Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHamdoming ANYELA MARCELA DOMINGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora: 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE
Fecha y Hora: 2026-09-04-1:47 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Numero:	22126	**Fecha Registro:**	2026-09-04	**Unidad / Subunidad**			15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACION				
Vigencia	Actual	**Estado:**	Generada	**Requier**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	1426	
Valor Inicial:	4.070.000,0	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	4.070.000,00	**Saldo x Ordenar:**	4.070.000,00	
Valor Inicial Moneda	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda**	0,00				**Valor Actual**	0,00	**Saldo x Ordenar**	0,00	
Valor Deducciones:	20.350,00	**Valor Neto:**	4.049.650,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	2726	
Valor Deducciones	0,00	**Valor Neto**	0,00				**Atributo**	05-NINGUNO	**Comprobante**	643614	
TERCERO											
Identificacion:	50964691	**Razon Social:**	ADRIANA REBOLLEDO CORREA						**Medio de Pago:**	Abono en cuenta	
CUENTA BANCARIA											
Numero:	010570079	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.				**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa	
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	21326	**Tipo:**	Rentas de trabajo	**Identificacion:**					**Fecha de Registro:**		
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	DS07	**Tipo:**	CUENTA DE COBRO				**Fecha:**	2026-09-04			

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABL	FECHA	VALOR INICIAL	VALOR	VALOR ACTUAL	SALDO X
15-01-11-100 ESM	A-02-02-02-009-003	Nación	16	SSF	05-					
						Total:	4.070.000,00	0,00	4.070.000,00	4.070.000,00

Objeto:	DS07-003-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSAEMAVI-ESM-2026-LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN PERSONAL

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE	ESTADO	VALOR A
15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-09-09	Generada	4.070.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE	IDENTIFICACIO	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE	TARIFA	VALOR	SALDO
2-03-19-02 PRO-DESARROLLO UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA-UCEVA	NIT 890399029	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	4.070.000,00	0,500 %	20.350,00	20.350,00

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° 185

FECHA: miércoles, 2 de septiembre 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	REBOLLEDO CORREA ADRIANA	
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de Ciudadanía	
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	50964691	
No DOC. SOPORTE	003-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026	
VALOR TOTAL		**$ 44.770.000,00**
VALOR A PAGAR	RECURSO 10:	$ -
	RECURSO 16:	$ 4.070.000,00
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)	1002474034	5003990937
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	3500571264	
VIGENCIA	ACTUAL	
PAC MES	SEPTIEMBRE	
BANCO	BANCO DAVIVIENDA S.A.	
TITULAR	REBOLLEDO CORREA ADRIANA	
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	AHORRO	
NUMERO CUENTA	010570079508	
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.	21
TOTAL FOLIOS		**22**

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

	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 DE AGOSTO DE 2026
CONTRATO N°	003-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
FECHA SUSCRIPCIÓN	22-01-2026
OBJETO DEL CONTRATO	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN PERSONAL PROFESIONAL PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM – EMAVI" Lote 1. Jefe de Enfermería Especialista en Auditoria en Salud.
FORMA DE PAGO	

Lote 1. ADRIANA REBOLLEDO CORREA

No. PAGOS	MES EJECUCIÓN	MES PAGO 2026 (PAG MES)	VALOR A PAGAR EN EL MES (HONORARIOS MES)	% EJECUCIÓN
1	FEBRERO	MARZO	$ 4.070.000	9,09%
2	MARZO	ABRIL	$ 4.070.000	9,09%
3	ABRIL	MAYO	$ 4.070.000	9,09%
4	MAYO	JUNIO	$ 4.070.000	9,09%
5	JUNIO	JULIO	$ 4.070.000	9,09%
6	JULIO	AGOSTO	$ 4.070.000	9,09%
7	AGOSTO	SEPTIEMBRE	$ 4.070.000	9,09%
8	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	$ 4.070.000	9,09%
9	OCTUBRE	NOVIEMBRE	$ 4.070.000	9,09%
10	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	$ 4.070.000	9,09%
11	DICIEMBRE	DICIEMBRE Y/O CUENTAS POR PAGAR 2026 PAGADERAS EN EL PRIMER TRIMESTRE 2027	$ 4.070.000	9,09%
		VALOR TOTAL CONTRATO	$ 44.770.000	100%

CONTRATISTA	ADRIANA REBOLLEDO CORREA
INTERVENTOR	NO APLICA
SUPERVISOR	SMSM. MARTHA LUCIA ESPITIA RAMIREZ
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 44.770.000
PLAZO DE ENTREGA	31-12-2026
FECHA DE INICIO	02-02-2026
FECHA DE SUSPENSIÓN	NO APLICA
FECHA DE REINICIACIÓN	NO APLICA
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NO APLICA
OBJETO DEL CONTRATO	NO APLICA
FORMA DE PAGO	NO APLICA
PLAZO DE ENTREGA	NO APLICA
VALOR FINAL DEL CONTRATO	NO APLICA

En Cali, a los 31 días del mes de agosto de 2026, se reunieron la señora SMSM Martha Lucía Espitia Ramírez, en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FUERZA AEROESPACIAL** y la señora ADRIANA REBOLLEDO CORREA en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo parcial, de los bienes y/o servicios correspondiente(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
No aplica		
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
No aplica		
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS		

Procesos de glosas, trámite de glosas, respuesta a glosas y devoluciones según los plazos estipulados, dando cumplimiento a la resolución 416 de 2009 y resolución 3047 de 2008. - Realizar las conciliaciones de glosas, objeciones y devoluciones de facturas revisadas por auditoria médica realizada en la ciudad de Cali

Se realizó auditoría de cuentas a la facturación presentada por entidades: Christus Sinergia, Clínica Basilia, Clínica Imbanaco, Hospital Piloto de Jamundi, Fundación Ideal, Fundación Valle del Lili, Hospital Universitario del Valle, Instituto de Religiosas de San José de Gerona y Medicina Integral en casa.

- Se auditaron 6 facturas por $807.676 de Christus Sinergia, sin glosa.

FORMA DE PAGO	NUMERO DE (CONTRATO /RESOLUCIÓN / N/A)	NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
CONTRATO	6	CHRISTUS SINERGIA SALUD S.A	CLFR1598957	$ 368.718,00	370	$ -	$ 368.718,00
CONTRATO	6	CHRISTUS SINERGIA SALUD S.A	CLFR1597512	$ 79.077,00	370	$ -	$ 79.077,00
CONTRATO	6	CHRISTUS SINERGIA SALUD S.A	CLFR1597235	$ 33.915,00	370	$ -	$ 33.915,00
CONTRATO	6	CHRISTUS SINERGIA SALUD S.A	CLFR1598912	$ 151.200,00	370	$ -	$ 151.200,00
CONTRATO	6	CHRISTUS SINERGIA SALUD S.A	CLFR1598954	$ 148.536,00	370	$ -	$ 148.536,00
CONTRATO	6	CHRISTUS SINERGIA SALUD S.A	CLFR1596450	$ 26.230,00	370	$ -	$ 26.230,00

- Se auditaron 11 facturas por $33.569.613 de Clínica Basilia.

Realizar la auditoria de las cuentas provenientes de la atención prestada por las entidades de la red externa que ofrezcan servicios de urgencias, hospitalarios, cuidado domiciliario, apoyo diagnóstico o consulta especializada -

Realizar las actividades operativas y contables en el proceso de revisión de facturación de cuentas médicas presentadas por las entidades contratadas: listado consolidado, facturas individuales y soportes respectivos	
Entregar de la documentación de manera ordenada y desglosada de la facturación para el trámite de pago y soportes correspondientes- informes mensuales.	
Revisión de aspectos técnico-científicos y administrativo para realización de las observaciones a la facturación.	

NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44317	$ 99.000,00	366	$ -	$ 99.000,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44318	$ 220.000,00	366	$ -	$ 220.000,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44319	$ 13.329.415,00	365	$ -	$ 13.329.415,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44308	$ 6.506.198,00	365	$ -	$ 6.506.198,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44310	$ 99.000,00	366	$ -	$ 99.000,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44311	$ 94.000,00	366	$ -	$ 94.000,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44312	$ 99.000,00	366	$ -	$ 99.000,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44314	$ 94.000,00	366	$ -	$ 94.000,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44315	$ 102.000,00	366	$ -	$ 102.000,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44316	$ 102.000,00	366	$ -	$ 102.000,00
CLINICA BASILIA S.A.S	FE44356	$ 12.825.000,00	366	$ -	$ 12.825.000,00

- Se audito de Clínica Imbanaco un total de 24 facturas por $121.710.367 con glosas por valor de $1719503.

NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
CLINICA IMBANACO S.A.S	QAB5699	$ 1.727.005,00	358	$ -	$ 1.727.005,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTA15305	$ 147.600,00	358G	$ 10.300,00	$ 147.600,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTC26967	$ 143.100,00	358	$ -	$ 143.100,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	UI434548	$ 636.704,00	357	$ -	$ 636.704,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTC27018	$ 143.100,00	356G	$ 10.000,00	$ 143.100,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTC27038	$ 3.834.622,00	356	$ -	$ 3.834.622,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTC27053	$ 663.200,00	356	$ -	$ 663.200,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QAB5700	$ 28.431.010,00	363	$ -	$ 28.431.010,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTA15403	$ 147.300,00	363	$ -	$ 147.300,00

CLINICA IMBANACO S.A.S	QTC27037	$ 1.693.100,00	363	$ -	$ 1.693.100,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	MDN74882	$ 40.945.273,00	373G	$ 80.300,00	$ 40.945.273,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	CEG39722	$ 143.100,00	374	$ -	$ 143.100,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	LPK113233	$ 381.800,00	374G	$ 27.200,00	$ 381.800,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	LSO52196	$ 142.100,00	374G	$ 9.300,00	$ 142.100,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	LSP104292	$ 307.600,00	374G	$ 36.800,00	$ 307.600,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTC26803	$ 143.100,00	374G	$ 10.000,00	$ 143.100,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTC27109	$ 143.100,00	374G	$ 10.000,00	$ 143.100,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	LSD51486	$ 1.900.600,00	374G	$ 132.600,00	$ 1.900.600,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QAB5761	$ 147.600,00	374G	$ 10.300,00	$ 147.600,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QTA15437	$ 131.200,00	374G	$ 9.200,00	$ 131.200,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	LPG108500	$ 867.603,00	374G	$ 313.803,00	$ 867.603,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QAA7078	$ 937.300,00	374G	$ 937.300,00	$ 937.300,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QAA7080	$ 876.800,00	374G	$ 61.200,00	$ 876.800,00
CLINICA IMBANACO S.A.S	QAA7081	$ 30.943.250,00	374	$ -	$ 30.943.250,00

- Se auditaron 2 facturas del Hospital Piloto de Jamundí por $696.305.

NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
E.S.E. HOSPITAL PILOTO JAMUNDI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	FVE518846	$ 216.302,00	371	$ -	$ 216.302,00
E.S.E. HOSPITAL PILOTO JAMUNDI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	FVE520327	$ 479.403,00	371	$ -	$ 479.403,00

- Se auditaron de Fundación Ideal 31 facturas por $10.851.500.

NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111187	$ 672.000,00	361	$ -	$ 672.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121373	$ 2.952.000,00	361	$ -	$ 2.952.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111182	$ 384.000,00	361	$ -	$ 384.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111183	$ 574.000,00	361	$ -	$ 574.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111185	$ 1.200.000,00	361	$ -	$ 1.200.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111186	$ 40.000,00	361	$ -	$ 40.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111188	$ 300.000,00	361	$ -	$ 300.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111189	$ 180.000,00	361	$ -	$ 180.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111190	$ 315.600,00	361	$ -	$ 315.600,00

FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111131	$ 371.600,00	361	$ -	$ 371.600,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111132	$ 32.000,00	361	$ -	$ 32.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	AC111215	$ 224.000,00	361	$ -	$ 224.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121280	$ 128.000,00	362	$ -	$ 128.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121281	$ 192.000,00	362	$ -	$ 192.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121282	$ 315.600,00	362	$ -	$ 315.600,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121283	$ 49.200,00	362	$ -	$ 49.200,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121284	$ 82.000,00	362	$ -	$ 82.000,00

FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121285	$ 315.600,00	362	$ -	$ 315.600,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121286	$ 43.200,00	362	$ -	$ 43.200,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121287	$ 43.200,00	362	$ -	$ 43.200,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121288	$ 37.500,00	362	$ -	$ 37.500,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121289	$ 37.500,00	362	$ -	$ 37.500,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121290	$ 37.500,00	362	$ -	$ 37.500,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121291	$ 123.000,00	362	$ -	$ 123.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121450	$ 37.500,00	362	$ -	$ 37.500,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121292	$ 320.000,00	362	$ -	$ 320.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121293	$ 37.500,00	362	$ -	$ 37.500,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL	SC121294	$ 40.000,00	362	$ -	$ 40.000,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121295	$ 37.500,00	362	$ -	$ 37.500,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121449	$ 37.500,00	362	$ -	$ 37.500,00
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL "JULIO H CALONJE"	SC121296	$ 60.000,00	362	$ -	$ 60.000,00

- Se auditó una factura de Fundación Valle del Lili por $ 246.454.

NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
FUNDACION VALLE DEL LILI	A119320438	$ 246.454,00	367	$ -	$ 246.454,00

- Se auditaron 35 facturas del Hospital Universitario del Valle por $ 84.660.352.

NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1636001	$ 880.600,00	364	$ -	$ 880.600,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1704773	$ 880.600,00	364	$ -	$ 880.600,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1704790	$ 880.600,00	364	$ -	$ 880.600,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1760133	$ 104.500,00	364	$ -	$ 104.500,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1760440	$ 564.600,00	364	$ -	$ 564.600,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1760506	$ 37.100,00	364	$ -	$ 37.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1764512	$ 125.700,00	364	$ -	$ 125.700,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1764832	$ 113.100,00	364	$ -	$ 113.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1764867	$ 94.000,00	364	$ -	$ 94.000,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1766358	$ 113.100,00	364	$ -	$ 113.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1766823	$ 763.064,00	368	$ -	$ 763.064,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1767431	$ 1.106.403,00	364	$ -	$ 1.106.403,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1767747	$ 104.700,00	364	$ -	$ 104.700,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1767959	$ 37.100,00	364	$ -	$ 37.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1767979	$ 37.100,00	368	$ -	$ 37.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1768113	$ 81.600,00	364	$ -	$ 81.600,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1768463	$ 81.600,00	364	$ -	$ 81.600,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1768820	$ 113.100,00	364	$ -	$ 113.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770654	$ 677.300,00	364	$ -	$ 677.300,00

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770663	$ 677.300,00	364	$ -	$ 677.300,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770675	$ 639.300,00	364	$ -	$ 639.300,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770713	$ 880.600,00	364	$ -	$ 880.600,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770722	$ 880.600,00	364	$ -	$ 880.600,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770897	$ 547.565,00	364	$ -	$ 547.565,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1765869	$ 12.381.457,00	369	$ -	$ 12.381.457,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1762004	$ 4.228.550,00	368	$ -	$ 4.228.550,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1763254	$ 1.734.100,00	368	$ -	$ 1.734.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1763300	$ 31.634.062,00		$ -	$ 31.634.062,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1763797	$ 125.700,00	368	$ -	$ 125.700,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770175	$ 113.100,00	368	$ -	$ 113.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770187	$ 94.000,00	368	$ -	$ 94.000,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1770318	$ 71.100,00	368	$ -	$ 71.100,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1776767	$ 23.406.851,00	384G	$ 5.663.393,00	$ 23.406.851,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1773683	$ 94.000,00	382	$ -	$ 94.000,00
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E.	FE1775447	$ 116.200,00	382	$ -	$ 116.200,00

- Se auditaron 27 facturas por $30.577.160 del Instituto de Religiosas de San José de Gerona y glosas por $22.330.

NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC945418	$ 532.300,00	375	$ -	$ 532.300,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC944087	$ 138.975,00	375	$ -	$ 138.975,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC944154	$ 80.772,00	375	$ -	$ 80.772,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC944168	$ 294.161,00	375	$ -	$ 294.161,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC944370	$ 49.878,00	375	$ -	$ 49.878,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE	EC944732	$ 72.173,00	375	$ -	$ 72.173,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC944826	$ 1.307.937,00	375	$ -	$ 1.307.937,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC944944	$ 222.033,00	375G	$ 11.165,00	$ 222.033,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC945416	$ 97.773,00	375	$ -	$ 97.773,00

INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC345638	$ 532.300,00	375	$ -	$ 532.300,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC345865	$ 109.038,00	375	$ -	$ 109.038,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC346364	$ 128.714,00	375	$ -	$ 128.714,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC346368	$ 134.741,00	375	$ -	$ 134.741,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC346371	$ 108.585,00	375	$ -	$ 108.585,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC346849	$ 112.090,00	375	$ -	$ 112.090,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC347554	$ 112.090,00	375	$ -	$ 112.090,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC343205	$ 22.859.551,00	376	$ -	$ 22.859.551,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC347151	$ 876.424,00	375	$ -	$ 876.424,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC347388	$ 222.033,00	375G	$ 11.165,00	$ 222.033,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC347407	$ 210.868,00	375	$ -	$ 210.868,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC348037	$ 350.627,00	375	$ -	$ 350.627,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC348364	$ 74.800,00	375	$ -	$ 74.800,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC349443	$ 353.083,00	375	$ -	$ 353.083,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC349524	$ 277.950,00	375	$ -	$ 277.950,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC349558	$ 617.814,00	375	$ -	$ 617.814,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC350477	$ 583.000,00	375	$ -	$ 583.000,00
INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	EC350985	$ 117.390,00	375	$ -	$ 117.390,00

Evaluar en concurrencia de pertinencia, racionalidad técnico-científica, oportunidad, cantidad y calidad de las atenciones de hospitalización y UCI por parte de la red externa contratada en la ciudad de Cali, - Realizar el seguimiento a estancias prolongadas - Realizar registros de auditoría concurrente

- Se auditaron 41 facturas de Medicina Integral en casa por un total de $21.054.000

NOMBRE DEL PRESTADOR	No FACTURA	VALOR DE LA FACTURA	CONSECUTIVO	VALOR TOTAL GLOSADO	VALOR PAGO FINAL
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8418	$ 304.000,00	353	$ -	$ 304.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8419	$ 328.000,00	353	$ -	$ 328.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8420	$ 760.000,00	353	$ -	$ 760.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8421	$ 304.000,00	353	$ -	$ 304.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8422	$ 492.000,00	353	$ -	$ 492.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8512	$ 456.000,00	383	$ -	$ 456.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8513	$ 494.000,00	383	$ -	$ 494.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8514	$ 304.000,00	383	$ -	$ 304.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8515	$ 418.000,00	383	$ -	$ 418.000,00

MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8516	$ 1.512.000,00	383	$ -	$ 1.512.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8517	$ 2.457.000,00	383	$ -	$ 2.457.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8518	$ 456.000,00	383	$ -	$ 456.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8519	$ 2.650.000,00	383G	$ 316.000,00	$ 2.650.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8520	$ 304.000,00	383	$ -	$ 304.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8521	$ 380.000,00	383G	$ 63.340,00	$ 380.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8522	$ 410.000,00	383G	$ 33.340,00	$ 410.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8523	$ 1.600.000,00	383	$ -	$ 1.600.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8524	$ 456.000,00	383	$ -	$ 456.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8525	$ 342.000,00	383	$ -	$ 342.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8526	$ 410.000,00	383	$ -	$ 410.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8527	$ 600.000,00	383	$ -	$ 600.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8528	$ 304.000,00	383	$ -	$ 304.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8529	$ 342.000,00	383	$ -	$ 342.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8530	$ 228.000,00	383	$ -	$ 228.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8531	$ 304.000,00	383G	$ 25.328,00	$ 304.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8532	$ 246.000,00	383G	$ 56.004,00	$ 246.000,00

MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8533	$ 228.000,00	383G	$ 38.004,00	$ 228.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8534	$ 533.000,00	383	$ -	$ 533.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8535	$ 228.000,00	383	$ -	$ 228.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8536	$ 342.000,00	383	$ -	$ 342.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8537	$ 328.000,00	383	$ -	$ 328.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8538	$ 152.000,00	383	$ -	$ 152.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8539	$ 418.000,00	383G	$ 69.674,00	$ 418.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8540	$ 418.000,00	383	$ -	$ 418.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8541	$ 38.000,00	383	$ -	$ 38.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8542	$ 754.000,00	383	$ -	$ 754.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8543	$ 304.000,00	383	$ -	$ 304.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8544	$ 38.000,00	383	$ -	$ 38.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8545	$ 76.000,00	383	$ -	$ 76.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8546	$ 266.000,00	383	$ -	$ 266.000,00
MEDICINA INTEGRAL EN CASA COLOMBIA S.A.S	FEC8549	$ 70.000,00	383	$ -	$ 70.000,00

Concurrencia agosto 2026:

De acuerdo con la información solicitada para las actividades de auditoria concurrente del mes de agosto del 2026, identificadas a través de la evolución periódica de la atención por la auditora concurrente de ESM, asignada Adriana Rebolledo. respetuosamente me permito relacionar lo

siguiente:

• Para el mes de agosto se revisaron 12 pacientes.

• Total de paciente mayor de 7 dias: 1 • 14 dias de estancia hospitalaria en los 12 pacientes revisados.

• Dias de estancia hospitalaria prolongada 8

• 39 visitas a los pacientes hospitalario

Mes de seguimiento	Total de pacientes hospitalizados	Total de pacientes hospitalizados mayor a 7 dias	Total dias de estancia hospitalaria	Total dias de estancia prolongada	TOTAL VISITAS ALOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL MES
Agosto	12	1	14	8	39

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		

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	$44.770.000	
REDUCCION-ADICIÓN	$ 0	
VALOR FINAL CONTRATO	$44.770.000	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	No aplica	
PRIMER PAGO	$4.070.000	Documento soporte 001 – correspondiente al mes de febrero de 2026. Orden de pago 68953426 y Obligación 4226 del 05/03/2026.
SEGUNDO PAGO	$ 4.070.000	Documento soporte 002- correspondiente al mes de marzo de 2026. Orden de pago 112790926 del 08/04/2026 y obligación No. 5226 del 07/04/2026
TERCER PAGO	$ 4.070.000	Documento soporte 003-correspondiente al mes de abril de 2026.Orden de pago No. 163977526 del 11/05/2026 y obligación No. 7926 del 07/05/2026
CUARTO PAGO	$ 4.070.000	Documento soporte 004- correspondiente al mes de mayo de 2026, orden de pago 211558426 del 09 de junio de 2026 obligación 9726 del 04 de junio de 2026.
QUINTO PAGO	$ 4.070.000	Documento soporte 005- correspondiente al mes de junio de 2026.

		Orden de pago No. 262263626 del 14 de julio de2026. Obligación No. 14026 del 14 de julio de 2026.
SEXTO PAGO	$ 4.070.000	Documento soporte 006- correspondiente al mes de julio de 2026. Orden de pago 315161626 del 11 de agosto de 2026. Obligación No. 18026 del 06 de agosto de 2026.
SEPTIMO PAGO	$ 4.070.000	Documento soporte 007-correspondientes al mes de agosto de 2026.
SALDO	**$ 16.280.000**	

ANEXOS

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

	DOCUMENTOS OBJETO DE VERIFICACIÓN	ANEXO
COPIA	Factura electrónica (PDF)	X
COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	
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	
COPIA	PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social	X
COPIA	Captura de pantalla de la aprobación en el Sistema SIIF de la facturación	
COPIA	Los demás documentos que apliquen	X

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

ADRIANA REBOLLEDO CORREA
CONTRATISTA

SMSM. MARTHA LUCIA ESPITIA RAMIREZ
SUPERVISOR

ELABORO: SMSM MARTHA LUCIA ESPITIA

	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	**SMSM MARTHA LUCIA ESPITIA RAMIREZ**
Ordenador del Gasto	**EMAVI**
No. Contrato	**003-00-MDN-CGFM-DIGSA-FACJEFSA-EMAVI-ESM-2026**
Objeto del contrato	**LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN PERSONAL PROFESIONAL PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM – EMAVI" Lote 1. Jefe de Enfermería Especialista en Auditoria en Salud**
Valor inicial del contrato	**$ 44.770.000,00**
Adición	**$ 0,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 44.770.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)	RECURSO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
A-02-02-02-009-003-01	16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	SERVICIOS DE SALUD HUMANA: AUDITORA CONCURRENTE Y DE CUENTAS MEDICAS	**$ 44.770.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2026**					**$ 44.770.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 44.770.000,00**
			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	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 4.070.000,00	$ 4.070.000,00	$ 40.700.000,00
2	ABRIL	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 4.070.000,00	$ 4.070.000,00	$ 36.630.000,00
3	MAYO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 4.070.000,00	$ 4.070.000,00	$ 32.560.000,00
4	JUNIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 4.070.000,00	$ 4.070.000,00	$ 28.490.000,00
5	JULIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 4.070.000,00	$ 4.070.000,00	$ 24.420.000,00
6	AGOSTO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 4.070.000,00	$ 4.070.000,00	$ 20.350.000,00
7	SEPTIEMBRE	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 4.070.000,00	$ 4.070.000,00	$ 16.280.000,00
TOTALES							**$ 28.490.000,00**	**$ 28.490.000,00**	**$ 16.280.000,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	SMSM. MARTHA LUCIA ESPITIA RAMIREZ
FECHA	31 DE AGOSTO DE 2026

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR N° 007

CONTRATO No. 003-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZA AÉREOESPACIAL COLOMBIANA
ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR

NIT. 901.542.573-2

DEBE A:

ADRIANA REBOLLEDO CORREA
REGIMEN NO RESPONSABLE DE IVA
CC. 50964691 DE AYAPEL CORDOBA

CONCEPTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR INGRESO ANTES DE IVA	IVA REGIMEN COMÚN	TOTAL SERVICIOS
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN PERSONAL PROFESIONAL PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM ADSCRITOS AL ESM – EMAVI" Lote 1. Jefe de Enfermería Especialista en Auditoria en Salud	**1 DE AGOSTO DE 2026**	**31 DE AGOSTO DE 2026**	**$ 4.070.000**	**$ 0**	**$ 4.070.000**
		TOTALES	**$ 4.070.000**	**0%**	**$ 4.070.000**

Valor en letras: CUATRO MILLONES SETENTA MIL PESOS MCTE.

DENOMINACIÓN DE CÉDULAS			
Rentas de Trabajo	X	Otras Rentas diferentes a las de Trabajo.	

SOY DECLARANTE DE RENTA	
SI	NO
X	

SOY PENSIONADO	
SI	NO
	x

Certifico bajo la gravedad de juramento que: No (x) Si ( ) se tomarán Costos o Deducciones asociados a las Rentas de Trabajo diferentes a las provenientes de una Relación Laboral o legal y Reglamentaria.

Lo anterior se firma a los treinta y un (31) días del mes de agosto de 2026



ADRIANA REBOLLEDO CORREA
CC 50964691 DE AYAPEL CORDOBA
CORREO: adrianis1974@gmail.com
Teléfono: 3176995932
Direccion:cra 19 a numero 8-93

CERTIFICACIÓN

-BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO-

Yo, ADRIANA REBOLLEDO CORREA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 50.964.691, expedida en Ayapel Córdoba, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones tributarias, en especial las establecidas en la Ley 1819 de 2016 y en el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

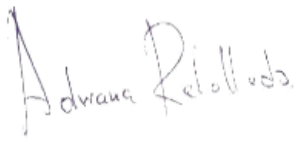
1. Que SI soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.

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

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

La presente certificación se expide en la ciudad de Cali, a los treinta y un (31) días del mes de AGOSTO de 2026 con destino al MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN – ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR NIT: 901542573-2

Atentamente,



Nombre: Adriana Rebolledo Correa

C.C: 50964691
Correo: Adrianis1974@gmail.com
Teléfono: 3176995932

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-20, 09:55:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083744824

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824254420

PAGADO 20/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA REBOLLEDO CORREA		
Documento	CC50964691	**Dirección**	CR 19A #8 - 93
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3176995932
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	JAMUNDI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 50964691	ADRIANA REBOLLEDO CORREA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.800.000	$ 225.000	2,436	$ 1.800.000	$ 43.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 556.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 0	$ 288.000	$ 225.000	$ 43.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 556.900	$ 0	$ 556.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CIRCULAR

Señores Oficiales:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El encargado del proceso de contratación del ESM debe:

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

El responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo debe:

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

2. **Vacunación**

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

El encargado del proceso de contratación del ESM debe:

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

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

El responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo debe:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Brigadier General ALEXANDER DIAZ ARIZA
Jefe Jefatura Salud

Anexo: lo enunciado
SMSM. GARZON / SUBME

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo: 01
MY. HERNANDEZ / SAJUC

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

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

POSITIVA

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

CERTIFICA QUE:

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

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

Cordialmente.

JAIME LUIS PÉREZ STUMMO
GERENTE DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14703944214

(415)7707212489984(8020) 000001470394421 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 0 9 6 4 6 9 1	8	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 0 9 6 4 6 9 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Ayapel 0 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REBOLLEDO	CORREA	ADRIANA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 7 R 63 22 BRR LA SEIVA

42. Correo electrónico: adrianis1974@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 8 9 2 2 2 2	3 1 7 6 9 9 5 9 3 2

CLASIFICACIÓN

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

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre REBOLLEDO CORREA ADRIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Cuenta por pagar – Comprobante.

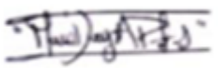
Usuario Solicitante:	MHmalvarez	MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-100	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Fecha y Hora Sistema:	1/09/2026 12:00:00 p. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	21326	**Fecha Registro:**	2026-09-01	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Rentas de trabajo NO obligados a facturar		**Nro. Compromiso:**	1426	**Nro. Cdp:**	2726
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Antes del Iva:	4.070.000,00	**Valor Iva:**	0,00		**Valor Total:**	4.070.000,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00
TERCERO								
Identificación:	50964691	**Razón Social:**	ADRIANA REBOLLEDO CORREA					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	07	**Tipo**	CUENTA DE COBRO	**Fecha:**	2026-09-01

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

Objeto.:	07, SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES



TASD MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES