MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DESANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ"

RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES / SERVICIOS No.1

Radicado N° 2026954024442723: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ- JEMOP-DIV05-BR01-GMSIL-ESM -17.1

Fecha: 31//07/2026

INFORMACION GENERAL	
Numero de Contrato – Orden de Compra	521-DISANEJC-DMSOC-2026
Nombre Contratista	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S.
Nit del contratista	900242209-5
Objeto del Contrato – Orden de Compra	**"PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR Y UASO, UBICADOS EN BOYACÁ".**
Forma y condiciones de pago	M.D.N – EJERCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – DISPENSARIO MÉDICO DE SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ", se compromete a cancelar el valor del contrato mediante consignación en la CUENTA DE AHORROS No. 176270075607 del Banco Davivienda anombre de CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS con NIT 9002422095 que el contratista acreditó como propia, o en otro banco o cuenta que el contratista designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias y siempre y cuando de aviso por escrito a la DISPENSARIO MÉDICO DE SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ", con no menos de treinta (30) días de anticipación, con presentación de la nueva certificación bancaria en donde se acredite su apertura, mediante pagos parciales de acuerdo con facturación, soportados por acta de recibo a satisfacción emitida por el Supervisor del Contrato, previa presentación de cuenta de cobro por parte del Contratista, pagaderos dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la presentación de la factura comercial, en los primeros diez (10) días de cada mes, en la ciudad de Bogotá, en las oficinas de la firma auditora designada por la Dirección de Sanidad del Ejército. El contratista deberá adjuntar los documentos soporte correspondientes: NOTA: El contratante se obliga a cumplir con la Circular Externa 020 del 12 de abril del 2021 Emitida por Ministerio de Hacienda, con las Resoluciones 000042 del 05 de mayo de 2020, 506 de 2021 y 2335 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social y 012 DE 2021 de la DIAN. • Factura (s) en original y dos (2) copias con la firma del representante legal, con los soportes requeridos, donde se relaciona uno a uno los servicios prestados de la misma forma deberán presentarse como soporte legal para el pago de la facturación. • Autorización de servicios expedido por la oficina de referencia y contra referencia del E.S.M., con las respectivas firmas y sellos si se requieren. (SI las Autorizaciones son generadas por SALUD.SIS, NO requiere firma y sello) • Copia de identificación del usuario. • Copia del examen de laboratorio realizado, examen, o histórica clínica según el caso. • Los soportes necesarios según la resolución 2335 de 2023. • Copia de la planilla de aportes a la seguridad social del mes. • Certificación del contador de la IPS donde indique que están a Paz y salvo con los aportes a la Seguridad Social. • Copia de la tarjeta profesional del contador • Pago de seguridad social y parafiscales Una vez radicado la facturación en las oficinas de la FIRMA AUDITORA designada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO. Esta (firma auditora) Radicara en el DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE facturación debidamente auditada teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 2335 de 2023 y dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen. a) Respuesta y/o conciliación de glosas con el Prestador y notificación de estas al DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE, para continuar con el respectivo proceso de pago, dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen. b) Recepción a satisfacción del servicio, certificación que debe ser expedida por parte del DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en un informe debidamente suscrito por el supervisor del Contrato. c) Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (Asignación cupo PAC). d) Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes. e) El contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar. Nota 1 - En el evento de prórroga, por causa imputable al contratista, el pago se postergará en el mismo lapso de la prórroga.
Modificaciones al Contrato – Orden de Compra	OMITIDO
Nombre Supervisor Contrato – Orden de Compra	**MY. ZANDRA CAROLINA SILVA GONZALEZ**
VALORES CONTRACTUALES	
Valor Apalancamiento (AP)	
Valor Vigencia Futura (VF)	N/A
Valor Adición (AD) AL Valor Vigencia Futura (VF)	N/A
Valor total del contrato	$ 420.000.000,00
TIEMPOS DE EJECUCION	
Plazo de ejecución	15 diciembre de 2026

INFORMACION AUDITORIA CUENTAS MEDICAS (Cuando aplique)

N°	NUMERO LOTE	PREFIJO FACTURA	NUMERO FACTURA	VL ATENCIÓN	VL GLOSA INICIAL	VL A PAGAR PRIMERA AUDITORIA
1	AD000105441	DUI	10085	$ 765.000,00	$ 0,00	$ 765.000,00
TOTAL				**$ 765.000,00**	**$ 0,00**	**$ 765.000,00**

Fecha entrega de las facturas	27/07/2026
Valor de las facturas	$ 765.000,00
Valor Glosa	$ 0,00
Valor a Pagar Aprobado por Auditoria	$ 765.000,00
VALOR FINAL A PAGO	
Valor a pagar	**$ 765.000,00**
Afectación de recurso (CSF-SSF)	(REC 16)
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO - ORDEN DE COMPRA	
Valor Apalancamiento (AP)	N/A
Valor Vigencia Futura (VF)	N/A
Reducción	N/A
Valor total del contrato	$ 50.000.000,00
Valor pagado al contratista	
Valor tramitado a pago	**$ 765.000,00**
Saldo del contrato	$ 49.235.000,00

APORTES PARAFISCALES	
Número de la planilla	9505986588 - 9507627946
Fecha de pago de la planilla	2026/06/05 - 2026/07/05
Periodo salud	2026-06 - 2026-07
Periodo pensión	2026-05 - 2026-06 2026-
Certificación de aportes (revisoría fiscal o representante legal)	HENRRY O. TORRES MORENO
Fecha de la certificación	03 de agosto de 2026

RECIBIDO A SATISTACION DEL BIEN O SERVICIO

Obligaciones Cumplidas	1)Suscribir el contrato ofrecido. 2)Cumplir con las especificaciones técnicas de la invitación pública y de su oferta, en los términos allí previstos 3)Suministrar oportunamente todos los informes que requiera el supervisor, necesarios para cumplir con los programas, plazos y especificaciones técnicas del objeto del contrato. 4)Dar cumplimiento a los requerimientos exigidos por el supervisor y los documentos del contrato. 5)Para el ejercicio del objeto de contrato, cumplir con la normatividad en Salud (Leyes, Decretos, Acuerdos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía y Resoluciones Ministeriales), Administrativa, Contable, Fiscal y Financiera, de la facturación médica con cargo a la DMSOC como Unidad Ejecutora. 6)No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del DMSOC – o participantes directas o indirectamente en cualquier momento u oportunidad, antes, durante o después de la suscripción del presente contrato. 7)Entregar documentación pertinente al objeto del contrato. 8)No suministrar a terceros la información técnica, administrativa y/o financiera del contrato. 9)Asistir a las citaciones del DMSOC en forma verbal o por escrito. El retardo o la mora en el cumplimiento se entenderá cuando la administración o la supervisión del contrato haya señalado plazos fijos, ciertos y determinados para cumplir aún sin requerir solicitud escrita. 10)Para la Ejecución del contrato y cada mes durante la vigencia del contrato, y al momento de la liquidación de este, entregar los recibos de pago de seguridad social integral y riegos laborales 11)Certificar una cuenta de ahorros o corriente para efectos del pago del contrato. 12)Cumplir con el objeto del presente contrato de conformidad con las solicitudes que le formule el DMSOC. 13)Deberá dar cumplimiento a las obligaciones determinadas en los documentos precontractuales al igual que las ofertadas en su correspondiente ofrecimiento. 14)Cumplir con el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno del CONTRATISTA con el Ministerio de Defensa Nacional Ejército Nacional Dirección de Sanidad DMSOC. 15)Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales y en general se obliga a cumplir con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015. 16)Responder por sus actuaciones y omisiones derivados de la celebración del presente contrato y de la ejecución del mismo, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993. 17)Todas las demás en cumplimiento a las normas legales vigentes.

Actividades realizadas: BRINDO SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESM GMSIL, EN EL AREA DE ODONTOLOGIA (EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO).

NOTA:EN EJECUCION DEL CONTRATO 521-DISANEJC-DMSOC-2026 SE RECIBIERON LOS LOTES DESCRITOS POR LA FIRMA AUDITORA, UNA VEZ REALIZADO EL PROCESO DE AUDITORIA, QUIEN DA AVAL PARA PAGO, DE ACUERDO AL PROCESO DE REVISION ADELANTADO.

Anexos:

- Informe de supervisión # **01 CTO 521-DISANEJC-DMSOC-2026**
- Certificación de parafiscales
- Planilla Salud y Pensión

DATOS DEL SUPERVISOR	
FIRMA	
GRADO NOMBRE Y APELLIDO	MY. ZANDRA CAROLINA SILVA GONZALEZ SUPERVISOR CTO.521-DISANEJC-DMSOC-2026

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"	**INFORME DE SUPERVISIÓN N° 01 (JUNIO - 2026)** **Radicado N° 2026954024442653: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ- JEMOP-DIV05-BR01-GMSIL-ESM -17.1** **FECHA INFORME : (28/07/2026)**

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

CONTRATO: 521-DISANEJC-DMSOC-2026	**FECHA INICIO CTO: 07/05/2026**		**FECHA APROBACIÓN POLIZA:07/05/2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S			**NIT o CC: 900242209-5**
PLAZO DE EJECUCIÓN:	15/12/2026	**LUGAR DE ENTREGA:**	EL MUNICIPIO DE DUITAM EN LA CARERA 19#14-38 CRL 3105002194, EN TUNJA EN LA CARRERA 12 #20-10 CEL 320 4914004, EN SOGAMOSO EN LACARRERA 10 #12-60 CEL 312 3006198 Y CHIQUINQUIRA PREVIA COORDINACION CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR Y UASO, UBICADOS EN BOYACA."

FORMA DE PAGO: M.D.N – EJERCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – DISPENSARIO MÉDICO DE SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ", se compromete a cancelar el valor del contrato mediante consignación en la CUENTA DE AHORROS No. 176270075607 del Banco Davivienda anombre de CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS con NIT 9002422095 que el contratista acreditó como propia, o en otro banco o cuenta que el contratista designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias y siempre y cuando de aviso por escrito a la DISPENSARIO MÉDICO DE SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ", con no menos de treinta (30) días de anticipación, con presentación de la nueva certificación bancaria en donde se acredite su apertura, mediante pagos parciales de acuerdo con facturación, soportados por acta de recibo a satisfacción emitida por el Supervisor del Contrato, previa presentación de cuenta de cobro por parte del Contratista, pagaderos dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la presentación de la factura comercial, en los primeros diez (10) días de cada mes, en la ciudad de Bogotá, en las oficinas de la firma auditora designada por la Dirección de Sanidad del Ejército. El contratista deberá adjuntar los documentos soporte correspondientes:

NOTA: El contratante se obliga a cumplir con la Circular Externa 020 del 12 de abril del 2021 Emitida por Ministerio de Hacienda, con las Resoluciones 000042 del 05 de mayo de 2020, 506 de 2021 y 2335 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social y 012 DE 2021 de la DIAN.

•Factura (s) en original y dos (2) copias con la firma del representante legal, con los soportes requeridos, donde se relaciona uno a uno los servicios prestados de la misma forma deberán presentarse como soporte legal para el pago de la facturación.
•Autorización de servicios expedido por la oficina de referencia y contra referencia del E.S.M., con las respectivas firmas y sellos si se requieren. (SI las Autorizaciones son generadas por SALUD.SIS, NO requiere firma y sello)
•Copia de identificación del usuario.
•Copia del examen de laboratorio realizado, examen, o histórica clínica según el caso.
•Los soportes necesarios según la resolución 2335 de 2023.
•Copia de la planilla de aportes a la seguridad social del mes.
•Certificación del contador de la IPS donde indique que están a Paz y salvo con los aportes a la Seguridad Social.
•Copia de la tarjeta profesional del contador
•Pago de seguridad social y parafiscales

Una vez radicado la facturación en las oficinas de la FIRMA AUDITORA designada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO. Esta (firma auditora) Radicara en el DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE facturación debidamente auditada teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 2335 de 2023 y dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen.

a)Respuesta y/o conciliación de glosas con el Prestador y notificación de estas al DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE, para continuar con el respectivo proceso de pago, dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen.
b)Recepción a satisfacción del servicio, certificación que debe ser expedida por parte del DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en un informe debidamente suscrito por el supervisor del Contrato.
c)Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (Asignación cupo PAC).
d)Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.
e)El contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar. Nota 1 - En el evento de prórroga, por causa imputable al contratista, el pago se postergará en el mismo lapso de la prórroga.

2. MODIFICATORIOS

TIPO	VALOR	OBJETO DE LA MODIFICACION
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL		$ 50.000.000,00
VALOR ADICIÓN		N/A
VALOR REDUCCIÓN		N/A
VALOR VIGENCIA FUTURA		N/A
VALOR TOTAL	$	50.000.000,00

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: 14826	FECHA: 08/04/2026	VALOR:	$ 50.000.000,00
REGISTRO PRESUPUESTAL N°: 63826	FECHA:04/05/2026	VALOR:	$ 50.000.000,00

5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	SUBTOTAL FACTURA	VALOR IVA	VALOR A PAGAR
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
			TOTAL A CANCELAR		**$ -**

6. FACTURACIÓN PROVENIENTE DE AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICADO	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA POR CONCILIAR	VALOR PAGO
	17-07-2026	2026 - JULIO	$ 765.000,00	$ 0,00	$ 765.000,00
	SUBTOTAL		**$ 765.000,00**	**$ 0,00**	**$ 765.000,00**

7. EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

CONCEPTO	V/R CONTRATO	VALOR CANCELADO	VALOR A TRAMITAR PAGO	VALOR PENDIENTE DE PAGO
VALOR CONTRATO U ORDEN COMPRA	$ 50.000.000,00			
SERVICIOS PRESTADOS ABRIL 2025			$ 765.000,00	$ 49.235.000,00
TOTAL	**$ 50.000.000,00**	**$ -**	**$ 765.000,00**	
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	**0%**	**% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO**		**2%**

7.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR CONTRATADO	No. ORDEN DE PAGO	FECHA ORDEN PAGO	VALOR PAGADO	VALOR PENDIENTE DE PAGO	
$ 50.000.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

7.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	
VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	$ 50.000.000,00
VALOR CANCELADO	$ 0,00
VALOR A TRAMITAR A PAGO	$ 765.000,00
VALOR SALDO CONTRATO	$ 49.235.000,00

8. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR GLOSA	VALOR TOTAL A PAGAR
1	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	3	$ 765.000,00	$ 0,00	$ 765.000,00
		TOTAL			**$ 765.000,00**

10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EJECUCION DEL CONTRATO 521-DISANEJC-DMSOC-2026 SE RECIBIERON LOS LOTES DESCRITOS POR LA FIRMA AUDITORA, UNA VEZ REALIZADO EL PROCESO DE AUDITORIA, QUIEN DA AVAL PARA PAGO, DE ACUERDO AL PROCESO DE REVISION ADELANTADO. BRINDO SERVICIOS DE ATENCION ENSALUD A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESM GMSIL, EN EL AREA DE ODONTOLOGIA (EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO)

10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

11. ANEXOS AL INFORME

SE ENTREGA ACTA No. 1 DE RECIBO A SATISFACCION.
PLANILLA DE PAGO DE PARAFISCALES
CERTIFICADO DE PARAFISCALES

MY.ZANDRA CAROLINA [illegible] GONZALEZ
SUPERVISORA CTO 521-DISANEJC-DMSOC-2026

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	1000001628	9507627946	E	2026/07/03	2026/07/08	BANCO DE BOGOTA	5	$3,587,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMFABOY (10 Afiliados)																						$14,503,332	$2,321,200			$14,065,605	$563,200			$14,481,334	$535,500			$15,816,510		$153,900		$0	$0		$3,573,800
Centro de Trabajo: 1.044% // POSITIVA (10 Afiliados)																						$14,503,332	$2,321,200			$14,065,605	$563,200			$14,481,334	$535,500			$15,816,510		$153,900		$0	$0		$3,573,800
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (10 Afiliados)																						$14,503,332	$2,321,200			$14,065,605	$563,200			$14,481,334	$535,500			$15,816,510		$153,900		$0	$0		$3,573,800
1	CC	1049640017	BOYACA ADRIANA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
2	CC	1049628198	FORERO ADIELA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
3	CC	35896072	HERRERA ANGELA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
4	CC	1049655170	JEREZ KARENT		X															230301	1	$58,364	$9,400	EPS002	1	$58,364	$2,400	CCF10	1	$36,366	$1,500	14-23	1	$58,364	1.044%	$700	1	$0	$0	Si	$14,000
5	CC	1049657183	MORANTES MARIA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
6	CC	1049629203	MORENO YINA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
7	CC	1049635730	QUINTERO CINDY																	230301	11	$641,999	$102,800	EPS005	11	$641,999	$25,700	CCF10	11	$641,999	$25,700	14-23	11	$641,999	1.044%	$6,800	11	$0	$0	Si	$161,000
8	CC	1049635730	QUINTERO CINDY												X					230301	19	$1,108,907	$177,500	EPS005	19	$1,108,907	$44,400	CCF10	19	$1,108,907	$0	14-23	19	$1,108,907	0.000%	$0	19	$0	$0	Si	$221,900
9	CC	1049633360	QUINTERO JESSIKA																	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
10	CC	1019102454	RONCANCIO AURA																	230301	7	$437,727	$70,100		0	$0	$0	CCF10	7	$437,727	$17,600	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	7	$0	$0	No	$106,000
11	CC	1049644366	TOCARRUNCHO HEIDDY																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
Total			**Afiliados(10)**																			$14,503,332	$2,321,200			$14,065,605	$563,200			$14,481,334	$535,500			$15,816,510		$153,900		$0	$0		$3,573,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				10	$2,321,200	$8,600	$0	$2,329,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$2,041,000	$7,500	$0	$2,048,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,100	$0	$281,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$153,900	$600	$0	$154,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	10	$153,900	$600	$0	$154,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$535,500	$2,000	$0	$537,500
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	10	$535,500	$2,000	$0	$537,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$563,200	$2,300	$0	$565,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$280,400	$1,100	$0	$281,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$2,400	$100	$0	$2,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$280,400	$1,100	$0	$281,500
TOTAL				**10**	**$3,573,800**	**$13,500**	**$0**	**$3,587,300**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900242209	5	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFABOY	CR 12 No 20-10	TUNJA-BOYACA	7421429	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-06	1000001072	9505986588	E	2026/06/03	2026/06/05	BANCO DE BOGOTA	2	$3,887,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMFABOY (10 Afiliados)																						$15,962,418	$2,554,500			$15,524,691	$621,500			$14,975,085	$542,600			$17,275,596		$162,300		$0	$0		$3,880,900
Centro de Trabajo: 1.044% // POSITIVA (10 Afiliados)																						$15,962,418	$2,554,500			$15,524,691	$621,500			$14,975,085	$542,600			$17,275,596		$162,300		$0	$0		$3,880,900
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (10 Afiliados)																						$15,962,418	$2,554,500			$15,524,691	$621,500			$14,975,085	$542,600			$17,275,596		$162,300		$0	$0		$3,880,900
1	CC	1049640017	BOYACA ADRIANA	X																230301	26	$1,517,451	$242,800	EPS005	26	$1,517,451	$60,700	CCF10	26	$1,517,451	$60,700	14-23	26	$1,517,451	1.044%	$15,900	26	$0	$0	Si	$380,100
2	CC	1049628198	FORERO ADIELA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
3	CC	35896072	HERRERA ANGELA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
4	CC	1049655170	JEREZ KARENT																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,090,977	$43,700	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$412,300
5	CC	1049657183	MORANTES MARIA												X					230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,423,500	$0	14-23	30	$1,750,905	0.000%	$0	30	$0	$0	Si	$350,300
6	CC	1049629203	MORENO YINA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
7	CC	1049635730	QUINTERO CINDY																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
8	CC	1049633360	QUINTERO JESSIKA																	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
9	CC	1019102454	RONCANCIO AURA																	230301	7	$437,727	$70,100		0	$0	$0	CCF10	7	$437,727	$17,600	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	7	$0	$0	No	$106,000
10	CC	1049644366	TOCARRUNCHO HEIDDY																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	30	$0	$0	Si	$438,700
Total			**Afiliados(10)**																			$15,962,418	$2,554,500			$15,524,691	$621,500			$14,975,085	$542,600			$17,275,596		$162,300		$0	$0		$3,880,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				10	$2,554,500	$3,900	$0	$2,558,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$2,274,300	$3,400	$0	$2,277,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$500	$0	$280,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$162,300	$300	$0	$162,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	10	$162,300	$300	$0	$162,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				10	$542,600	$800	$0	$543,400
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	10	$542,600	$800	$0	$543,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$621,500	$1,100	$0	$622,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$280,400	$500	$0	$280,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$70,100	$200	$0	$70,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$271,000	$400	$0	$271,400
TOTAL				**10**	**$3,880,900**	**$6,100**	**$0**	**$3,887,000**

PACIOLI
Contadores Públicos

CERTIFICACION DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL PARAFISCALES

El suscrito **HENRRY O. TORRES MORENO** certifico bajo la gravedad de juramento y en calidad de Contador Público que la empresa **CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS** con NIT: 900.242.209-5, se encuentra a paz y salvo con el estado por el concepto de aportes de sus empleados a los Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones, Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, dentro de los seis (06) meses anteriores a la fecha de suscripción de la presente certificación, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos, dando cumplimiento con las normas legales estipuladas en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Art. 1 de la Ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.

Fecha, 03 de agosto de 2026.

Atentamente:



HENRRY O. TORRES MORENO

CONTADOR PÚBLICO
T.P. No. 149918-T









UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
F32B01350A53183D

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 **HENRRY ORLANDO TORRES MORENO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 7181470 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 149918-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 26 días del mes de Mayo 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 digitando el número del certificado