| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | Código: | GA-JEADA-FR-201 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO | Versión N°: | 07 |
| | | Vigencia: | 28-11-2024 |

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2026-007391-CP**

FECHA: 07-09-2026

El suscrito ***CORONEL HECTOR AUGUSTO MORENO CLAVIJO*** Ordenador del Gasto de ***CAMAN*** nombrado mediante ***Resolución No. 1073 del 16-12-2025*** ; autoriza ***pago parcial CONTRATO No.002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026 CUYO OBJETO CONSISTE EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA en calidad de AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA*** 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*** | ***LAURA VALENTINA AVILA ABELLA*** |
| ***TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN*** | ***Cédula*** |
| ***No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN*** | ***1.001.174.817*** |
| ***No DOC. SOPORTE*** | ***002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026*** |
| ***VALOR TOTAL*** | ***$23.309.000,00*** |
| ***VALOR A PAGAR*** | ***$2.119.000,00*** |
| ***VALOR LEGALIZACIÓN / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO*** | ***N/A*** |
| ***RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN*** | ***02-02-02-009-003-01 RC16*** |
| ***NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP)*** | ***1002473832*** |
| ***NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)*** | ***3500571227*** |
| ***VIGENCIA*** | ***2026*** |
| ***PAC MES*** | ***SEPTIEMBRE*** |
| ***BANCO*** | ***BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A*** |
| ***TITULAR*** | ***LAURA VALENTINA AVILA ABELLA*** |
| ***TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO*** | ***Ahorros*** |
| ***NUMERO CUENTA*** | ***547882170*** |
| ***ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (cuando aplique)*** | |
| ***TITULAR*** | ***N/A*** |
| ***NIT/C.C*** | ***N/A*** |
| ***BANCO*** | ***N/A*** |
| ***TIPO DE CUENTA BANCARIA*** | |
| ***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. | ***1*** |
| ***DIGITAL*** | Los demás documentos que se hayan suscrito en el contrato y/o se | ***21*** |

FAC-S-2026-007391-CP



| | | |
|---|---|---|
| | requieran de acuerdo con la normatividad vigente. | |
| | ***TOTAL FOLIOS*** | ***23*** |

En constancia de lo anterior firman:



Coronel HECTOR AUGUSTO MORENO CLAVIJO
Segundo Comandante Y Jefe Estado Mayor CAMAN

Elaboró: TS21. OCHOA / DECOP MY. CAMACHO / DECOP Aprobó:MY. CAMACHO / DECOP

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA FUERZA AÉREA COLOMBIANA**
**COMANDO DE APOYO A LA FUERZA - JEFATURA ADMINISTRATIVA DIRECCIÓN FINANCIERA**
**LISTA DE DOCUMENTACIÓN PARA PAGO**

| ITEM | DOCUMENTOS | CTOS PROVEEDORES NACIONALES |
|---|---|---|
| 1 | Formato Certificación para pago (Establecido en Hermes) | X |
| 2 | Formato Certificado Plan de Adquisiciones (última versión del documento) | SECOP II |
| 3 | Certificado de disponibilidad "CDP" (última versión del documento) | SECOP II |
| 4 | Registro presupuestal CRP.<br>Anexar la última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar para vigencia actual. | X |
| 5 | Ordenes de Compra / LOA / Convenios - modificatorios y/o adicionales (en caso de modificación del tercero o cuenta bancaria del beneficiario del pago se debe adjuntar el acto administrativo) | |
| 6 | Contrato principal modificatorios y/o adicionales. (SECOP II) | SECOP II |
| 7 | Último modificatorio al contrato y/o adicionales (en caso de modificación del tercero o cuenta bancaria del beneficiario del pago). | SECOP II |
| 8 | Contrato de fiducia mercantil y patrimonios autónomos (cuando aplique) | |
| 9 | Acta de inicio (Para pago anticipado y anticipo contratos de obra civil) | SECOP II |
| 10 | Acta / Documento de constitución unión temporal o consorcio (detalle de tercero que factura y tercero beneficiario de pago). | |
| 11 | Resolución y/o acto administrativo, con sus modificaciones (si aplica) de apoyo educativo, exámenes médicos y gastos de transporte. | |
| 12 | Resolución por multas y sanciones y/o cesión de derechos económicos | |
| 13 | RUT (Registro Único Tributario) del tercero original y beneficiario del pago actualizado y vigente. | X |
| 14 | Factura Electrónica (Detalle de los bienes y/o servicios de acuerdo al objeto del proceso y al anexo técnico) o documento soporte para los no obligados a facturar electrónicamente (Art. 616-2 E.T.).<br>En caso de Proveedores Extranjeros, se adjunta Factura soporte.<br>Para Resoluciones anexar documentos equivalentes u otro documento soporte legal para el pago. | X |
| 15 | Soporte de las facturas con estado aprobadas en SIIF NACIÓN. | |
| 16 | Certificación cuenta bancaria del tercero beneficiario del pago no superior a 60 días al momento de la radicación del pago. | X |
| 17 | Soporte y/o pantallazo de SIIF NACIÓN de la cuenta bancaria relacionada en el pago en estado activa y vigente. | X |
| 18 | Formato Recibo a satisfacción de bienes y/o servicios, vigente Suite Visión (Se debe detallar conforme al proceso y anexo técnico). | X |
| 19 | Formato imputación bienes y servicios por rubro presupuestal al máximo nivel de desagregación presupuestal y recurso. | X |
| 20 | Formato de calendarización de pagos de los contratos en moneda extranjera, la TRM de este documento debe ser la misma de la certificación de pagos. | |
| 21 | Entrada de bienes SAP firmada, y hoja de entrada de servicios SAP | |
| 22 | Comprobante de SIIF NACIÓN de cuentas por pagar | X |
| 23 | Garantías y mecanismos de cobertura del riesgo (SECOP II). | SECOP II |
| 24 | Certificación pago Parafiscales. | X |
| 25 | Planilla de aportes: Pagos Parafiscales y Seguridad Social, acorde al periodo de facturación. | X |
| 26 | Balances de avance de obra o entrega final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles) | |
| 27 | Formato relación de registros viáticos al interior del país debidamente firmado por el Ordenador del Gasto | |
| 28 | Certificado de calificaciones del período anteriormente cursado en el programa de educación superior. | |
| 29 | Paz y salvo emitido por la universidad del periodo académico anteriormente cursado, en el que se certifique que el estudiante se encuentra al día con los pagos de la Institución Educativa. | |
| 30 | Registro calificado del programa académico. | |
| 31 | Certificación de existencia y representación legal institución de educación. | |
| 32 | Fotocopia ampliada de la cédula de ciudadanía del estudiante. | |
| 33 | Obligación debidamente firmada y/o "Listado de obligaciones" cuando se realice el procedimiento a través de pago múltiple beneficiarios | |
| 34 | Los demás documentos que se requieran y/o los que se hayan suscrito en el contrato | X |

*** La documentación mencionada se manejará formato digital. Asimismo, es imperativo que se garantice la adecuada creación y preservación de los expedientes correspondientes, en los sistemas dispuestos para tal fin.**

| | FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA | Código: | GH-JEFSA-FR-049 |
|---|---|---|---|
| | ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS JEFATURA SALUD FAC | Versión N°: | 06 |
| | | Vigencia: | 10-12-2024 |

| ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (ESPECIFICAR SI ES PARCIAL O TOTAL) | FECHA 31/08/2026 |
|---|---|
| *CONTRATO N°* | *002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA CAMAN-FAC- ESM8982-2026* |
| *FECHA SUSCRIPCIÓN* | *23/01/2026* |
| *OBJETO DEL CONTRATO* | *LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFIACIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA en calidad de AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.* |
| *FORMA DE PAGO* | |

| No. PAGOS | MES EJECUCIÓN | MES PAGO | TOTAL HORAS MES | VALOR UNITARIO POR HORA | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | MARZO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 2 | MARZO | ABRIL | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 3 | ABRIL | MAYO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 4 | MAYO | JUNIO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 5 | JUNIO | JULIO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 6 | JULIO | AGOSTO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 7 | AGOSTO | SEPTIEMBRE | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 8 | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 9 | OCTUBRE | NOVIEMBRE | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 10 | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | | | | $ 21.190.000 |

| | |
|---|---|
| *CONTRATISTA* | *LAURA VALENTINA AVILA ABELLA* |
| *INTERVENTOR* | *NO APLICA* |
| *SUPERVISOR* | *ST. BARRETO MAHECHA MAYRA FERNANDA* |
| *VALOR INICIAL DEL CONTRATO* | *21.190.000* |
| *PLAZO DE ENTREGA* | *30/11/2026* |
| *FECHA DE INICIO* | *03/02/2026* |
| *FECHA DE SUSPENSIÓN* | *NO APLICA* |
| *FECHA DE REINICIACIÓN* | *NO APLICA* |
| **CONTRATO MODIFICATORIO N° 1** | |
| *FECHA DE SUSCRIPCIÓN* | *13/02/2026* |
| *OBJETO DEL CONTRATO* | *LA ADICIÓN DEL CONTRATO POR VALOR DE $ 2.119.000,00 Y LA AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026* |
| *FORMA DE PAGO* | |

| No. PAGOS | MES EJECUCIÓN | MES PAGO | TOTAL HORAS MES | VALOR UNITARIO POR HORA | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | MARZO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 2 | MARZO | ABRIL | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 3 | ABRIL | MAYO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 4 | MAYO | JUNIO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 5 | JUNIO | JULIO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 6 | JULIO | AGOSTO | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 7 | AGOSTO | SEPTIEMBRE | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 8 | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 9 | OCTUBRE | NOVIEMBRE | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 10 | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| 11 | DICIEMBRE | CUENTAS POR PAGAR 2026 PAGADERAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2027 | 163 | $ 13.000 | $ 2.119.000 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | | | | $ 23.309.000 |

| | |
|---|---|
| *PLAZO DE ENTREGA* | *31/12/2026* |
| *VALOR FINAL DEL CONTRATO* | *23.309.000* |

*En la ciudad de Madrid, Cundinamarca, el día 31 del mes de Agosto de 2026, se reunieron la señora ST. BARRETO MAHECHA MAYRA FERNANDA, en su calidad de supervisor por parte del* **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC** *y la señora LAURA VALENTINA ÁVILA ABELLA en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los servicios correspondientes al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.*

*Luego de adelantar la inspección a los servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y las entregas se cumplieron dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los servicios prestados, así:*

| DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS | CANTIDAD | OBSERVACIONES GENERALES |
|---|---|---|
| *No aplica* | *No aplica* | *No aplica* |

| | | |
|---|---|---|
| *No aplica* | *No aplica* | *No aplica* |
| **DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS** | **CANTIDAD** | **OBSERVACIONES GENERALES** |
| *No aplica* | *No aplica* | *No aplica* |
| *No aplica* | *No aplica* | *No aplica* |
| **DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS** | | **OBSERVACIONES GENERALES** |
| *1. Durante la consulta, alistó el instrumental y materiales solicitados por parte del profesional.*<br>*2. Realizó el proceso de lavado, secado, empacado y marcado para esterilización del instrumental.*<br>*3. Mantuvo en orden los consultorios (el mesón de esterilización, los muebles de almacenamiento de instrumental, muebles de almacenamiento de insumos de stock y unidades odontológicas).*<br>*4. Realizó limpieza terminal de las unidades odontológicas, autoclave y mueble donde está almacenado instrumental e insumos.*<br>*5. Realizó limpieza rutinaria entre paciente y paciente de la unidad odontológica.*<br>*6. Al finalizar la jornada, retiró las piezas de alta, contra ángulo y micromotor, se limpiaron y se aceitaron para ser esterilizadas.*<br>*7. Cortó rollo papel de grado médico para empacar el instrumental.*<br>*8. Cortó sabana para realizar y dobló baberos desechables.*<br>*9. Realizó un registro completo de las carpetas de temperatura y ciclos de esterilización y limpieza de autoclave.*<br>*10. Preparó los materiales que se requieran en la atención de los pacientes con optimización de los recursos.*<br>*11. Apoyó al profesional en el diligenciamiento de odontograma digital y escrito.*<br>*12. Realizó adecuada semaforización y control de rotación con fechas de vencimiento de los insumos odontológicos.*<br>*13. Mantuvo actualizados las etiquetas de reenvase de insumos y apertura de insumos.*<br>*14. Revisó el instrumental y mantener las fechas de vencimiento del instrumental al día.* | | *Se recibe a Satisfacción de los servicios prestados en el mes de Agosto 2026* |
| | | |
| **DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)** | **CANTIDAD** | **OBSERVACIONES GENERALES** |
| *No aplica* | *No aplica* | *No aplica* |
| *No aplica* | *No aplica* | *No aplica* |

| **AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS O BIENES** |
|---|
| *No aplica* |
| **SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO** |

| DETALLE DEL PAGO | VALOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| *VALOR INICIAL DEL CONTRATO* | *$ 21.190.000* | *Ninguna* |
| *ADICIÓN* | *$ 2.119.000* | *Ninguna* |
| *VALOR FINAL CONTRATO* | *$ 23.309.000* | *Ninguna* |
| *PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO* | *$ 0* | *Ninguna* |
| *PRIMER PAGO PAC MARZO* | *$ 2.119.000* | *Ninguna* |
| *SEGUNDO PAGO PAC ABRIL* | *$ 2.119.000* | *Ninguna* |
| *TERCER PAGO PAC MAYO* | *$ 2.119.000* | *Ninguna* |
| *CUARTO PAGO PAC JUNIO* | *$ 2.119.000* | *Ninguna* |
| *QUINTO PAGO PAC JULIO* | *$ 2.119.000* | *Ninguna* |
| *SEXTO PAGO PAC AGOSTO* | *$ 2.119.000* | *Ninguna* |
| *SEPTIMO PAGO PAC SEPTIEMBRE* | *$ 2.119.000* | *Ninguna* |
| *SALDO* | *$ 8.476.000* | *Ninguna* |

**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)* | *X* |
| *COPIA* | *PERSONA JURÍDICA - Certificación de aportes de seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y adjuntar recibo de la planilla de pago* | *N/A* |
| *COPIA* | *PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social* | *OK* |
| *COPIA* | *Captura de pantalla de la aprobación en el Sistema SIIF de la facturación* | *N/A* |
| *COPIA* | *Los demás documentos que apliquen* | *X* |

**EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON**

| | |
|---|---|
| *LAURA VALENTINA AVILA ABELLA*<br>*NOMBRE Y FIRMA CONTRATISTA* | *ST. BARRETO MAHECHA MAYRA FERNANDA*<br>*GRADO, NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR* |

*ELABORO: ST. BARRETO MAHECHA MAYRA FERNANDA*

**LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES – DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – JEFATURA DE SALUD - FUERZA AÉROESPACIAL COLOMBIANA –COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO – ESM 8982**

EQUIVALENTE A CUENTA DE COBRO N.º 7
**Decreto N. 522/2003 Art.03**

Agosto 31 de 2026

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO:**

**LAURA VALENTINA AVILA ABELLA**
**CC O NIT: 1001174817 de Bogotá**

**CIUDAD Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO DEL PAGO**
Calle 15 # 6b-06
Valentina.avila263@hotmail.com

**CONCEPTO**: Contrato **No. 002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA CAMAN-FAC-ESM8982-2026** Correspondiente LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA en calidad de AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA POR UN TOTAL DE **163 HORAS** PRESTADAS DEL **01 de Agosto al 31 de Agosto 2026.**

**VALOR**: $ 2.119.000 (DOS MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL PESOS M/CTE.).

Bajo la gravedad de juramento declaro que soy categoría empleada, para efectos tributarios, no declaro renta y no soy pensionada.



**LAURA VALENTINA AVILA ABELLA**

**CC. No. 1001174817 de Madrid, Cundinamarca**

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

| | |
|---|---|
| **Jefatura o Unidad:** | **ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 8982 CAMAN** |
| **Nombre del Supervisor de Contrato** | **ST. BARRETO MAHECHA MAYRA FERNANDA** |
| **Ordenador del Gasto** | **CAMAN - SECOM** |
| **No. Contrato** | **No. 002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026** |
| **Objeto del contrato** | **LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA en calidad de AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA** |
| **Valor inicial del contrato** | **$ 21,190,000.00** |
| **Adición** | **$ 2,119,000.00** |
| **Reducción** | **$ 0.00** |
| **Valor final del contrato** | **$ 23,309,000.00** |

| 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 | | | | |
| 02-02-02-009-003 | 16 | N/A | ADE-Servicios de Salud Humana | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA en calidad de AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA | **$ 23,309,000.00** |
| TOTAL VIGENCIA **2026** | | | | | **$ 23,309,000.00** |
| TOTAL VIGENCIAS | | | | | **$ 23,309,000.00** |
| | | | **Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)** | | **$ 0.00** |

| No. PAGO | MES DE PAGO | MES AMORTIZACIÓN 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 | MARZO | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | 02-02-02-009-003-16 | N/A | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA en calidad de AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA | $ 2,119,000.00 | $ 2,119,000.00 | $ 21,190,000.00 |
| 2 | ABRIL | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | 02-02-02-009-003-16 | N/A | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 | $ 2,119,000.00 | $ 2,119,000.00 | $ 19,071,000.00 |
| 3 | MAYO | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | 02-02-02-009-003-16 | N/A | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 | $ 2,119,000.00 | $ 2,119,000.00 | $ 16,952,000.00 |
| 4 | JUNIO | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | 02-02-02-009-003-16 | N/A | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 | $ 2,119,000.00 | $ 2,119,000.00 | $ 14,833,000.00 |
| 5 | JULIO | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | 02-02-02-009-003-16 | N/A | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 | $ 2,119,000.00 | $ 2,119,000.00 | $ 12,714,000.00 |
| 6 | AGOSTO | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | 02-02-02-009-003-16 | N/A | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 | $ 2,119,000.00 | $ 2,119,000.00 | $ 10,595,000.00 |
| 7 | SEPTIEMBRE | N/A | PAGO PARCIAL VG ACTUAL | 02-02-02-009-003-16 | N/A | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 | $ 2,119,000.00 | $ 2,119,000.00 | $ 8,476,000.00 |
| **TOTALES** | | | | | | | **$ 14,833,000.00** | **$ 14,833,000.00** | **$ 8,476,000.00** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA (Supervisor del Contrato)** | |
| **POSTFIRMA** | ST. BARRETO MAHECHA MAYRA FERNANDA |
| **FECHA** | 31/08/2026 |

| REGISTRO ACTIVIDADES OPS ESM 8982 CAMAN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DE CONTRATISTA Y NUMERO DE CC: Laura Valentina Avila Abella | | | | | | | | |
| 1001174817 | | | | | | | | |
| **FECHA D/M/A** | **HORA DE INICIO** | **HORA FINAL** | **TOTAL DE HORAS** | **ACTIVIDADES REALIZADAS** | **EVIDENCIAS** | **FIRMA CONTRATISTA** | **VISTO BUENO RESPONSABLE DEL SERVICIO** | **VISTO BUENO SUPERVISOR CONTRATO** |
| 7/3/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas y realice gasas. |  | Valentina A | | |
| 8/4/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |
| 8/5/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas, recortar y doblar baberos desechables. |  | Valentina A | | |
| 8/6/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas, cortar papel grado medico. |  | Valentina A | | |
| 8/10/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. se realiza limpieza terminal de autoclave y unidades odontologicas. |  | Valentina A | | |
| 8/11/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8/12/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. Limpiar y organizar el estante donde se almacena el instrumental y revisar fechas de vencimiento. |  | Valentina A | | |
| 8/13/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |
| 8/14/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |
| 8/18/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas y cortsr papel de grado medico |  | Valentina A | | |
| 8/19/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |
| 8/20/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. Se realiza limpiezan¿ y semaforizacion de insumos. |  | Valentina A | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8/21/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas y limpieza terminar del autoclave y unidades osontologicas. |  | Valentina A | | |
| 8/24/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas, limpieza del estante donde se almacena el instrumental. |  | Valentina A | | |
| 8/25/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. Organizar insumos y revisar que esten bien rotulados. |  | Valentina A | | |
| 8/25/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. Se realiza limpeza terminar de autoclave y unidades odontologicas. |  | Valentina A | | |
| 8/26/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 8 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |
| 8/27/2026 | 7:00<br>13:00 | 12:00<br>16:00 | 9 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8/28/2026 | 7:00<br>13:00 | 13:00<br>15:00 | 9 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |
| 8/31/2026 | 7:00<br>13:00 | 13:00<br>15:00 | 9 HORAS | Preparar el liquido para inactivar el instrumental y el liquido para desinfectar superficies, alistar instrumental requerido y materiales para cada procedimiento, lavar, secar y empacar el instrumental correctamente y marcar para esterilizar, registro de carpetas, desinfeccion de la unidad odontologica entre paciente y paciente y tomar odontogramas. |  | Valentina A | | |
| **TOTAL** | | | 163 HORAS | | | | | |

Madrid, Cundinamarca **31 DE AGOSTO DE 2026**

Señores

LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES – DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD – JEFATURA DE SALUD - FUERZA AÉREA COLOMBIANA – COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO – ESM 8982 CON NIT 901.542.499-5

Yo **LAURA VALENTINA AVILA ABELLA** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1001174817 de Bogotá**, vinculado actualmente mediante contrato de prestación de servicios y para efectosde la norma contenida en la Ley 1819 de 2016 y en el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario,certifico bajo la gravedad de juramento (Artículo 442 del Código Penal) lo siguiente:

1. Que durante el año gravable anterior, el 80% o más de mis ingresos brutos SI ( ) NO (X) provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de mi profesión liberal y/o servicio técnicoque no requerí de la utilización de materiales o insumos especiales, o maquinaria o equipo especializado.

2. SI ( ) NO (X) soy declarante de renta, conforme a lo establecido en el Estatuto Tributario Colombiano.

3. Que estoy aportando al sistema de seguridad social, sobre el contrato con la JEFATURA DE SANIDAD FAC y SI ( ) NO (X) han sido tomado en cuenta como descuentos en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones.

4. Que SI ( ) NO (X) estoy obligada a expedir factura de acuerdo a lo contenido en el Artículo 615 del Estatuto Tributario Colombiano y literal del Artículo 2 del Decreto 1001/97.

5. Que SI ( ) NO (X) soy pensionado.





**LAURA VALENTINA AVILA ABELLA**
**CC. No. 1001174817**
**MADRID CUNDINAMARCA**

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR O PRESENTAR DOCUMENTO EQUIVALENTE

Artículo 1.6.1.4.12 Decreto Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016 - Sustituido por el Decreto 358 de 2020

**ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO**

**NIT. 901542499-5**

**Dirección Carrera 5 No. 2- 91 SUR**

Fecha de operación: 31/08/2026 **No. DSSA** **239**

Resolución No. 18764104860666 del 21-01-2026

| APELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL DEL VENDEDOR: | NIT: |
|---|---|
| LAURA VALENTINA AVILA ABELLA | 1001174817 |
| DIRECCIÓN: | TELEFONO: |
| CALLE 15 # 6B-06 MADRID, CUNDINAMARCA | 3134676730 |

| CANTIDAD | DETALLE | VALOR UNITARIO | VR TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1 | Contrato No. No. 002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA CAMAN-FAC-ESM8982-2026 Correspondiente a LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA en calidad de AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA | $ 2,119,000.00 | $ 2,119,000.00 |
| | | | 2,119,000.00 |
| | | TOTAL | 2,119,000.00 |

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| **CORTE DE EJECUCION:** | DEL 01 DE AGOSTO DEL 2026 AL 31 DE AGOSTO DEL 2026 |
| **LUGAR DE EJECUCION:** | ESM 8982 CAMAN |
| **CONTRATO No.** | No. 002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026 |

**NO SOY RESPONSABLE DE IVA**

**No estoy obligado a expedir factura de venta según el artículo 616-2 del Estatuto Tributario. Anexo copia del RUT (numeral 2, artículo 506 del Estatuto Tributario).**

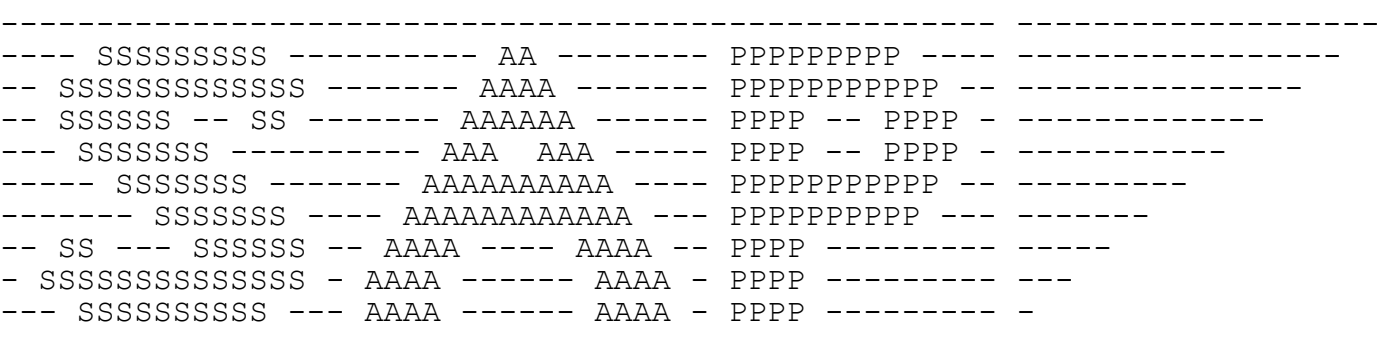
**De acuerdo al artículo 388 del E.T y artículo 206 del E.T numeral 10 me permito informar bajo la gravedad de juramento que no tengo contratadas dos o más personas en este servicio.**

**Declarante de renta: SI____ NO__X__**



LAURA VALENTINA AVILA ABELLA

**FIRMA Y POSFIRMA CONTRATISTA**



M a n d a n t e 400

D e s t i n a t .

D e p a r t a m .

| | |
|---|---|
| Orden SPOOL | SMART GENE NIYIROCO |
| Número de orden | 719387 |
| Base datos | S4P(vhmdnhsp |
| Propietario | NIYIROCO |
| Tipo de dispositivo | SAPWIN |
| Forma de edición | LETTER |
| Prioridad | 5 |
| Cantidad | 1 |
| Orden de salida | 1 |
| creado | 02.09.2026 10:04:41 |
| de | NIYIROCO |
| impreso | 02.09.2026 10:04:41 |
| máquina | hec50v046936 |
| Dispositivo | General |

# ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

**PEDIDO: 3500571227**

**CONTRATO: 3700134441**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROVEEDOR DE SERVICIOS** | AVILA ABELLA LAURA VALENTINA | **FECHA RECIBO DEL SERVICIO** | 02.09.2026 |
| **CONTRATO No.** | SF6320260203 | | |
| **UNIDAD RECEPTORA** | SF63 ESM-CAMAN | | |

**CONCEPTO**

Hace constar que se recibieron a entera satisfacción el / los servicios que a continuación se relacionan y que el proveedor cumplió con las obligaciones contraídas en el / los pedidos 3500571227, contrato interno 3700134441 de fecha 02.09.2026 respectivamente.

| ID | PEDIDO | POS | NUMERO HOJA DE ENTRADA. | DESCRIPCIÓN SERVICIO | COND | P/N | SERIE | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3500571227 | 00010 | 1002473832 | AUXILIAR DE ODONTOLOGIA-CONS EXTERNA | | | | 2.119.000,00 |
| | | | | | | **VALOR TOTAL SERVICIOS** | COP | 2.119.000,00 |

## OBSERVACIONES

SE REGISTRA ENTRADA CONTRATO No. 002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026. CTA DE COBRO No. 007

## FIRMAS

Adriana Lucia G.

**ST GONZALEZ ADRIANA LUCIA**
**COMANDANTE ESCUADRILLA LOGISTICA EN SALUD**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1001174817 | LAURA VALENTINA AVILA ABELLA | Calle 15 #6B-06 | 3134676730 | valentina.avila263@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | MADRID | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94914806 | 04/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-09 | 2026-09 | I | $0 | $541.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 42.700 | | | | 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | | | 427 | 42.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 541.800 | 541.800 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1001174817 | LAURA VALENTINA AVILA ABELLA | | Calle 15 #6B-06 | 3134676730 | valentina.avila263@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | MADRID | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94914806 | 04/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-09 | 2026-09 | I | $0 | $541.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excarcelado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1001174817 | AVILA ABELLA LAURA VALENTINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-23 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
**Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 547882170**

El Banco AV Villas certifica que: **Laura Valentina Avila Abella**
identificado con el documento No. 1001174817, tiene en la oficina C.C.CIUDAD TUNAL (041) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 547882170 desde el 29 de abril de 2025.

Fecha de expedición: 03/09/2026

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

LAURA VALENTINA AVILA ABELLA identificado con CC. 1001174817 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | ESM COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO | | |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901542499 | | |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | | | |
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/02/02 | **Fecha inicio contrato** | 2026/02/02 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/31 |
| **Riesgo** | 3 | **Código actividad económica** | 3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | - | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC03092026N1001174817A22116933.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026031517718

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Más información: https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141247694732

(415)7707212489984(8020) 000014124769473 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 1 1 7 4 8 1 7 | 1 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 0 1 1 7 4 8 1 7 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| AVILA | ABELLA | LAURA | VALENTINA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Madrid 4 3 0 |

41. Dirección principal
CL 15 6 B 06

42. Correo electrónico valentina.avila263@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 4 6 7 6 7 3 0 | |

## 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 2 1 0 9 0 9 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### 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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

**Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHdblanco | Diana Carolina Blanco Carvajal |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO |
| Fecha y Hora Sistema: | 2026-02-16-5:10 p. m. | |

## REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 226 de fecha 2026-01-07. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 626 | **Fecha Registro:** | 2026-01-26 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 15-01-11-098 ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 21.190.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 2.119.000,00 | | | **Valor Actual:** | 23.309.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 23.309.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: Cédula de Ciudadanía** | 1001174817 | **Razón Social:** | LAURA VALENTINA AVILA ABELLA | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 547882170 | **Banco:** | BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 91078173 | **Nombre:** | HECTOR AUGUSTO MORENO CLAVIJO | **Cargo:** | ORDENADOR DEL GASTO SUE 098 |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | 002-02-MDN-CGMF-DIGSA-JEFSA | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | **Fecha:** | 2026-01-26 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-098 ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | Nación | 16 | SSF | 2026-02-16 | 21.190.000,00 | 2.119.000,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 21.190.000,00 | 2.119.000,00 | 23.309.000,00 | 23.309.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM 8982 CAMAN-ESUFA EN CALIDAD DE AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA. |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-03-09 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-04-13 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-05-11 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-06-15 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-07-13 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-08-10 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-09-14 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-10-12 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-11-16 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2026-12-14 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |
| 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | 4-2 | ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF | 2027-01-22 | 2.119.000,00 | 2.119.000,00 | NINGUNO |

DIANA CAROLINA BLANCO CARVAJAL

Firmado digitalmente por DIANA CAROLINA BLANCO CARVAJAL

**TC. DIANA CAROLINA BLANCO CARVAJAL**
**Jefe Departamento Financiero**

# Cuentas bancarias de tercero

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHdmbello | Diana Milena Bello Cardenas |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante | 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO |
| Fecha y Hora Sistema: | 2026-09-07-9:36 a. m. | |

| Tipo Doc. Identidad | Número Documento Identidad | Nombre del Tercero | Entidad Financiera | Tipo de Cuenta Bancaria | Número de Cuenta Bancaria | Nombre Cuenta Bancaria | Tipo de Moneda | Sucursal | Estado de la Cuenta | Vigencia de utilización de Cta Bancaria en la U/S Ejecutora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Unidad ó SubUnidad Ejecutora 15-01-11-098-ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO** | | | | | | | | | | |
| Cédula de Ciudadanía | 1001174817 | LAURA VALENTINA AVILA ABELLA | BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A. | Ahorro | 547882170 | LAURA VALENTINA AVILA ABELLA | Pesos | | Activa | 2036/01/22 |

## Cuenta por pagar – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHdmbello | Diana Milena Bello Cardenas |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 15-01-11-098 | ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO |
| Fecha y Hora Sistema: | 7/09/2026 12:00:00 a. m. | |

| CUENTAS POR PAGAR | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 6026 | **Fecha Registro:** | 2026-09-07 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | 15-01-11-098 ESM COMANDO AÉREO DE MANTENIMIENTO | | | |
| **Estado:** | Radicada | **Tipo de Cuenta x Pagar:** | Adquisicion de Servicios a Personas NO Declarantes | **Nro. Compromiso:** | 626 | **Nro. Cdp:** | 226 | |
| **Caja Menor-Identif.:** | | **Caja Menor-Fecha Registro:** | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 | |
| **Valor Antes del Iva:** | 2.119.000,00 | **Valor Iva:** | 0,00 | **Valor Total:** | 2.119.000,00 | **Valor Total Moneda Original:** | 0,00 | |
| **TERCERO** | | | | | | | | |
| **Identificación:** | 1001174817 | **Razón Social:** | LAURA VALENTINA AVILA ABELLA | | | | | |

| DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | DSSA239 | **Tipo** | OTRO DOCUMENTO DE COBRO | **Fecha:** | 2026-08-31 |

| DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS | |
|---|---|
| **CODIGO** | **DESCRIPCION** |
| 12 | CUMPLIDO A SATISFACCION |
| 23 | OTRO DOCUMENTO DE COBRO |

| | |
|---|---|
| **Objeto.:** | CONTRATO N. No. 002-02-MDN-CGFM-DIGSA-JEFSA-CAMAN-FAC-ESM8982-2026 |

**MY. OSCAR DAVID CAMACHO MEDINA // JEFE DECOP**