Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHamdoming ANYELA MARCELA DOMINGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora: 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE
Fecha y Hora: 2026-09-22-11:14 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.									
Numero:	24426	**Fecha Registro:**	2026-09-22	**Unidad / Subunidad**		15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACION			
Vigencia	Actual	**Estado:**	Generada	**Requier**	No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	3526
Valor Inicial:	1.300.000,0	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	1.300.000,00	**Saldo x Ordenar:**	1.300.000,00
Valor Inicial Moneda	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda**	0,00			**Valor Actual**	0,00	**Saldo x Ordenar**	0,00
Valor Deducciones:	54.080,00	**Valor Neto:**	1.245.920,00			**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	1826
Valor Deducciones	0,00	**Valor Neto**	0,00			**Atributo**	40-BIENES,	**Comprobante**	
TERCERO									
Identificacion:	900795705	**Razon Social:**	AUDIFONOS S.A.S.					**Medio de Pago:**	Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA									
Numero:	737000004	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.			**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**					
Numero:	24226	**Tipo:**	Compras en	**Identificacion:**				**Fecha de Registro:**	
DOCUMENTO SOPORTE									
Numero:	FES3991	**Tipo:**	FACTURA			**Fecha:**	2026-09-22		

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-02-02-01-004-008	Nación	10	CSF	40-					
						Total:	1.300.000,00	0,00	1.300.000,00	1.300.000,00

Objeto:	FES3991- 015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC JEFSA-EMAVI-ESM-2026-SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100% DIGITALES DE ALTA

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	1-2 ANC - GASTOS GENERALES NACION	2026-09-25	Generada	1.300.000,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE	IDENTIFICACIO	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE	TARIFA	VALOR	SALDO
2-01-04-01-20 RETEFUENTE - COMPRAS Y OTROS INGRESOS TRIBUTARIOS EN GENERAL	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	1.300.000,00	2,500 %	32.500,00	32.500,00
2-03-19-02 PRO-DESARROLLO UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA-UCEVA	NIT 890399029	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	1.300.000,00	0,500 %	6.500,00	6.500,00
2-01-05-01-98 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-BIENES	NIT 890399011	SANTIAGO DE CALI DISTRITO ESPECIAL, DEPORTIVO, CULTURAL,	1.300.000,00	0,660 %	8.580,00	8.580,00
2-03-19-03 ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD DEL PACIFICO	NIT 890399029	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	1.300.000,00	0,500 %	6.500,00	6.500,00

TE. CHALAPUD LARA PAOLA ALEXANDRA
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° 215

FECHA: miércoles, 16 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	AUDIFONOS S.A.S.	
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT	
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	900795705	
No DOC. SOPORTE	015-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026	
VALOR TOTAL	**$**	**50.000.000,00**
VALOR A PAGAR	*RECURSO 10:* $	-
	RECURSO 16: $	1.300.000,00
VALOR LEGALIZACION / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	N/A	
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	A-02-02-01-004-008-01	
NÚMERO DE LA ENTRADA DE BIEN Y/O SERVICIO SAP)	N/A	5003998968
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	3500573269	
VIGENCIA	ACTUAL	
PAC MES	SEPTIEMBRE	
BANCO	BANCOLOMBIA S.A.	
TITULAR	AUDIFONOS S.A.S.	
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	AHORRO	
NUMERO CUENTA	73700000425	
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.	13
TOTAL FOLIOS		**14**

En constancia de lo anterior firman:

ELABORO:
ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO
SEPLA ESM EMAVI

REVISÓ:
TC. LINA MARCELA NAVARRO ROMERO
JEFE ESM EMAVI

APROBÓ:
CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ
ORDENADOR DEL GASTO EMAVI

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARCIAL	FECHA 16/09/2026
CONTRATO N°	015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
FECHA SUSCRIPCIÓN	17 DE MARZO DEL 2026
OBJETO DEL CONTRATO	SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100% DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI.
FORMA DE PAGO	LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA pagará al Contratista el valor del contrato así:

CORTES DE FACTURACION BIENES SUMINISTRADOS 2026	MES DEL PAGO 2026	VALOR MENSUAL
ABRIL 30	PAC JUNIO	De acuerdo con facturación y recibo a satisfacción por parte del supervisor a la fecha de corte de facturación
MAYO 31	PAC JULIO	
JUNIO 30	PAC AGOSTO	
JULIO 31	PAC SEPTIEMBRE	
AGOSTO 31	PAC OCTUBRE	
SEPTIEMBRE 30	PAC NOVIEMBRE	
OCTUBRE 31	PAC DICIEMBRE	
NOVIEMBRE 30	PAC DICIEMBRE Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2027	
DICIEMBRE 21	PAC DICIEMBRE Y/O CUENTAS POR PAGAR PRIMER TRIMESTRE 2027	

NOTAS:

1. EL PAGO AL CONTRATISTA SE REALIZARÁ PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN, EL ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN SUSCRITO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS A QUE HAYA LUGAR. POR LO TANTO, LA ENTIDAD NO SE HACE RESPONSABLE POR LAS DEMORAS PRESENTADAS EN EL TRÁMITE PARA EL PAGO AL CONTRATISTA CUANDO ELLAS FUEREN OCASIONADAS POR ENCONTRARSE INCOMPLETA LA DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE O NO AJUSTARSE A CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.
2. PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PAGOS POR PARTE DEL MINISTERIO DE DEFENSA – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA SE REQUIERE LA ACREDITACIÓN, POR PARTE DEL REVISOR FISCAL O DEL REPRESENTANTE LEGAL (SEGÚN APLIQUE), DE QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA AL DÍA EN EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES, CUANDO A ELLO HAYA LUGAR, DENTRO DE LOS ÚLTIMOS SEIS (06) MESES.
3. CUANDO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 114-1 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, LAS PERSONAS JURÍDICAS O LAS PERSONAS NATURALES EMPLEADORAS SE ENCUENTREN EXENTAS DE REALIZAR LOS APORTES AL SENA E ICBF DEBERÁN PRESENTAR CERTIFICACIÓN EN DONDE SE MANIFIESTE DICHA SITUACIÓN LA CUAL SE ENTENDERÁ PRESTADA BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO.
4. LA ENTIDAD HARÁ LAS RETENCIONES A QUE HAYA LUGAR SOBRE CADA PAGO, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES SOBRE LA MATERIA.
5. EL PAGO EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS ESTARÁ SUJETO A LA APROBACIÓN PREVIA DE PAC POR PARTE DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.
6. EL MINISTERIO PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DE LA FACTURA, SIEMPRE Y CUANDO SE

	ENCUENTRE CORRECTAMENTE PUBLICADA EN LA PLATAFORMA SECOP II, ASÍ MISMO, PARA EFECTOS DEL PAGO, SE DEBERÁ CUMPLIR LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR EXTERNA 016 DEL 09 DE MARZO DE 2021 Y LA DIRECTIVA 020 DEL 12 DE ABRIL DE 2021 EXPEDIDA POR SIIF NACIÓN Y EL MINISTERIO DE HACIENDA, CON RESPECTO A LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA. 7. LA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA NO SERÁ OBSTÁCULO PARA QUE, UNA VEZ CUMPLIDA LA ENTREGA A SATISFACCIÓN, EL MINISTERIO PUEDA EFECTUAR EL PAGO, CON ANTERIORIDAD O POSTERIORIDAD, SI LLEGARE A EXISTIR DISPONIBILIDAD DE RECURSOS EN EL PAC DESEMBOLSO SE EFECTUARÁ, PREVIO EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS, SIN NECESIDAD DE MODIFICAR EL PRESENTE CONTRATO Y MEDIANTE DECISIÓN UNILATERAL DEL MINISTERIO. CUANDO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 862 DE 2013, LAS PERSONAS JURÍDICAS O LAS PERSONAS NATURALES EMPLEADORAS SE ENCUENTREN EXENTAS DE REALIZAR LOS APORTES AL SENA E ICBF DEBERÁN PRESENTAR CERTIFICACIÓN EN DONDE SE MANIFIESTE DICHA SITUACIÓN LA CUAL SE ENTENDERÁ PRESTADA BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO.
CONTRATISTA	AUDIFONOS IPS NIT 900795705 -1
INTERVENTOR	NO APLICA
SUPERVISOR	SMSM GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN (Principal)
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 50.000.000,00)
PLAZO DE ENTREGA	DESDE EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO DEL CONTRATO, HASTA EL 21 DE DICIEMBRE DEL 2026 O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO, LO QUE PRIMERO OCURRA.
FECHA DE INICIO	24 DE MARZO DEL 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 Santiago de Cali, el día 16 del mes de septiembre de 2026, se reunieron la señora SMSM GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN, en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC** y la señora MYRIAN ELIANA BENAVIDES ORTIZ en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los bienes y/o servicios correspondientes(s) al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a lo(s) bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la(s) entrega(s) se cumplió (eron) dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

FACTURA	FECHA FACTURA	USUARIO	IDENTIFICACION	VALOR FACTURA
FES3991	3 de septiembre de 2026	PABLO ENRIQUE ROJAS RODRIGUEZ	16619070	$ 1.300.000,00

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**
SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100% DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI.	1	MEDIANTE CONCEPTO DE AUDITORIA 401 SE VERIFICÓ PREVIO AL PAGO.
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS		**OBSERVACIONES GENERALES**
1. NO APLICA		NO APLICA
2. NO APLICA		NO APLICA
3. NO APLICA		NO APLICA
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	$50.000.000	
ADICIÓN	$0	
VALOR FINAL CONTRATO	$50.000.000	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	$0	
PRIMER PAGO PARCIAL	$9.100.000	**CONCEPTO DE AUDITORIA 198** OBLIGACION: 12626 FECHA 17-06-2026 ORDEN DE PAGO: 225369726 FECHA 19-06-2026
SEGUNDO PAGO PARCIAL	$18.292.400	**CONCEPTO DE AUDITORIA 284** OBLIGACION: 15726 FECHA 09-07-2026 ORDEN DE PAGO: 268337126 FECHA 16-07-2026
TERCER PAGO PARCIAL	$ 6.500.000	**CONCEPTO DE AUDITORIA 337** OBLIGACION: 19926 FECHA 13-08-2026 ORDEN DE PAGO: 323454926 FECHA 20-08-2026
CUARTO PAGO PARCIAL	$ 5.200.000	**CONCEPTO DE AUDITORIA 388** PENDIENTE DE PAGO
QUINTO PAGO PARCIAL	$1.300.000	**CONCEPTO DE AUDITORIA 401** PENDIENTE DE PAGO
SALDO	$ 9.607.600	

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	X
COPIA	PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social	
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

MYRIAN ELIANA BENAVIDES ORTIZ NOMBRE Y FIRMA CONTRATISTA	**SMSM7 GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN** GRADO, NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR

ELABORO: SMSM7 GIOVANNA RODRIGUEZ MARIN.

	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 GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN**
Ordenador del Gasto	**EMAVI**
No. Contrato	**015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC JEFSA-EMAVI-ESM-2026**
Objeto del contrato	**SUMINISTRO DE PROTESIS AUDITIVAS AL 100% DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EMAVI**
Valor inicial del contrato	**$ 50.000.000,00**
Adición	**$ 0,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 50.000.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)		USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
	RECURSO				
A-02-02-01-004-008	10		APARATOS MEDICOS, INSTRUMENTOS ÓPTICOS Y DE PRECISIÓN,	SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS	**$ 50.000.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2026**					**$ 50.000.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 50.000.000,00**
			Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)		**$ 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	JUNIO		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-01-004-008 -10		SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS	$ 9.100.000,00	$ 9.100.000,00	$ 40.900.000,00
2	JULIO		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-01-004-008 -10		SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS	$ 18.292.400,00	$ 18.292.400,00	$ 22.607.600,00
3	AGOSTO		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-01-004-008 -10		SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS	$ 6.500.000,00	$ 6.500.000,00	$ 16.107.600,00
4	SEPTIEMBRE		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-01-004-008 -10		SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS	$ 5.200.000,00	$ 5.200.000,00	$ 10.907.600,00
5	SEPTIEMBRE		PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-01-004-008 -10		SUMINISTRO DE PRÓTESIS AUDITIVAS AL 100%DIGITALES DE ALTA TECNOLOGÍA, INCLUIDO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS	$ 1.300.000,00	$ 1.300.000,00	$ 9.607.600,00
TOTALES							**$ 40.392.400,00**	**$ 40.392.400,00**	**$ 9.607.600,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	SMSM GIOVANNA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN
FECHA	16/09/2026

Planilla Integrada

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 902003785	9	DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS	Av Roosvel No 39-25	CALI-VALLE	3160439830	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	579070292	9508744583	E	2026/08/24	2026/08/19	BANCOLOMBIA	0	$1,222,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	1087425454	ESPINOZA ROSERO DIANA SOFIA	Dependiente	0	No	No	
2	CC	1087425454	ESPINOZA ROSERO DIANA SOFIA	Dependiente	0	No	No	
3	CC	1087425454	ESPINOZA ROSERO DIANA SOFIA	Dependiente	0	No	No	
4	CC	1107082698	SANCHEZ GONZALEZ DELIA ESPERANZA	Dependiente	0	No	No	

No.	NOVEDADES																									
	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1																										
2																						L	2026/07/17	2026/07/17		
3																						X	2026/07/21	2026/07/28		
4																										

Total **Afiliados(2)**

2026/08/19 03:31 p. m.

							SALARIO			PENSION													SALUD					
t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 2.500.000	No	Fijo	PROTECCION	21	$ 1.750.000	16%	SIN RIESGO	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.000		SANITAS	21	$ 1.750.000	4%	$ 70.000	$
							$ 2.500.000	No	Fijo	PROTECCION	1	$ 83.334	16%	SIN RIESGO	$ 13.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.400		SANITAS	1	$ 83.334	4%	$ 3.400	$
							$ 2.500.000	No	Fijo	PROTECCION	8	$ 666.667	16%	SIN RIESGO	$ 106.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 106.700		SANITAS	8	$ 666.667	4%	$ 26.700	$
							$ 2.500.000	No	Fijo	PROTECCION	30	$ 2.500.000	16%	SIN RIESGO	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400.000		SANITAS	30	$ 2.500.000	4%	$ 100.000	$
																					$ 800.100						$ 200.100	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 70.000		COMFANDI	21	$ 1.750.000	4%	$ 70.000	ARL SURA	21	$ 1.750.000	0,522%	1	$ 9.200	21	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 3.400		COMFANDI	1	$ 83.334	4%	$ 3.400	ARL SURA	1	$ 83.334	0%	1	$ 0	1	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 26.700		COMFANDI	8	$ 666.667	4%	$ 26.700	ARL SURA	8	$ 666.667	0%	1	$ 0	8	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
0	$ 100.000		COMFANDI	30	$ 2.500.000	4%	$ 100.000	ARL SURA	30	$ 2.500.000	0,522%	1	$ 13.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	Si
	$ 200.100						$ 200.100						$ 22.300				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 902003785	9	DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS	Av Roosvel No 39-25	CALI-VALLE	3160439830	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	579070292	9508744583	E	2026/08/24	2026/08/19	BANCOLOMBIA	0	$1,222,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS INCAPACID
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$800,100	$0					
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$800,100	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$22,300	$0					
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$22,300	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$200,100	$0					
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	2	$200,100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$200,100	$0					
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$200,100	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				2	$1,222,600	$0	$0	$0	$0	$0	

E ADES	VALOR A PAGAR
$0	$800,100
$0	$800,100
$0	$22,300
$0	$22,300
$0	$200,100
$0	$200,100
$0	$200,100
$0	$200,100
$0	**$1,222,600**

PLANILLA PAGADA

Santiago de Cali, Agosto 21 del 2026

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

DESTINATARIO: FUERZA AÉREA

CONTRATISTA: AUDÍFONOS SAS | NIT: 900.795.705-1

Yo, **Myrian Eliana Benavides Ortiz** en mi calidad de representante legal de la sociedad **AUDÍFONOS SAS**, identificada con el NIT **900.795.705-1**, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, me permito certificar lo siguiente:

1. CUMPLIMIENTO DE APORTES: Que la empresa **AUDÍFONOS SAS** se encuentra a paz y salvo con el pago de sus obligaciones al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, Riesgos Laborales) y Aportes Parafiscales (SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar) por los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de la presente comunicación.

2. SUSTENTO JURÍDICO OPERATIVO: Para el cumplimiento del objeto contractual con la Fuerza Aérea, se informa que el personal de audiología especializado que presta el servicio se encuentra vinculado laboralmente bajo la estructura de nómina de la empresa aliada **DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS**. Esta configuración obedece a un esquema legítimo de administración de recurso humano y especialidad operativa, el cual:

- No constituye una irregularidad jurídica, toda vez que el régimen de contratación privada (Código Sustantivo del Trabajo) y la autonomía de la voluntad privada permiten que el contratista principal se apoye en terceros o empresas vinculadas para la ejecución de actividades conexas o especializadas.
- Cumple con el **Principio de Realidad sobre las Formas**, garantizando que el personal efectivamente cuente con la cobertura prestacional exigida por la ley colombiana.

3. SOPORTE DOCUMENTAL: Se adjunta a la presente la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) de la empresa **DISPOSITIVOS AUDITIVOS SAS**, en la cual se evidencia el pago oportuno y completo de las profesionales en audiología asignadas para la atención de los pacientes de la Fuerza Aérea. Lo anterior, bajo el entendido de que **AUDÍFONOS SAS** mantiene la responsabilidad solidaria y contractual frente a la entidad estatal por la idoneidad y legalidad de dicho personal.

4. VERACIDAD: Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información aquí consignada es veraz y que los documentos aportados son copia fiel de sus originales, dándole pleno cumplimiento a las exigencias del pliego de condiciones del proceso de Mínima Cuantía de la referencia.

Se adjunta Planilla de Seguridad Social

Atentamente,

Eliana Benavides Ortiz.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141235782993

(415)7707212489984(8020) 000014123578299 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
AUDIFONOS S.A.S.

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
AV ROOSEVELT 39 25 LC 214

42. Correo electrónico gerencia@audifonosips.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 0 4 3 9 8 3 0	3 1 8 5 7 1 4 8 1 5

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
8 6 9 2	2 0 1 4 1 1 0 1	8 6 9 9	2 0 1 4 1 1 0 1					1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	7	1	0	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5												

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 3									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-02-16 / 11:08:01AM

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 BENAVIDES ORTIZ MYRIAN ELIANA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141235782993

(415)7707212489984(8020) **000014123578299 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali 5	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141235782993

(415)7707212489984(8020) **000014123578299 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali	5

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 2 1 0		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadaní 1 3	6 6 8 4 9 8 5 3		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
BENAVIDES	ORTIZ	MYRIAN	ELIANA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 0 3 2 5		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadan 1 3	1 6 7 7 0 7 7 5		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
TOBON	HERNANDEZ	JOHN	JAIRO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141235782993

(415)7707212489984(8020) **000014123578299 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali 5	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 1 7 1 4 2 1 9		1 1 6 6 8 8 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
VALENZUELA	QUIÑONES	VIVIANA	

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 6 0 2 0 6

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 0 4 4 2 4	4	1 4 2 0 5 2 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MUÑOZ	DELGADO	BAIRO	IVAN

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 5 0 3 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141235782993

(415)7707212489984(8020) **000014123578299 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 5 7 0 5	1	Impuestos de Cali 5	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sede 0 9	Actividades de apoyo terapéutico 8 6 9 2	

162. Nombre del establecimiento: AUDIFONOS IPS

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

165. Dirección: AV ROOSEVELT 39 25 LC 214 P 2

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 1 5 0 5 5 0 2	2 0 2 2 0 4 2 5	
168. Teléfono: 3 2 0 6 9 2 5 0 6 2	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Cuenta por pagar – Comprobante.

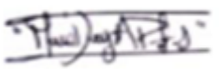
Usuario Solicitante:	MHmalvarez	MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-100	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Fecha y Hora Sistema:	16/09/2026 12:00:00 a. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	24226	**Fecha Registro:**	2026-09-16	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Compras en General a Personas Declarantes (Diferentes a Activos)		**Nro. Compromiso:**	3526	**Nro. Cdp:**	1826
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Antes del Iva:	1.300.000,00	**Valor Iva:**	0,00		**Valor Total:**	1.300.000,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00
TERCERO								
Identificación:	900795705	**Razón Social:**	AUDIFONOS S.A.S.					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	AUD 401	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2026-09-16

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
17	FACTURA

Objeto.:	AUD 401, APARATOS MÉDICOS, INSTRUMENTOS ÓPTICOS Y DE PRECISIÓN, RELOJES



TASD MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR	ENTRADA DE MATERIAL	CÓDIGO:
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	FECHA EMISIÓN:
		VERSIÓN:
		PÁGINA: 1 de 1

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
ESM ESM EMAVI
NIT : 830.039.670-5

Entradas de bienes por concepto de : AUDIFONOS SAS FES3991	N° de Documento 5003998968	Clase de Documento: 101	Descripción: Entrada de mercancías de orden a almacén	Almacén: SA01
ESM: ESM EMAVI	Código: SF65	Proveedor: AUDIFONOS SAS		NIT: 900795705
N° Contrato: 3700133902 / SF652026C15	Factura: FES3991	Consecutivo: 0000000038	Doc. Referencia:	Fecha: 16.09.2026

CODIGO INTERNO	UBICACION	CUENTA CONTABLE	DESCRIPCION	CONCENTRACION	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CENTRO DE COSTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
2582797		1514040050	AUDIFONO RETROAURICULAR BTE (DE ACUERDO A FACTURA FES3991 Y CUADRO AUDITORIA		0011348006		C/U		1,00	1.300.000,00	1.300.000,00

TOTAL:	1.300.000,00

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/C CON CERO CENTAVOS.

CUENTA PRINCIPAL	DÉBITOS	CRÉDITOS
1514040050	1.300.000,00	0,00
2401010020	0,00	1.300.000,00
TOTAL SUMA	1.300.000,00	1.300.000,00

RECIBI

NOMBRE: T3. CAÑAS SANCHEZ LINA MARCELA

Miércoles 16 de Septiembre de 2026

Audifonos S.A.S
NIT. 900795705 -1
Dirección: Avenida Roosvelt # 39- 25 Local 214 - Colombia
Email: citas@audifonosips.com
Teléfono: 3160450853
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Responsabilidad Tributaria: No Aplica
Régimen Fiscal: No aplica – Otros (R-99-PN)
Actividad(es) Económica(s): 8621
Impuesto sobre las ventas – IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA **FES3991**

FECHA GENERACIÓN	03 de septiembre de 2026
FECHA EXPEDICIÓN	03 de septiembre de 2026 03:34
FECHA DE VENCIMIENTO	03 de septiembre de 2026
TIPO OPERACIÓN	SS-SinAporte

Firma Digital:
PS7M0R/XHX5PYW/9GiQw70txkU1rYmYQ/YvQPli+FWzHuys1ADl6us+cr46Zx/HDjFbQde3KZTf1MSDQXVEGDDmqC+20q45mDm54hr99rQ/1wkw3GIKYW+cnfUZxjd81W6O4uYe1nf726+Ed15F
DoLGXBX7eCc0JPuTmj5N0IU+eJJQ2qWpLdZRCcICiH8mgeYBs3hxbEodRCYOG8ObarmVOP5K++3pacynq2cJDBZAzuFiEchvLo4dxftG9AcHQfWML4ctF96J4HDHWpPlK4lqfBQiAl2rbdBMwOHI
C64WKdT+dU4M8kRZ4dU7KmVuNrgsoVAt/EU5DNMxrzY3k6Q==

CLIENTE/ADQUIRIENTE	
Nombre:	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Identificación:	901542573
Dirección:	Calle 61 7 V Bis - 02
Teléfono:	3172832538
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

FEV SALUD			
Cód. Prestador:	Plan Beneficios:	Modalidad:	Contrato:
7600115219	Cobertura Regimen Especial o Excepción	Pago por evento.	015-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Tipo de Negociación:	Crédito (Plazo 2026-09-03)	Inicio Periodo Facturación:	2026-08-26
Medio de pago:	Efectivo	Fin Periodo Facturación:	2026-08-26

#	COD.	CONCEPTO	CANTIDAD	U/M	VALOR	DESCUENTO	IVA	VALOR TOTAL
1	954801-1	Retroauricular (BTE)	1	EA	1,300,000.00	0	0	1,300,000.00

OBSERVACIONES: CC 16619070 PABLO ENRIQUE ROJAS RODRIGUEZ AUTORIZACION No. AUT-2026-08-2952612 SEDE CALI 18764093270149	TOTAL ITEMS:	1
	SUBTOTAL	1,300,000.00
	TOTAL DESCUENTOS	0
	I.V.A	0
VALOR EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS	OTROS	0
	TOTAL VENTA	1,300,000.00

ELABORÓ:	REVISÓ	ACEPTADA	AUTORIZADA PARA RECIBIR
AUDIFONOS IPS		NOMBRE Y APELLIDOS / C.C	NOMBRE Y APELLIDOS / C.C

CUFE: **c78e19a1c2d3a0e48b682fc60e5ca57db7c55508cb3deb4d9eaa75c743caf87ab583b07621581f8bec97749fc10a8478**

¡REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA!

Resolución DIAN Facturación Electrónica No. 18764093270149 Prefijo FES del 1 al 10000 Período 2025-05-19 al 2027-05-19
Modo de operación Software Propio: NIT 900795705 Audifonos S.A.S
Software: SUNUBE SAS NIT 901.242.355-6

Fecha generación: 12/08/2026 16:12:08

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2026-08-2952612 **FECHA SOLICITUD:** 8/12/26, 12:43 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: PABLO ENRIQUE ROJAS RODRIGUEZ
DOCUMENTO: 16619070
MUNICIPIO: CALI
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
ESM ADSCRIPCIÓN: ESCUELA MILITAR DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ -
CODIGO ESM O 760018302782
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: TA24
FUERZA: FAC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / RICARDO WILLIAM ROSERO RENGIFO
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Otras Consultas de Especialidad (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H918	OTRAS HIPOACUSIAS ESPECIFICADAS	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: AUDIFONOS S.A.S
CODIGO ESM O UPGD: 760011521901
NÚMERO DE CONTRATO: 015-00-MDN-CGFM- DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
DIRECCIÓN: Calle 5D #38A-35
TELÉFONO: 3160439830
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO: CALI

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	OBSERVACIÓN	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2026-08-2952612	AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA	954801-1		Otorrinolaringologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE DA AUTORIZACION ESM EMAVI 2026

OBSERVACIÓN SOLICITUD: AGOSTO 12/2026
SE REALIZA TRANSCRIPCION DE ORDEN MEDICA, ANEXO #3, DEL PACIENTE PABLO ENRIQUE ROJAS RODRIGUEZ CC 16619070 DE 67 AÑOS, CON DX
H918 OTRAS HIPOACUSIAS ESPECIFICADAS, VALORADO EL DIA 04 AGOSTO 2026 POR EL DR FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ESLAIT RM 7615-00 NEUROTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, QUIEN SOLICITA CUPS 954801 EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS, SE HOMOLOGA POR EL CUPS 954801-1 AUDIFONO UNILATERAL; AYUDA AUDITIVA, NOTA POR PROTOCOLO FAC ADAPTACION INICIAL UNILATERAL. PACIENTE POR CUADRO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN PLENITUD AURAL E HIPOACUSIA BILATERAL. TRANSCRIPCION REALIZADA POR AUXILIAR DE ENFERMERIA RICARDO ROSERO
FECHA DE VENCIMIENTO: 12/08/2027

AUTORIZADA POR:

MARIA PAULA FRANCO UMAÑA
1123039528

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 12/08/2027

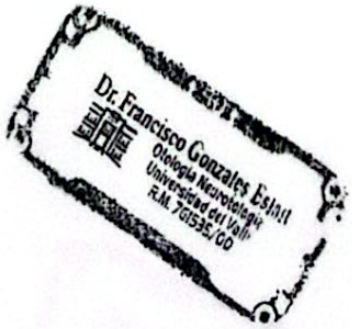
Fecha generación: 12/08/2026 16:12:08

TAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: PABLO ENRIQUE ROJAS RODIRGUEZ, Identificado(a) con CC-16619070			
Edad y Sexo: 67 Años y 11 meses, Masculino		**Segundo Identificador:** ,	
Regimen/Tipo Paciente: OTRO/REGIMEN ESPECIAL		**Nombre de la Entidad:** ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACION	
Servicio/Ubicación:	OTORRINO CONSULTA EXTERNA/OTORRINO	**Habitación:**	**Identificador Único:** 3102395-1

gnóstico: H918 OTRAS HIPOACUSIAS ESPECIFICADAS

Procedimientos no Quirurgicos					
Fecha Inicio	**CUPS**	**Descripción**	**Especificaciones**	**Cantidad**	**Datos Clínicos / Justificación / Observaciones**
04/08/2026 09:25	954801	954801 Evaluacion Y Adaptacion De Protesis Y Ayudas Auditivas		1	EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE AUDÍFONOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN / EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE AUDÍFONOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN



MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ESLAIT, NEUROTOLOGIA, Registro 7615-00, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 94375580

Firmado Electrónicamente

Scanned with CamScanner

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

IDENTIFICACIÁ?N DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 16619070**		
Pronombre:	Nombre identitario:	
Paciente: **PABLO ENRIQUE ROJAS RODIRGUEZ**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **21/08/1958**		
Edad y sexo: **67 Años y 11 meses, Masculino**		
Identificador único: **3102395**	Responsable: **ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACION**	
Ubicación: **OTORRINO**		Cama:
Servicio: **OTORRINO CONSULTA EXTERNA**	**Régimen**	**Contributivo**

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 04/08/2026 09:21 - Ambulatoria - Ubicación: OTORRINO
Consulta médica - Apoyo - NEUROTOLOGIA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Primera vez
Finalidad: Otra
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Motivo de consulta: PABLO ENRIQUE ROJAS
67 AÑ0S
CC 16619070

MC: "HACE 10 MESES ME DIO VERTIGO"
Enfermedad actual: PACIENTE MASCULINO QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE CONSISTENTE EN VERTIGO ESPONTÁNEO DE CORTA DURACIÓN (20 SEGUNDOS), ACUFENOS Y SENSACIÓN DE PLENITUD AURAL EN OIDO DERECHO, SIN OTALGIA, NI OTORREA. INICIALMENTE CONSULTA EN OTRA INSTITUCIÓN DONDE DAN MANEJO CON BETAHISTINA, MENCIONA MEJORÍA SINTOMÁTICA. AHORA, SOLO PERSISTEN CON SENSACIÓN DE PLENITUD AURAL DESDE HACE 5 MESES.

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: RESECCIÓN DE HEMATOMA??
TRAUMATICOS: NIEGA
ALERGICOS: PENICILINA (NO RECUERDA REACCIÓN)
FAMILIARES: PADRES CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES.

EXAMEN FISICO
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA, COLABORADOR. REFLEJO VESTIBULO OCULAR SIN ALTERACIONES, TEST DE BARANY SIN ALTERACIONES, TES DE ROMBERG NEGATIVO, SIN NISTAGMUS.

OTOSCOPIA DERECHA: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE, SIN ERITEMA NI EDEMA, CERUMEN ESCASO Y MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRA CON CONO DE LUZ PRESENTE.

OTOSCOPIA IZQUIERDA: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE, SIN ERITEMA NI EDEMA, CERUMEN ESCASO Y MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRA CON CONO DE LUZ PRESENTE.

CAVIDAD ORAL: APERTURA ORAL CONSERVADA, MUCOSA SIN LESIÓN NI ULCERACIONES, NO SANGRADO, AMÍGDALAS GRADO I, ÚVULA CENTRAL, SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR
CUELLO: SIN MASAS SIN ADENOMEGALIAS

JULIO/30/2026
AUIDOMETRIA
PTA 60 dB OD, PTA 48. 3 dB OI

LOGOAUDIOMETRIA
DISCRIMINANDO 90% A 75 dB EN OD Y 65 dB EN OI

REVISIÓN POR SISTEMAS
Sistema neurológico: Normal

EXAMEN FÍSICO
Firmado electrónicamente

Scanned with CamScanner

H I S T O R I A C L Í N I C A A U D I O L O G Í A

Nombres:	PABLO ENRIQUE	**Apellidos:**	ROJAS RODRIGUEZ	**Tipo Doc:**	CC	**# Doc:**	16619070
Email:	notiene@gmail.com	**Ciudad:**	Cali	FN: 1958-08-21	Edad: 68 años	**Sexo:**	Masculino
Teléfono:	3105468710 / 3146515774	**Dirección:**	CALI	**Ocupación**	-	**Estado Civil**	
FACTURA DE PROVEEDOR							

Fecha de realización	26-08-2026 03:53 pm	**Entidad**	FUERZA AEREA CALI

Motivo de Consulta

Finalidad Consulta
OTRA

Causa Externa
Enfermedad general

Motivo de Consulta
Selección de ayudas auditivas

Enfermedad Actual
Hipoacusia

Antecedentes

Quirúrgicos
QX RESECCIÓN HEMATOMA CEREBRAL (?)
Traumáticos
NIEGA
Tóxicos
NINGUNO

Alergias e intolerancias		
Estado clínico	**Tipo**	**Descripción**
Activo	01 Medicamento	PENICILINA

Examen Físico

Sintomatología Actual
Dificultad para entender

Otoscopia O.I
Normal

Otoscopia O.D
Normal

Resultado de Evaluación Audiológica
Hipoacusia neurosensorial de grado moderado a severo con PTA de 49 dB y discriminación del 90 % a 75 dB en oído derecho e hipoacusia neurosensorial de grado moderado con PTA de 42 dB y discriminación del 90 % a 65 dB en oído izquierdo

Código	Diagnóstico	Prioridad
CIE 10		
H903	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	Principal
Tipo Diagnóstico Principal:	Impresión diagnóstica	
Análisis/Plan de tratamiento	Paciente que asiste a selección de ayudas auditivas con autorización de EPS. Se selecciona audífono Evolv AI 1200/ tubo fino #3/ domo cerrado L oído derecho. Paciente egresa en buenas condiciones generales	

Sofia Espinoza
DIANA SOFIA ESPINOZA ROSERO
ESP. AUDIOLOGÍA
REG. 1087425454

Firmado Electrónicamente: DIANA SOFIA ESPINOZA ROSERO, CC 1087425454

AUDIFONOS I.P.S.
Conexión vital para ti

CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE AYUDAS AUDITIVAS PARA FUERZA AÉREA

Nombre de Usuario: PABLO ENRIQUE ROJAS RODRIGUEZ

Documento: CC Número: 16619070

Actuando en nombre propio (_X__) Actuó como acudiente en representación de paciente (____)

CERTIFICO QUE:

1 **La FUERZA AÉREA** me generó autorización para el suministro y adaptación de las ayudas auditivas (audífonos) cantidad (__1__) _____

2. LATERALIDAD recibida en oído derecho __x__ en oído izquierdo ___ó bilateral (_) Sistema cros___

3. **REGISTRO DE SERIES Y MARCA: STARKEY Evolv AI 1200**

OÍDO DERECHO: ___260439582_____ OIDO IZQUIERDO: _____

4. ACCESORIOS DE ENTREGA

* Tarjeta de garantía internacional por 1 año
* Tarjeta de garantía nacional por 3 años
* Estuche
* Blíster de baterías
* Deshumificador
* Paño y cepillo
* Spray

4. GARANTÍA: El alcance de la garantía del fabricante es tres años sobre el dispositivo, que no incluye manipulación indebida, mal trato, mal uso, pérdida o robo. En estas situaciones y todas las relacionadas con omisión frente al cuidado del audífono, deberá ser asumida por el beneficiario de forma particular. Garantía por defecto en el molde durante los tres meses posteriores a la adaptación.

Fecha ENTREGA: DÍA __26_ MES__08__ AÑO____2026____

Atentamente



Firma de Usuario o su representante.
Identificación: 16619070