Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHamdoming ANYELA MARCELA DOMINGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE
Fecha y Hora Sistema: 2026-08-11-4:11 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Numero:	19426	**Fecha Registro:**	2026-08-11	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN						
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requier**	No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	3426		
Valor Inicial:	1.286.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	1.286.000,00	**Saldo x Ordenar:**	1.286.000,00		
Valor Inicial Moneda	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda**	0,00			**Valor Actual**	0,00	**Saldo x Ordenar**	0,00		
Valor Deducciones:	47.068,00	**Valor Neto:**	1.238.932,00			**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	3026		
Valor Deducciones	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00			**Atributo**	05-NINGUNO	**Comprobante**	560131		
TERCERO											
Identificacion:	900428789	**Razon Social:**	CENTRO DE IMPLANTES DENTALES - CID S.A.S					**Medio de Pago:**	Abono en cuenta		
CUENTA BANCARIA											
Numero:	0347013161	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA			**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa		
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	19426	**Tipo:**	Adquisicion de	**Identificacion:**				**Fecha de Registro:**			
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	6656	**Tipo:**	FACTURA			**Fecha:**	2026-08-11				

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA	VALOR INICIAL	VALOR	VALOR ACTUAL	SALDO X
15-01-11-100 ESM	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL	Nación	16	SSF	05-					
						Total:	1.286.000,00	0,00	1.286.000,00	1.286.000,00

Objeto:	6656-008-00MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026-PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS DEL

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-08-14	Generada	1.286.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR	SALDO
2-01-04-01-04-04 RETEFUENTE- SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	1.286.000,00	2,000 %	25.720,00	25.720,00
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 890399011	SANTIAGO DE CALI DISTRITO ESPECIAL, DEPORTIVO,	1.286.000,00	0,660 %	8.488,00	8.488,00
2-03-19-02 PRO-DESARROLLO UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA-UCEVA	NIT 890399029	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	1.286.000,00	0,500 %	6.430,00	6.430,00
2-03-19-03 ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD DEL PACIFICO	NIT 890399029	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	1.286.000,00	0,500 %	6.430,00	6.430,00

CT. JOHANNA ANDREA BOLAÑOS GUACA
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° 169

FECHA: jueves, 6 de agosto 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	CENTRO DE IMPLANTES DENTALES - CID S.A.S	
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT	
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	900428789	
No DOC. SOPORTE	008-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026	
VALOR TOTAL	**$**	**45.000.000,00**
VALOR A PAGAR	*RECURSO 10:* $	-
	RECURSO 16: $	1.286.000,00
VALOR LEGALIZACION / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	N/A	
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	A-02-02-02-009-003-01	
NÚMERO DE LA ENTRADA DE BIEN Y/O SERVICIO SAP)	1002460263	5003970438
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	3500566308	
VIGENCIA	ACTUAL	
PAC MES	AGOSTO	
BANCO	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	
TITULAR	CENTRO DE IMPLANTES DENTALES - CID S.A.S	
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	CORRIENTE	
NUMERO CUENTA	0347013161	
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.	7
TOTAL FOLIOS		**8**

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 SERVICIOS PARCIAL	FECHA 3 DE AGOSTO DEL 2026
CONTRATO N°	008-00MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
FECHA SUSCRIPCIÓN	17 DE MARZO 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782
FORMA DE PAGO	La nación – ministerio de defensa nacional – fuerza aeroespacial colombiana – escuela militar de aviación – establecimiento de sanidad militar, pagara al contratista el valor del contrato así:

MES EJECUCIÓN	MES PAGO	VALOR
MARZO	PAC MAYO 2026	DE ACUERDO CON VALOR FACTURADO A RECIBO A SATISFACION
ABRIL	PAC JUNIO 2026	
MAYO	PAC JULIO 2026	
JUNIO	PAC AGOSTO 2026	
JULIO	PAC SEPTIEMBRE 2026	
AGOSTO	PAC OCTUBRE 2026	
SEPTIEMBRE	PAC NOVIEMBRE 2026	
OCTUBRE	PAC DICIEMBRE 2026	
NOVIEMBRE	PAC DICIEMBRE 2026	
DICIEMBRE	PAC DICIEMBRE 2026	

CONTRATISTA	CENTRO DE IMPLANTES DENTALES - CID SAS
INTERVENTOR	N/A
SUPERVISOR	ST FRANCO UMAÑA MARIA PAULA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 30,000,000.00
PLAZO DE ENTREGA	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION, HASTA EL 21 DE DICIEMBRE DE 2026 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, LO PRIMERO QUE OCURRA.
FECHA DE INICIO	27 MARZO DE 2026
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	05 de junio de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782
FORMA DE PAGO	La nación – ministerio de defensa nacional – fuerza aeroespacial colombiana – escuela militar de aviación – establecimiento de sanidad militar, pagara al contratista el valor del contrato así:

MES EJECUCIÓN	MES PAGO	VALOR
MARZO	PAC MAYO 2026	DE ACUERDO CON VALOR FACTURADO A RECIBO A SATISFACION
ABRIL	PAC JUNIO 2026	
MAYO	PAC JULIO 2026	
JUNIO	PAC AGOSTO 2026	
JULIO	PAC SEPTIEMBRE 2026	
AGOSTO	PAC OCTUBRE 2026	
SEPTIEMBRE	PAC NOVIEMBRE 2026	
OCTUBRE	PAC DICIEMBRE 2026	
NOVIEMBRE	PAC DICIEMBRE 2026	
DICIEMBRE	PAC DICIEMBRE 2026	

PLAZO DE ENTREGA	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION, HASTA EL 21 DE DICIEMBRE DE 2026 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, LO PRIMERO QUE OCURRA.
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$45.000.000,00

En SANTIAGO DE CALI, el día del mes 3 de AGOSTO de 2026, se reunieron el señor ST. FRANCO UMAÑA MARIA PAULA en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC** y el señor CESAR AUGUSTO OCHOA HERRERA en su calidad de contratista; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo 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
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS		**OBSERVACIONES GENERALES**
Se da concepto favorable para pago de las facturas relacionas, según lo radicado y auditado en los formatos de concepto de auditoria como se relaciona a continuación: • CUADRO AUDITORIA 342, el cual suma un valor total de $1.286.000,00 auditado por la señora SMSM. MARTHA LUCIA ESPITIA RAMIREZ.		FV6656, FV6657, FV6658, FV6659
DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A

SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$30.000.000,00	
ADICIÓN	$15.000.000,00	
VALOR FINAL CONTRATO	$45.000.000,00	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$0,00	
PRIMER PAGO PARCIAL	$1.046.000,00	CUADRO DE AUDITORA 182
SEGUNDO PAGO PARCIAL	$2.817.600,00	CUADRO DE AUDITORIA 234 - 241
TERCER PAGO PARCIAL	$3.738.000,00	CUADRO DE AUDITORIA 289
CUARTO PAGO PARCIAL	$1.286.000,00	CUADRO DE AUDITORIA 342
SALDO	$36.112.400,00	

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	X
COPIA	PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social	N/A

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

CESAR AUGUSTO OCHOA HERRERA **CONTRATISTA**	ST FRANCO UMAÑA MARIA PAULA **SUPERVISOR**

ELABORO: ST FRANCO UMAÑA MARIA PAULA

	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:	EMAVI
Nombre del Supervisor de Contrato	ST.FRANCO UMAÑA MARIA PAULA
Ordenador del Gasto	EMAVI
No. Contrato	008-00MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 760018302782
Valor inicial del contrato	$ 30.000.000,00
Adición	$ 15.000.000,00
Reducción	$ 0,00
Valor final del contrato	$ 45.000.000,00

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**	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR APROPIACION POR RUBRO**
	RECURSO				
A-02-02-02-009-003-01	16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 45.000.000,00
TOTAL VIGENCIA 2026					**$ 45.000.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 45.000.000,00**
			Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)		**$ -**

No. PAGO	**MES DE PAGO**	**MES AMORTIZACIÓN O LEGALIZACIÓN**	**DETALLE DEL PAGO**	**RUBRO**	**USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)**	**DESCRIPCION**	**VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO**	**VALOR TOTAL PARA PAGO**	**SALDOS**
1	MAYO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 1.046.000,00	$ 1.046.000,00	$ 43.954.000,00
2	JUNIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 2.817.600,00	$ 2.817.600,00	$ 41.136.400,00
3	JULIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 3.738.000,00	$ 3.738.000,00	$ 37.398.400,00
4	AGOSTO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 1.286.000,00	$ 1.286.000,00	$ 36.112.400,00
TOTALES							**$ 8.887.600,00**	**$ 8.887.600,00**	**$ 36.112.400,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	María Paula Franco Umaña
POSTFIRMA	ST.FRANCO UMAÑA MARIA PAULA
FECHA	lunes, 3 de agosto de 2026

CENTRO DE IMPLANTES DENTALES CID S A S NIT 900428789-5

CESAR AUGUSTO OCHOA HERRERA

CERTIFICA

En calidad de representante legal del **CENTRO DE IMPLANTES DENTALES CID SAS, Identificada** con el nit 900428789-5, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos soportes. Lo anterior en lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Que el artículo 25 de la ley 1607 de 2012 y artículo 8 del decreto reglamentario 862 del 2013, la empresa esta exonerada del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Para constancia se firma a los 17 días del mes de julio de 2026

CESAR AUGUSTO OCHOA HERRERA

Representante Legal

CC16.684.981

Carrera 44 No. 6 A - 46 PBX 6025546017 Cali

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900428789	5	CENTRO DE IMPLANTES DENTALES - CID S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 44 6A 46	CALI-VALLE	5546017	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	504101683	9508346016	E	2026/07/23	2026/07/23	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$1,288,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | |

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION														SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
																				$840,600						$210,300	
																				$840,600						$210,300	
																				$840,600						$210,300	
						$1,750,905	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,750,905	16%	SIN RIESGO	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$280,200		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,750,905	4%	$70,100	
						$1,750,905	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,750,905	16%	SIN RIESGO	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$280,200		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,750,905	4%	$70,100	
						$1,750,905	No	Fijo	PROTECCION	30	$1,750,905	16%	SIN RIESGO	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$280,200		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$1,750,905	4%	$70,100	
																				$840,600						$210,300	

E ADES	VALOR A PAGAR
$0	$840,600
$0	$560,400
$0	$280,200
$0	$27,600
$0	$27,600
$0	$210,300
$0	$210,300
$0	$210,300
$0	$210,300
$0	**$1,288,800**

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$210,300						$210,300						$27,600				$0		$0		$0		$0	
	$210,300						$210,300						$27,600				$0		$0		$0		$0	
	$210,300						$210,300						$27,600				$0		$0		$0		$0	
$0	$70,100		COMFENALCO VALLE	30	$1,750,905	4%	$70,100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,750,905	0.522%	1	$9,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$70,100		COMFENALCO VALLE	30	$1,750,905	4%	$70,100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,750,905	0.522%	1	$9,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
$0	$70,100		COMFENALCO VALLE	30	$1,750,905	4%	$70,100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$1,750,905	0.522%	1	$9,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
	$210,300						$210,300						$27,600				$0		$0		$0		$0	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141123619848

(415)7707212489984(8020) 000014112361984 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 8 7 8 9	5	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CENTRO DE IMPLANTES DENTALES - CID S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
CENTRO DE IMPLANTES DENTALES - CID S.A.S	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 44 6 A 46

42. Correo electrónico centrodeimplantesdentales2011@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 5 4 6 0 1 7	

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 2	2 0 1 1 0 4 0 1	8 6 2 1	2 0 1 4 0 2 1 2					

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	7	8	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

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 61. Fecha 2024-09-09 / 11:56:57AM

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 OCHOA HERRERA CESAR AUGUSTO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141123619848

(415)7707212489984(8020) **000014112361984 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 8 7 8 9	5	Impuestos de Cali 5	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 1 0 3 3 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 1 0 4 1 3	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 8 1 5 5 4 2	
78. Departamento	7 6	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 1 0 3 3 1	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141123619848

(415)7707212489984(8020) **000014112361984 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 8 7 8 9	5	Impuestos de Cali	5

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 1 0 4 1 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 6 6 8 4 9 8 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
OCHOA	HERRERA	CESAR	AUGUSTO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141123619848

(415)7707212489984(8020) **000014112361984 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 8 7 8 9	5	Impuestos de Cali	5	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 6 7 7 2 8 3 9		9 7 7 7 7 - T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SUAREZ	SALAS	ROCIO	

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 1 0 4 1 3

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141123619848

(415)7707212489984(8020) **000014112361984 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 4 2 8 7 8 9	5	Impuestos de Cali 5	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: CENTRO DE IMPLANTES DENTALES- CID

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CL 6 AV ROOSEVELT 44 88

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 0 8 1 5 5 4 3	2 0 1 1 0 4 1 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
5 5 4 6 0 1 7	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Cuenta por pagar – Comprobante.

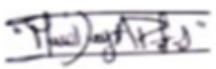
Usuario Solicitante:	MHmalvarez	MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-100	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Fecha y Hora Sistema:	6/08/2026 12:00:00 a. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	19426	**Fecha Registro:**	2026-08-06	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes		**Nro. Compromiso:**	3426	**Nro. Cdp:**	3026
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Antes del Iva:	1.286.000,00	**Valor Iva:**	0,00		**Valor Total:**	1.286.000,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00
TERCERO								
Identificación:	900428789	**Razón Social:**	CENTRO DE IMPLANTES DENTALES - CID S.A.S					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	AUD 342	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2026-08-06

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
17	FACTURA

Objeto.:	AUD 342, SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES



TASD MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES