 de 19/09/2025 - 19/09/2026 autoriza FV - 1 a FV - 10,000

Tipo de Operación Estandar
Fecha de Generación 28/05/2026 12:08
Fecha de Vencimiento 15/06/2026 12:08
Fecha de Validación 28/05/2026 12:12
Forma de Pago Crédito 18 DÍAS
Medio de Pago Consignación bancaria
Moneda COP



DATOS DEL EMISOR

Razón Social CLINI HOME IPS S.A.S.

Nombre Comercial CLINI HOME IPS
NIT 901385556
Obligación NO APLICA
Email clinihomeips@gmail.com
Teléfono 3028551361
Dirección Fiscal CL 7 29 55 CS 300, CALI, (VALLE DEL CAUCA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL SUROCCIDENTE

Nombre Comercial
NIT 800117197
Obligación NO APLICA
Email factura_suroccidente@agencialogistica.gov.co
Teléfono 6023328659
Dirección CR 92 A 2 C BRR MELENDEZ
Ciudad, Depart. CALI, VALLE DEL CAUCA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	SAN-19	PAQUETE ADMINISTRADOR CATERING Cali	2	EA	\$95,000.00		\$190,000.00	\$190,000.00
2	SAN-032	PAQUETE COORDINADORES Y PROFESIONAL Cali	1	EA	\$150,000.00		\$150,000.00	\$150,000.00
3	SAN-19	PAQUETE ADMINISTRADOR CATERING Dimas	1	EA	\$290,000.00		\$290,000.00	\$290,000.00
3								
Subtotal							\$630,000.00	
Total a Pagar							\$630,000.00	

#\$15-20-00-011;014-032-2025;diana.quiroga@agencialogistica.gov.co#\$

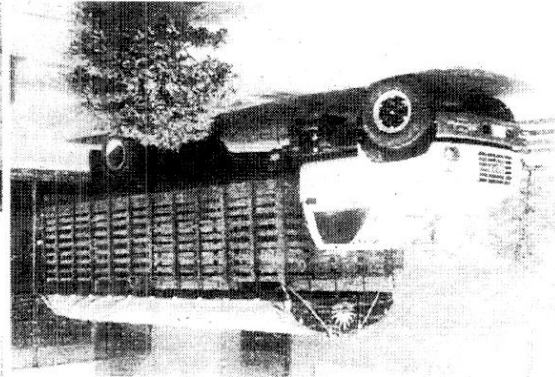
Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

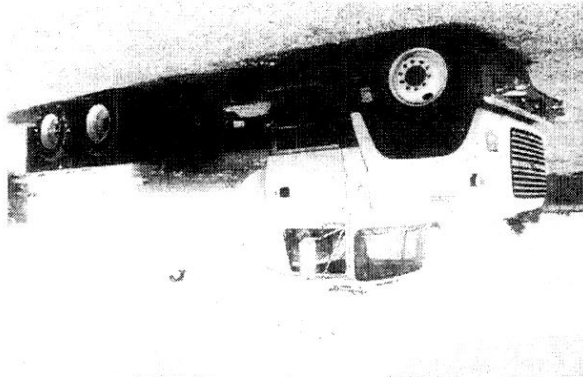
FIRMA CLIENTE

CUFE: 59e195954c1768cdf69b2141c685df6ff1b4f8de4a9969cb2b1b5d1a96a2850e0d2217285e535eba8ed5de91b77cc4de

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648



Chevrolet Kodiak 97-98
\$26.900.000



Ford LT8000 Mod. 1980
\$9.300.000

Así mismo se solicita enviar a la coordinación de Servicios Administrativos copia de los siguientes documentos:

- ✓ Certificado expedido por la DIJIN, el cual deberá ser validado a través del sistema RUNT.
- ✓ Certificado de Tradición del Vehículo en el que conste que el mismo está libre de gravámenes o limitaciones a la propiedad, excepto que el gravamen o limitación provenga de deudas de impuestos del respectivo vehículo a desintegrar
- ✓ Paz y Salvo de Impuestos, Multas y Comparendos.
- ✓ Informe detallado con registro fotográfico del estado actual del vehículo.
- ✓ Imponentes de motor, chasis y serie.
- ✓ Fotocopia Tarjeta de Propiedad.

Una vez analizada la información expuesta anteriormente, se define que el proceso pertinente a realizarse es remate, para lo cual es fundamental que la información requerida para este proceso debe estar completa con una fecha máxima 9 de abril de 2021.

En relación a la solicitud verbal que hizo la señora Coordinadora PD. Francy Lucero Salazar Carmona de la Regional Suroccidente, en relación a la viabilidad de realizar proceso de remate para un vehículo que no tenga teco mecánica, se le informa que este proceso es posible y deberá ser tenido en cuenta al momento de la estructuración del proceso contractual.

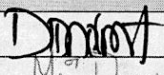
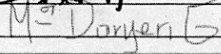
Cordialmente,

Coronel (RA) OSCAR ALBERTO JARAMILLO CARRILLO
Director General Agencia Logística de las Fuerzas Militares

Elaboró: T.A.S.D. Elizabeth Castro C.
Grupo Servicios Administrativos
Revisó: T.A.S.D. Vicente Ballesteros Revisó
Grupo Servicios Administrativos Transportes
Revisó: PD. German Alberto Palencia Julio
Coordinador Grupo Servicios Administrativos
Aprobó: Adm. Emp. Sandra Liana Vargas Arias
Directora Administrativa y Talento Humano
Vo Bo. Abo. Martha Eugenia Cortes Baquero
Jefe Oficina Asesora Jurídica



PROCESO		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN			
		TÍTULO		ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN	
		CODIGO: CT-FO-01		VERSIÓN No. 02	
		Página 1 de 2		FECHA: 24 7 2024	
DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
No. DE CONTRATO:		014-032-2025		FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO: 13/08/2025	
OBJETO DEL CONTRATO:		"CONTRATAR EL SERVICIO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, EGRESO, POS INCAPACIDAD, INCLUYENDO ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO, ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y VACUNACIÓN PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS PARA EL PERSONAL DE LA REGIONAL SUROCCIDENTE".			
CONTRATISTA:		CLINI HOME IPS S.A.S.			
NIT/CC/CE:		901385556			
REPRESENTANTE LEGAL:		MARIA DARYERI GARCIA LONDONO			
INTERVENTOR:		N/A			
SUPERVISOR:		OLGA LUCIA VAHOS LOAIZA			
FECHA ACTA DE COORDINACIÓN O DE INICIO:		22/08/2025			
PLAZO DE EJECUCIÓN:		31/05/2026			
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRACTUAL:		31/05/2026			
DATOS DE LA ENTREGA PARCIAL O TOTAL DEL BIEN O SERVICIO					
TRATA DE LA ENTREGA (parcial/ total) QUE HACE EL CONTRATISTA A LA AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES					
28/05/2026		PARCIAL		HORA: 12:00	
CIUDAD/MUNICIPIO:		CALI		ENTREGA PARCIAL N° 4	
				ENTREGA TOTAL X	
				Cra 92 a No.2c-35	
INTERVIENEN EN LA ENTREGA:					
ENTIDAD/EMPRESA		NOMBRE		CARGO	
AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES		DIANA IMELDA QUIROGA VARÓN		PD COORDINADORA ADMINISTRATIVA	
CLINI HOME IPS S.A.S.		MARIA DARYERI GARCIA LONDONO		GERENTE	
				SUPERVISORA DEL CONTRATO	
				REPRESENTANTE LEGAL	
(Incluya las filas que sean requeridas)					
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 CONTINUACION:					
ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/ IVA	V/TOTAL
1	PAQUETE ADMINISTRADOR CATERING	2	\$ 95.000	\$ -	\$ 190.000
2	PAQUETE COORDINADORES Y PROFESIONAL	1	\$ 150.000		\$ 150.000
3	PAQUETE ADMINISTRADOR CATERING	1	\$ 290.000		\$ 290.000
				VALOR SIN I.V.A	COP 630.000
				VALOR I.V.A	19% COP 0
				VALOR TOTAL	COP 630.000
SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACION:					
ITEM	DESCRIPCION	UND/ MED	CANTIDAD	V/UNITARIO	VALOR PARCIAL 1
			0,00	COP 0	COP 0
			0,00	COP 0	COP 0
			0,00	COP 0	COP 0
			0,00	COP 0	COP 0
			0,00	COP 0	COP 0
				VALOR PARCIAL 2	COP 0
Administración				5,00%	COP 0
Imprevistos				2,00%	COP 0
Utilidades				1,00%	COP 0
				I.V.A / Utilidades	0%
				VALOR TOTAL	COP 0
CUMPLIENDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN: MARQUE CON UNA X LOS QUE APLIQUEN					
OBJETO DEL CONTRATO:	X	ANEXO DEL CONTRATO:		FICHA TECNICA	
				ESPECIFICACIONES TECNICAS:	X
NORMA TECNICA:		CUÁL?:			
EVIDENCIADO DE ACUERDO CON LA APLICACIÓN DE: MARQUE CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN					
ACTIVIDAD	APLICA	NO APLICA	OBSERVACIONES		
INSPECCION VISUAL REALIZADA	X		Aqui se debe anotar lo encontrado en el producto durante la inspeccion visual.		
INFORMES DE LABORATORIO REALIZADOS		X	Aqui se deben relacionar los informes de laboratorio realizados exigidos		
CERTIFICACION EXPEDIDA	X		Aqui se debe relacionar el tipo de certificacion expedida		
OTRO					

PROCESO					
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
	TITULO	CÓDIGO: CT-FO-01			
		ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN			
		VERSIÓN No. 02	Página 1 de 2		
		FECHA:	24	7	2024
DATOS DEL RECIBO PARCIAL O TOTAL DE LOS BIENES O SERVICIOS					
TRATA DEL RECIBO A SATISFACCION QUE HACE LA ENTIDAD CONTRATANTE /CLIENTE					
UNA VEZ REVISADOS LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO, POR PARTE DE: MARCAR CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN					
COMITÉ TECNICO: SUPERVISOR :					
SE PUDO VERIFICAR QUE ESTOS CUMPLEN A ENTERA SATISFACCIÓN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL CONTRATO.					
OBSERVACIONES GENERALES :					
PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, INTERVIENEN :					
ENTIDAD/EMPRESA	NOMBRE	CARGO	EN CALIDAD DE	FIRMA	
AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES	DIANA IMELDA QUIROGA	PD COORDINADORA ADMINISTRATIVA	SUPERVISORA DEL CONTRATO		
CLINI HOME IPS S.A.S.	MARIA DARYERI GARCIA LONDOÑO	GERENTE	REPRESENTANTE LEGAL		



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES
ENTRADA MERCANCÍAS



Información		Doc Num: 5000880845	
Fecha Documento	29.05.2026	Fecha Contabilización	29.05.2026
Sociedad No.	011	Regional Suroccidente	
Nombre Sociedad	0001 General Reg Suroccidente		
Centro	80006242		
Proveedor No.	CLINI HOME IPS S.A.S.		
Nombre Proveedor	4300012223		
Orden de Compra	012 Servicios ALFM		
Grupo de Compras	014-032-2025		
No. Contrato	101 EM Entr.mercancías		
Clase Movimiento	014-032-2025		
Nro. Factura Proveedor:			

Pos.	Almacén	Denominación	Material	Descripción	Cantidad	Unidad	Vlr. Unit.	Vlr. Total
0001		Alm Gral Surocci		CONTRATAR EL SERVICIO DE EXAMENES MEDICO	1	SRV	190.000,0000	190.000
0002		Alm Gral Surocci		CONTRATAR EL SERVICIO DE EXAMENES MEDICO	1	SRV	150.000,0000	150.000
0003		Alm Gral Surocci		CONTRATAR EL SERVICIO DE EXAMENES MEDICO	1	SRV	290.000,0000	290.000
				TOTAL				630.000

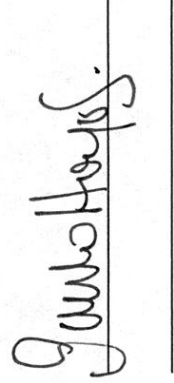
Emisor :

PCHOYOS

Firma :

Recibe :

Firma :





Servicios Médicos
San Matías

Factura Electrónica de Venta FV - 692

Representación Gráfica

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica

No. 18764098866414 de 19/09/2025 - 19/09/2026 autoriza FV - 1 a FV - 10,000

Tipo de Operación

Estandar

Fecha de Generación

26/05/2026 15:57

Fecha de Vencimiento

31/05/2026 15:57

Fecha de Validación

26/05/2026 15:57

Forma de Pago

Crédito 5 DÍAS

Medio de Pago

Consignación bancaria

Moneda

COP



Actividad Económica Principal 8621

No somos Gran Contribuyente

No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA

No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Contribuyentes del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación

SIMPLE

DATOS DEL EMISOR

Razón Social CLINI HOME IPS S.A.S.

Nombre Comercial CLINI HOME IPS
NIT 901385556
Obligación NO APLICA
Email clinihomeips@gmail.com
Teléfono 3028551361
Dirección Fiscal CL 7 29 55 CS 300, CALI, (VALLE DEL CAUCA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL SUROCCIDENTE

Nombre Comercial
NIT 800117197
Obligación NO APLICA
Email factura_suroccidente@agencialogistica.gov.co
Teléfono 6023328659
Dirección CR 92 A 2 C BRR MELENDEZ
Ciudad, Depart. CALI, VALLE DEL CAUCA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	SAN-032	PAQUETE COORDINADORES Y PROFESIONAL <i>Coli AL</i>	2	EA	\$150,000.00		\$300,000.00	\$300,000.00
2	SAN-33	EVALUACION MEDICA DE EGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR <i>Armenia</i>	1	EA	\$65,000.00		\$65,000.00	\$65,000.00
2								
Subtotal							\$365,000.00	
Total a Pagar							\$365,000.00	

#\$15-20-00-011;014-032-2025;olga.vahos@agencialogistica.gov.co#

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

Dmndot

FIRMA CLIENTE

CUFE: a8df24a02114ab71f4e578021adef2319ab4c74b7641e89fb5e3f1554158c5e85002ac3a424fd0741313c26d137b9762

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

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			
DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
No. DE CONTRATO:	014-032-2025	FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	13/08/2025		
OBJETO DEL CONTRATO:	"CONTRATAR EL SERVICIO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICOS, EGRESO, POS INCAPACIDAD, INCLUYENDO ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO, ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y VACUNACIÓN PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS PARA EL PERSONAL DE LA REGIONAL SUROCCIDENTE".				
CONTRATISTA:	CLINI HOME IPS S.A.S.				
NIT/CC/CE:	901385556				
REPRESENTANTE LEGAL:	MARIA DARYERI GARCIA LONDONO				
INTERVENTOR:	N/A				
SUPERVISOR:	OLGA LUCIA VAHOS LOAIZA				
FECHA ACTA DE COORDINACIÓN O DE INICIO:	22/08/2025				
PLAZO DE EJECUCIÓN:	31/05/2026				
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRACTUAL:	31/05/2026				
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					
26/05/2026	PARCIAL	HORA: 12:00	ENTREGA PARCIAL N° 3		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DIRECCIÓN:	Cra 92 a No.2c-35		
INTERVIENEN EN LA ENTREGA:					
ENTIDAD/EMPRESA	NOMBRE	CARGO	EN CALIDAD DE		
AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES	DIANA IMELDA QUIROGA VARÓN	PD COORDINADORA ADMINISTRATIVA	SUPERVISORA DEL CONTRATO		
CLINI HOME IPS S.A.S.	MARIA DARYERI GARCIA LONDONO	GERENTE	REPRESENTANTE LEGAL		
(Incluya las filas que sean requeridas)					
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 CONTINUACION:					
ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/ IVA	V/TOTAL
1	PAQUETE COORDINADORES Y PROFESIONAL	2	\$ 150.000	\$ -	\$ 300.000
2	EVALUACION MEDICA DE EGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	1	\$ 65.000		\$ 65.000
3					
VALOR SIN I.V.A					COP 365.000
VALOR I.V.A 19%					COP 0
VALOR TOTAL					COP 365.000
SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACION:					
ITEM	DESCRIPCION	UND/ MED	CANTIDAD	V/UNITARIO	VALOR PARCIAL 1
			0,00	COP 0	COP 0
			0,00	COP 0	COP 0
			0,00	COP 0	COP 0
			0,00	COP 0	COP 0
			0,00	COP 0	COP 0
VALOR PARCIAL 2					COP 0
Administración					COP 0
Imprevistos					COP 0
Utilidades					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:	☒	ANEXO DEL CONTRATO:	☐	FICHA TECNICA:	☐
				ESPECIFICACIONES TECNICAS:	☒
NORMA TECNICA:	☐	CUÁL?:			
EVIDENCIADO DE ACUERDO CON LA APLICACIÓN DE: MARQUE CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN					
ACTIVIDAD	APLICA	NO APLICA	OBSERVACIONES		
INSPECCION VISUAL REALIZADA	X		Aquí se debe anotar lo encontrado en el producto durante la inspeccion visual.		
INFORMES DE LABORATORIO REALIZADOS		X	Aquí se deben relacionar los informes de laboratorio realizados exigidos		
CERTIFICACION EXPEDIDA	X		Aquí se debe relacionar el tipo de certificación expedida		
OTRO					



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES
ENTRADA MERCANCIAS



Información		Doc Num: 5000880852	
Fecha Documento	29.05.2026		
Fecha Contabilización	29.05.2026		
Sociedad No.	011		
Nombre Sociedad	Regional Suroccidente		
Centro	O001 General Reg Suroccidente		
Proveedor No.	80006242		
Nombre Proveedor	CLINI HOME IPS S.A.S.		
Orden de Compra	4300012223		
Grupo de Compras	012 Servicios ALFM		
No. Contrato	014-032-2025		
Clase Movimiento	101 EM Entr.mercancias		
Nro. Factura Proveedor:	014-032-2025		

Pos.	Almacén	Denominación	Material	Descripción		Cantidad	Unidad	Vlr. Unit.	Vlr. Total
0001		Alm Gral Surocci		CONTRATAR EL SERVICIO DE EXAMENES MEDICO		1	SRV	300.000,0000	300.000
0002		Alm Gral Surocci		CONTRATAR EL SERVICIO DE EXAMENES MEDICO		1	SRV	65.000,0000	65.000
				TOTAL					365.000

Emisor :	PCHOYOS	Firma :	
Recibe :		Firma :	



SuAporte |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-27, 12:15:16 PM

Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

Número Planilla: 85348864

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: mayo de 2026

PAGADO 27/05/2026

OS DEL APORTANTE

Social	CLINI HOME IPS SAS	Dirección	AV. CARRERA 42 #9 C - 11
ento	NI901385556	Teléfono	3185866079
Empresa	EMPLEADOR	Forma Presentación	ÚNICO
Persona	JURÍDICA	Departamento	VALLE DEL CAUCA
entante Legal	GARCIA LONDOÑO MARIA DARYERI	Identificación	CC 31902139
filados	2	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

ALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Tc
n	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Salutipo Cotizante	ING	RET P	TAE	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IOE	LMA	VAC	AVP	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	AY	
1	NARYBY LORENA SANCHEZ CEBALLOS	01	00																												
2	NARYBY LORENA SANCHEZ CEBALLOS	01	00																												
3	JESSICA ALEXANDRA NARVAEZ	01	00																												

OTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sema	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 3.950.906	\$ 3.950.906	\$ 3.950.906	\$ 3.950.906	\$ 632.200	\$ 155.600	\$ 23.700	\$ 155.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 973.100	\$ 9.200	\$ 982.300



CERTIFICACION

SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA, 27/05/2026

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **CLINI HOME IPS SAS** con NIT **901.385.556-3** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 017369996917

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Servicios Médicos
San Matías

Salud Ocupacional SST

Santiago de Cali, mayo 26 de 2026

CLINI HOME IPS SAS
NIT. 901.385.556-3

CERTIFICA:

DECLARACION JURAMENTADA APORTES PARAFISCALES

Yo, AURA MILENA AYALA MORA, de nacionalidad colombiano, domiciliado en la ciudad de Santiago de Cali, titular de la C.C No. 39.281.410 de Caucaasia, en mi condición de contador de CLINI HOME IPS SAS NIT: No. 901.385.556-3 domiciliada en la ciudad de Cali, por medio del presente documento, certifico que la empresa se encuentra a paz y salvo por los conceptos de aportes parafiscales estando al día con dichos pagos (Caja de compensación familiar e Instituto colombiano de bienestar familiar), así mismo certifico que nos encontramos a paz y salvo de las obligaciones de seguridad social

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali, a los veintiséis (26) días del mes de mayo del 2026.

AURA MILENA AYALA MORA
CC.39.281.410
Contador Publico
200462-T