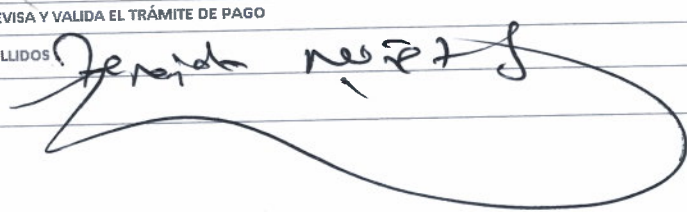


| PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      | GESTIÓN CONTRACTUAL                             |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|------|-------------------------------------------------|--|---------------|--|---|--|------|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 | TÍTULO<br><b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL TRAMITE DE PAGO</b>                                 |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      | Código: <b>CT-F0-44</b>                         |  | Página 1 de 1 |  |   |  |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      | Versión No. <b>00</b>                           |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      | Fecha:                                          |  | 30            |  | 6 |  | 2021 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      | No. CONTRATO Y/O ORDEN DE COMPRA: <b>116128</b> |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| CONTRATISTA O BENEFICIARIO: <b>UT FACOCREAR 2023</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| DEPENDENCIA ENCARGADA DEL TRAMITE DE PAGO: <b>ADMINISTRATIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| FECHA DE RECEPCIÓN: <b>30-11-2021</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      | VALOR TRAMITE DE PAGO: <b>1,354,307,53</b>      |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| FECHA DE VALIDACIÓN GESTOR: <b>30-11-2021</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      | FECHA DE ENTREGA SUPERVISIÓN: <b>30-11-2021</b> |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| SUPERVISOR: <b>Lady Johanna Huaca Claros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DESCRIPCION                                                                                                                                                     | CONTRATOS                                                                                    |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      | ANTICIPOS                                       |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 | COMPRA<br>VENTA O<br>SUMINISTRO                                                              | SUMINISTRO,<br>ORDENES DE<br>SERVICIOS | ORDEN DE<br>COMPRA | FIDUCIA             | PRESTACION<br>DE<br>SERVICIOS                       | INTERVENTORIA | INTER-<br>ADMINISTR<br>ATIVOS | OBRA |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Validación de la Publicación en Secop II (trámite de pago, informe de supervisión, Facturas)                                                                    |                                                                                              |                                        | N.A.               |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Formato Trámite pago parcial y/o total (Firmado por supervisor y gestor)                                                                                        |                                                                                              |                                        | X                  |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cuadro control de pagos firmado (Relación Usos Presupuestales, firmado por supervisor y presupuesto)                                                            |                                                                                              |                                        | X                  |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Acta de entrega y Recibo a Satisfacción (Firmado por supervisor y contratista)                                                                                  |                                                                                              |                                        | X                  |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Certificación paz y salvo pago de seguridad social integral y parafiscales. Si es U.T. o Consorcio se deben anexar igualmente planilla resumen de parafiscales. |                                                                                              |                                        | X                  |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Certificación paz y salvo obligaciones laborales.                                                                                                               |                                                                                              |                                        | X                  |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Informe de Supervisión o aval de pago (de acuerdo a la cláusula "Forma de Pago" del contrato)                                                                   |                                                                                              |                                        | N.A.               |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Informe de Actividades (cuando el contrato indique en la Forma de Pago)                                                                                         |                                                                                              |                                        | N.A.               |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Corte parcial o final de obra                                                                                                                                   | N.A.                                                                                         |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Aval de pago Interventoría                                                                                                                                      |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Paz y salvo de la Unidad o dependencia donde se ejecutan las obras                                                                                              | N.A.                                                                                         |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Factura ó documento equivalente que cumpla con los requisitos del Art. 617 del E.T. Nota: Verificación de acuerdo a normatividad vigente                        |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Alta Almacén (cuando el bien deba ingresar al almacén)                                                                                                          |                                                                                              |                                        | X                  |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Otros anexos* (Memorandos, Resoluciones, Oficios, etc.)                                                                                                         |                                                                                              |                                        | N.A.               |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Multas o Sanciones                                                                                                                                              |                                                                                              |                                        | N.A.               |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| NOTA: UNA VEZ VERIFICADOS LOS SOPORTES DOCUMENTALES EN CASO DE ENCONTRAR NOVEDADES, SE RELACIONARAN EN EL CUADRO INFERIOR LA DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD Y SERA DEVUELTO A LA DEPENDENCIA ENCARGADA DEBERÁ REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA DAR SOLUCIÓN A LAS INCONSISTENCIAS, ANTES DE SU TRÁMITE A LA DIRECCIÓN FINANCIERA. |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                 | REGISTRO DE DEVOLUCION A OTRAS DEPENDENCIAS POR NOVEDADES EVIDENCIAS EN LOS TRAMITES DE PAGO |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 | Revisión del Trámite                                                                         |                                        |                    | FECHA<br>DEVOLUCIÓN | NOMBRE Y FIRMA A QUIEN SE LE<br>DEVUELVE EL TRÁMITE | Nombre Gestor | Firma                         |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 | 1ra                                                                                          | 2da                                    | 3ra                |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |
| GESTOR QUE REVISY VALIDA EL TRÁMITE DE PAGO<br>NOMBRE Y APELLIDOS: <b>Jessica Neiza</b><br>FIRMA:                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                 |                                                                                              |                                        |                    |                     |                                                     |               |                               |      |                                                 |  |               |  |   |  |      |  |  |  |

PROCESO

GESTIÓN FINANCIERA



TÍTULO

**TRÁMITE PAGO  
ANTICIPO / PARCIAL Y/O TOTAL**

Código: **GF-FO-36**

Versión No. **03**

Página 1 de 4

Fecha:

**01**

**03**

**2022**



|                          |                  |                 |   |
|--------------------------|------------------|-----------------|---|
| Fecha trámite de pago    | 30/11/2023       | Número de Pago: | 1 |
| Valor de pago solicitado | (\$1.354.307,53) |                 |   |

**Nota: Este formato debe imprimirse por las dos caras de la hoja**

**DATOS DEL CONTRATO:**

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                          |               |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------|
| Contrato y/u Orden de Compra                                                   | No. <b>116128</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                          |               |
| Nombre o Razón Social del Contratista                                          | <b>UT FACOCREAR 2023</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                          |               |
| Identificación                                                                 | NIT o C.C.: 901674754-5                                                                                                                                                                                                                                                |                  | SAP (acreedor): 80005561 |               |
| Objeto del Contrato                                                            | DOTACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA AGENCIA LOGISTICA DELAS FUERZAS MILITARES REGIONAL AMAZONIA QUE TIENEN DERECHO POR NORMATIVIDAD (blusas femeninas)                                                                                                                |                  |                          |               |
| Orden o Pedido ERP SAP                                                         | No.                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                          |               |
| Expediente Orfeo                                                               | No.                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                          |               |
| Registro Presupuestal                                                          | No. _____                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                          |               |
|                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> VIGENCIA ACTUAL<br><input type="checkbox"/> REZAGO                                                                                                                                                                                 |                  |                          |               |
| Valor total del contrato                                                       | Valor Inicial del Contrato                                                                                                                                                                                                                                             | (\$1.354.307,54) |                          |               |
|                                                                                | + Valor Adiciones                                                                                                                                                                                                                                                      | (\$)             |                          |               |
|                                                                                | - Valor Reducciones                                                                                                                                                                                                                                                    | (\$)             |                          |               |
|                                                                                | Valor Total del Contrato                                                                                                                                                                                                                                               | (\$1.354.307,54) |                          |               |
| No. Contrato interadministrativo / convenio / Acta de acuerdo (Cuando aplique) |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                          |               |
| Fecha de legalización del contrato                                             | 22/09/2023                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                          |               |
| Fecha de finalización del contrato                                             | 10/11/2023                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                          |               |
| Porcentaje de ejecución del contrato                                           | 99.99%                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                          |               |
| Modificaciones del contrato                                                    | <input type="checkbox"/> Adición Valor _____<br><input type="checkbox"/> Modificación Descripción _____<br><input type="checkbox"/> Suspensión Descripción _____<br><input type="checkbox"/> Prorroga Fecha _____<br><input type="checkbox"/> Cesión Descripción _____ |                  |                          |               |
| Novedades del contrato                                                         | (Se especificará claramente novedades respecto al pago, como embargos, multas, sanciones, afectación de pólizas u otro concepto que afecte el valor del pago al contratista).                                                                                          |                  |                          |               |
| Garantías del contrato                                                         | Número                                                                                                                                                                                                                                                                 | Valor Asegurado  | Vigencia de la Póliza    |               |
|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  | Fecha de inicio          | Vigente hasta |
|                                                                                | • Póliza de cumplimiento                                                                                                                                                                                                                                               | CSC-100036571    | \$135.430,80             | 19/09/2023    |
|                                                                                | • Póliza de responsabilidad civil extracontractual (cuando aplica)                                                                                                                                                                                                     | CSC-100036571    | N/A                      | 10/05/2024    |
| • Póliza calidad de los elementos                                              | CSC-100036571                                                                                                                                                                                                                                                          | \$270.861,60     | 19/09/2023               | 10/05/2024    |

|                                                                                  |                                                                                 |                         |                   |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| PROCESO                                                                          |                                                                                 | GESTIÓN FINANCIERA      |                   |                                                                                     |
|  | <b>TITULO</b><br><br><b>TRÁMITE PAGO</b><br><b>ANTICIPO / PARCIAL Y/O TOTAL</b> | Código: <b>GF-FO-36</b> |                   |  |
|                                                                                  |                                                                                 | Versión No. <b>03</b>   | Página 2 de 4     |                                                                                     |
|                                                                                  |                                                                                 | Fecha:                  | <b>01 03 2022</b> |                                                                                     |

**DATOS FINANCIEROS DEL CONTRATISTA:**

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                 |                        |                                             |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| Cuenta Bancaria                                              | Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                   |                        |                                             |
|                                                              | N°21100002136                                                                                                                                                                                                   | Tipo cta. bancaria     | Ahorro X Corriente <input type="checkbox"/> |
| Régimen Tributario (RUT) al que pertenece                    | <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABLE DE IVA<br><input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA<br><input type="checkbox"/> RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN                                              |                        |                                             |
| Tipo de Facturación<br>(De acuerdo a lo que estipule el RUT) | <input type="checkbox"/> LITOGRAFICA (Formato Preimpreso – Talonario)<br><input type="checkbox"/> POR COMPUTADOR<br><input checked="" type="checkbox"/> ELECTRÓNICA<br><input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO |                        |                                             |
| CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES<br>LEY 50 / 1990                   |                                                                                                                                                                                                                 | <b>CUMPLE</b>          | <b>NO CUMPLE</b>                            |
|                                                              | 1. planilla pagada de seguridad social integral (salud-pensión-arl) y parafiscales (SENA-ICBF-Caja de Compensación)                                                                                             | X                      |                                             |
|                                                              | 2. Certificación de pago de seguridad social y parafiscales                                                                                                                                                     | X                      |                                             |
|                                                              | 3. Certificación de obligaciones laborales                                                                                                                                                                      | X                      |                                             |
| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                     | Planilla                                                                                                                                                                                                        | N°.72260460-9458663612 |                                             |
|                                                              | IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)                                                                                                                                                                    | \$1.160.000            |                                             |
|                                                              | Periodo Salud                                                                                                                                                                                                   | \$2.287.600-5749800    |                                             |
|                                                              | Periodo Pensión                                                                                                                                                                                                 | \$8.341.800-22.810.400 |                                             |

**DOCUMENTOS SOPORTE QUE SE ANEXAN AL PRESENTE PAGO Y SE ENTREGAN A GESTIÓN FINANCIERA:**

El **supervisor del contrato** verificará la aprobación y cargue de la facturación por parte del contratista en SECOP II y Sistema de Facturación Electrónica designado por las SIIF Nación (cuando aplique)

|                        |                                  |                             |                             |
|------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| APROBACIÓN DE FACTURAS | SECOP II                         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|                        | Olimpia (cuando sea Electrónica) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

(Documentos que se entregan a la Dirección Financiera - Esta relación debe ser diligenciada teniendo en cuenta lo solicitado en la cláusula de forma de pago del contrato):

| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)                                                                   | FECHA      | VALOR          | FOLIO |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|-------|
| 1.   | Control de pagos código GF-FO-35                                                                                                       | 30/11/2023 | \$1.354.307,53 | 1     |
| 2.   | Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. FE4                                                                             | 10/11/2023 | \$1.354.307,53 | 1     |
| 3.   | Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (copia)                                                                      | 10/11/2023 | \$1.354.307,53 | 1     |
| 4.   | Acta de corte parcial o final de obra (si aplica)                                                                                      | N/A        |                |       |
| 5.   | Reporte o Listado de Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP - MB51 (cuando aplique)5000650163                             | 29/11/2023 | \$1.354.308    | 1     |
| 6.   | Certificación Bancaria<br>(Si aplica, Modalidades de contratación que se generan por la Tienda Virtual del Estado Colombiano – Grandes | 30/11/2023 | N/A            | 1     |



# PROCESO

## GESTIÓN FINANCIERA



TÍTULO

**TRÁMITE PAGO  
ANTICIPO / PARCIAL Y/O TOTAL**

Código: **GF-FO-36**

Versión No. **03**

Página 3 de 4

Fecha:

**01**

**03**

**2022**



General Social y Ingeniería de las Fuerzas Armadas de Colombia

| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos) | FECHA | VALOR | FOLIO |
|------|----------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
|      | Superficies (Órdenes de Compra)                                      |       |       |       |

**Nota:** El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), verificara y confirmará que los documentos digitales se encuentren en su totalidad dentro de la herramienta tecnológica establecida ORFEO y/o SECOP II de acuerdo a la modalidad de la adquisición (contrato y/u orden de compra) que se encuentra en trámite.

### **CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN A GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN Y QUE REPOSAN EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO:**

Los documentos relacionados en la cláusula forma de pago en la orden No. 116128 suscrito UT FACOCREAR 2023, que no se tramitan a la Dirección Financiera deben reposar en el expediente contractual de la Subdirección de Contratos para su consulta cuando sea necesario, por lo anterior los abajo firmante certifican que los documentos relacionados a continuación reposan en el expediente contractual:

- El supervisor asegurar el cargue de documentos en la plataforma SECOP II
- El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), asegurara que el expediente contractual físico y en ORFEO se encuentre debidamente cargado y completo. Para consulta de usuarios de la información tanto internos como externos (Entes de Control)

#### **Únicamente para el primer pago:**

|                                                                                                                                                                   |    |  |    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|--|
| Cargar en la plataforma SECOP II Registro de Identificación Tributaria-R.I.T. expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda (Actividad económica y código CIU) | SI |  | NO |  |
| Cargar en la plataforma SECOP II Registro Único Tributario-R.U.T. expedido por la D.I.A.N. documento en firme (copia de certificado documento sin costo)          | SI |  | NO |  |

| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)                                                 | Reposa en el expediente Contractual | FECHA      | FOLIO |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 1.   | Control de pagos código GF-FO-35                                                                                     | X                                   | 30/11/2022 | 1     |
| 2.   | Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. FE4                                                           | X                                   | 10/11/2023 | 1     |
| 3.   | Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (original)                                                 | X                                   | 10/11/2023 | 1     |
| 4.   | Acta de corte parcial o final de obra código PA-FO-86 (si aplica)                                                    | X                                   | N/A        |       |
| 5.   | Reporte o Listado de Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP (cuando aplique)5000650163                  | X                                   | 29/11/2023 | 1     |
| 6.   | Certificación Bancaria                                                                                               | X                                   | 30/11/2023 | 1     |
| 7.   | Certificación: pago de seguridad social integral, aportes parafiscales y de cumplimiento de obligaciones laborales.  | X                                   | 29/11/2023 | 2     |
| 8.   | Planilla de seguridad social en estado pagada.                                                                       | X                                   | 11/03/2023 | 5     |
| 9.   | Informe de supervisión No.                                                                                           | X                                   | N/A        |       |
| 10.  | Informe de Actividades (si aplica).                                                                                  | X                                   | N/A        |       |
| 11.  | Certificación aplicación Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario (Cuando aplique) | X                                   | N/A        |       |

PROCESO

GESTIÓN FINANCIERA



TÍTULO

TRÁMITE PAGO  
ANTICIPO / PARCIAL Y/O TOTAL

Código: GF-FO-36

Versión No. 03

Página 4 de 4

Fecha:

01

03

2022



| ÍTEM | DOCUMENTO<br>(Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos) | Reposa en el expediente Contractual | FECHA      | FOLIO |
|------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 12.  | Certificación de asignación de Retiro (Cuando Aplique)               | X                                   | N/A        |       |
| 13.  | Certificado Junta de Contadores / Tarjeta Profesional                | X                                   | 31/08/2023 | 3     |

| <b>RESPONSABLE DEL TRAMITE (SUPERVISOR)</b><br><br>Certifico que previa revisión del presente formato y sus anexos, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el contrato (informe de actividades y/o de los productos establecidos), por lo que cumple con todos los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.                                                                                                | Nombre <i>Lady Johana Arce Ochoa</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------|----|----------------------------------------|----|-------------------|--|----------------------------------------|----|----------------------------------------|----|----------------------------------------|----|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cargo/Dependencia<br><i>Talento Humano</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Extensión |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
| <b>VALIDACIÓN CARGUE VERIFICACIÓN TRAMITE DE PAGO - GESTOR CONTRACTUAL</b><br><br>Se controla tanto para los contratos como las órdenes de compra, de acuerdo a la verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas, las actividades administrativas, legales, financieras y presupuestales establecidas en el contrato; los cuales reposan de manera completa y organizada en el expediente contractual, la plataforma SECOP II y/u ORFEO. | Firma<br><i>[Signature]</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">SECOP II</th> <th colspan="2">ORFEO</th> <th colspan="2">EXPEDIENTE FÍSICO</th> </tr> <tr> <td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>NO</td> </tr> </table> |           | SECOP II                               |    | ORFEO                                  |    | EXPEDIENTE FÍSICO |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SECOP II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           | ORFEO                                  |    | EXPEDIENTE FÍSICO                      |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO        | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
| Nombre<br><i>Renata Nisre Lopera</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
| Cargo / Dependencia:<br><i>Tal. Humano</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Extensión:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
| V°. B°. del Directivo del área responsable del contrato o quien haga sus veces (Subdirector, Director, Jefe de Oficina y/o Dependencia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Firma:<br><i>[Signature]</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |
| Firma<br><i>[Signature]</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |                                        |    |                                        |    |                   |  |                                        |    |                                        |    |                                        |    |



|                                                                                                                                                                                                  |                         |                           |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| <b>PROCESO</b>                                                                                                                                                                                   |                         | <b>GESTIÓN FINANCIERA</b> |                         |
| <br><b>AGENCIA LOGÍSTICA</b><br><b>FUERZAS MILITARES</b><br><small>COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS PERU</small> | <b>TÍTULO</b>           |                           | <b>Código:</b> GF-FQ-35 |
|                                                                                                                                                                                                  | <b>CONTROL DE PAGOS</b> |                           | <b>Versión No.</b> 03   |
|                                                                                                                                                                                                  |                         |                           | <b>Página:</b> 1 de 1   |
|                                                                                                                                                                                                  |                         | <b>Fecha</b>              | 5 5 2023                |

| DATOS DEL CONTRATO                                                           |                                                                                                                                                         |  |  |                                                               |                                            |       |              |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|--------------|
| Contrato No.                                                                 | 116128                                                                                                                                                  |  |  | No. Registro Presupuestal / Fecha                             |                                            |       |              |
| Objeto del Contrato :                                                        | DOTACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA AGENCIA LOGISTICA DELAS FUERZAS MILITARES REGIONAL AMAZONIA QUE TIENEN DERECHO POR NORMATIVIDAD (Blusas femeninas) |  |  | RP Actual No.                                                 | 49723                                      | Valor | 1.354.307,54 |
| Nombre Contratista:                                                          | UT FACOCREAR 2023                                                                                                                                       |  |  | RP Reserva No.                                                | N/A                                        | Valor | N/A          |
| Nombre de quien entrega el Bien y/o Servicio:                                | N/A                                                                                                                                                     |  |  | No. de la negociación de BMC                                  | N/A                                        |       |              |
| Presupuesto con cargo a ALFM                                                 | SI X NO                                                                                                                                                 |  |  |                                                               |                                            |       |              |
| Con cargo al (los) contrato(s) interadministrativo(s) No. / Convenio u otras | N/A                                                                                                                                                     |  |  | Plazo de ejecución del contrato (contrato inicial y promoga): | Inicio: 19/09/2023<br>Finaliza: 10/11/2023 |       |              |
| Celebrado(s) con:                                                            | N/A                                                                                                                                                     |  |  |                                                               |                                            |       |              |

| EJECUCIÓN ANTICIPO     |                 |                  |                               |
|------------------------|-----------------|------------------|-------------------------------|
| Valor anticipo pactado | Valor amortizar | Total amortizado | Saldo pendiente por amortizar |
| 0,00                   | 0,00            | 0,00             | 0,00                          |

| CONTROL CONTRATO |                    |                                                |                               |                              | VALOR        | 1.354.307,54 |
|------------------|--------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| Valor de RP      | Rubro presupuestal | Descripción del rubro                          | Dependencia de afectación     | Valor por rubro              |              |              |
| 1.041.775,05     | A-02-02-01-002-008 | DOTACIÓN (PRENDAS DE VESTIR Y CALZADO)         | DOT - DOTACIÓN ADMINISTRATIVA | 1.041.775,05                 |              |              |
| 312.532,49       | A-05-01-01-002-008 | TEJIDO DE PUNTO O GANCHILLO; PRENDAS DE VESTIR | DOTCOM - DOTACIÓN COMEDORES   | 312.532,49                   |              |              |
|                  |                    |                                                |                               | Valor total del contrato     | 1.354.307,54 |              |
|                  |                    |                                                |                               | Valor ejecutado presupuestal | 1.354.307,53 |              |
|                  |                    |                                                |                               | Saldo por ejecutar           | 0,01         |              |

Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo

| NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #1 |                     |                    |                             |                                             |                               |               |               |                 |
|------------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| No. de documento             | Fecha del documento | Rubro presupuestal | Código del uso presupuestal | Descripción del uso                         | Dependencia de afectación     | Valor factura | Valor a pagar | Valor ejecutado |
| FE 4                         | 10/11/2023          | A-02-02-01-002-008 | N/A                         | N/A                                         | DOT - DOTACIÓN ADMINISTRATIVA | 1.041.775,05  | 1.041.775,05  | 1.041.775,05    |
|                              |                     | A-05-01-01-002-008 | A-05-01-01-002-008-02       | PRENDAS DE VESTIR (EXCEPTO PRENDAS DE PIEL) | DOTCOM - DOTACIÓN COMEDORES   | 312.532,48    | 312.532,48    | 312.532,48      |
| <b>TOTAL TRAMITE</b>         |                     |                    |                             |                                             |                               | 1.354.307,53  |               |                 |

| No. de documento | Fecha del documento | Rubro presupuestal | Código del uso presupuestal | Descripción del uso                         | Dependencia de afectación     | Valor factura | Valor a pagar | Valor ejecutado |
|------------------|---------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| Saldo por Uso    |                     | A-02-02-01-002-008 | N/A                         | N/A                                         | DOT - DOTACIÓN ADMINISTRATIVA | 1.041.775,05  |               |                 |
|                  |                     | A-05-01-01-002-008 | A-05-01-01-002-008-02       | PRENDAS DE VESTIR (EXCEPTO PRENDAS DE PIEL) | DOTCOM - DOTACIÓN COMEDORES   | 312.532,48    |               |                 |
| Saldo            |                     | A-02-02-01-002-008 | N/A                         | N/A                                         | DOT - DOTACIÓN ADMINISTRATIVA | -             |               |                 |
|                  |                     | A-05-01-01-002-008 | A-05-01-01-002-008-02       | PRENDAS DE VESTIR (EXCEPTO PRENDAS DE PIEL) | DOTCOM - DOTACIÓN COMEDORES   | 0,01          |               |                 |

| NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #2 |                     |                    |                             |                     |                           |               |               |                 |
|------------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| No. de documento             | Fecha del documento | Rubro presupuestal | Código del uso presupuestal | Descripción del uso | Dependencia de afectación | Valor factura | Valor a pagar | Valor ejecutado |
|                              |                     |                    |                             |                     |                           |               |               |                 |
| <b>TOTAL TRAMITE</b>         |                     |                    |                             |                     |                           | 0,00          |               |                 |
| <b>Saldo por Uso</b>         |                     |                    |                             |                     |                           |               |               |                 |
| <b>Saldo</b>                 |                     |                    |                             |                     |                           |               |               |                 |

Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo

| ADICIÓN / REDUCCIÓN / TRASLADOS DEL RP No. DE FECHA _____ Y FECHA DEL MOVIMIENTO (SI APLICA) _____ |       |  |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|-------|
| Movimiento                                                                                         | Fecha |  | Valor |
|                                                                                                    |       |  |       |

Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo

Firma del Supervisor:  
Nombre del Supervisor:  
Supervisor del \_\_\_\_ No.:

  
Lady J. Huaca Claros  
ORDEN 116128

Nombre de quien Revisa en Presupuesto:  
Fecha en que se validan los saldos "RP":  
Firma de quien Revisa:

  
Diana Lorena Vargas  
30/11/23

Nombre de quien Revisa en Cuentas por pagar y/o Contabilidad:  
Fecha:  
Firma de quien Revisa:

  
Luis Antonio Sepulveda  
30/11/2023

|                                                                                                                                                                              |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| <b>PROCESO</b>                                                                                                                                                               |                                                      | <b>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN</b>                |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| <br><b>AGENCIA LOGÍSTICA</b><br><b>FUERZAS ARMADAS PERU</b>                                 | <b>TÍTULO</b>                                        | <b>ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN</b> |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
|                                                                                                                                                                              | Código: CT-FO-01                                     |                                                  | <br><b>MINISTERIO DE DEFENSA</b><br><b>COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS PERU</b> |                |                                     |
|                                                                                                                                                                              | Versión No. 01                                       |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| Página 1 de 2                                                                                                                                                                |                                                      | Fecha: 12 2 2020                                 |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| <b>DATOS GENERALES DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                          |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| No. DE CONTRATO: Orden 116128                                                                                                                                                |                                                      | FECHA DEL CONTRATO: 19/09/2023                   |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| OBJETO CONTRACTUAL: DOTACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL AMAZONIA QUE TIENEN DERECHO POR NORMATIVIDAD (blusas femeninas) |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| CONTRATISTA: UT FACOCREAR 2023                                                                                                                                               |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| NIT/CC/CE: 901674754-5                                                                                                                                                       |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| <b>DATOS DE LA ENTREGA PARCIAL O TOTAL DEL BIEN O SERVICIO</b>                                                                                                               |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| <b>TRATA DE LA ENTREGA (parcial/ total) QUE HACE EL CONTRATISTA A LA AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES</b>                                                          |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| FECHA: 10/11/2023                                                                                                                                                            | HORA: 3:30 PM                                        | ENTREGA PARCIAL <input type="checkbox"/>         | ENTREGA TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> FRA: FE4                                                                                                         |                |                                     |
| CIUDAD/MUNICIPIO: FLORENCA-CAQUETA                                                                                                                                           | DIRECCION: calle 14 sur no 11-295 BARRIO EL PROGRESO |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| <b>INTERVIENEN EN LA ENTREGA:</b>                                                                                                                                            |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| ENTIDAD/EMPRESA                                                                                                                                                              | NOMBRE                                               | CARGO                                            | EN CALIDAD DE                                                                                                                                                      |                |                                     |
| UT FACOCREAR 2023                                                                                                                                                            | LIGIA STELLA GONZALEZ DE ZULUAGA                     | REPRESENTANTE LEGAL                              | CONTRATISTA                                                                                                                                                        |                |                                     |
| AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL AMAZONIA                                                                                                                 | LADY JOHANNA HUACA CLAROS                            | PROFESIONAL DEFENSA TALENTO HUMANO               | SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                            |                |                                     |
| Incluya las filas que sean requeridas                                                                                                                                        |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| EN CUMPLIMIENTO DE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No.:                                                                                                                         |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| ENTIDAD CONTRATANTE/CLIENTE                                                                                                                                                  |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| <b>DATOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS A ENTREGAR Y/O RECIBIR</b>                                                                                                              |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| <b>SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACION:</b>                                                                                            |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| ITEM                                                                                                                                                                         | DESCRIPCION                                          | CANTID                                           | V/UNITARIO                                                                                                                                                         | V/ IVA         | V/TOTAL                             |
| 1                                                                                                                                                                            | CAT6-008 Blusa tipo 1                                | 13                                               | \$ 80.936,90                                                                                                                                                       | \$ 15.378      | \$ 1.052.179,70                     |
| 2                                                                                                                                                                            | CAT6-014 Logo bordado                                | 13                                               | \$ 6.607,22                                                                                                                                                        | \$ 1.255       | \$ 85.893,86                        |
|                                                                                                                                                                              |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                | VALOR SIN I.V.A \$ 1.138.073,56     |
|                                                                                                                                                                              |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                | VALOR I.V.A ( 19 )% \$ 216.233,97   |
|                                                                                                                                                                              |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                | VALOR TOTAL \$ 1.354.307,53         |
| CUMPLIENDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN: MARQUE CON UNA X LOS QUE APLIQUEN                                                                                                 |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                  | ANEXO DEL CONTRATO                               | 02                                                                                                                                                                 | FICHA TECNICA: | <input checked="" type="checkbox"/> |
| NORMA TECNICA:                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                             | CUAL? :                                          |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| EVIDENCIADO DE ACUERDO CON LA APLICACIÓN DE: MARQUE CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN                                                                                             |                                                      |                                                  |                                                                                                                                                                    |                |                                     |
| ACTIVIDAD                                                                                                                                                                    | APLICA                                               | NO APLICA                                        | OBSERVACIONES                                                                                                                                                      |                |                                     |
| INSPECCION VISUAL REALIZADA                                                                                                                                                  | X                                                    |                                                  | Aqui se debe anotar lo encontrado en el producto durante la inspeccion visual.                                                                                     |                |                                     |
| INFORMES DE LABORATORIO REALIZADOS                                                                                                                                           |                                                      | X                                                | Aqui se deben relacionar los informes de laboratorio realizados exigidos.                                                                                          |                |                                     |
| CERTIFICACION EXPEDIDA                                                                                                                                                       |                                                      | X                                                | Aqui se debe relacionar el tipo de certificacion expedida.                                                                                                         |                |                                     |
| OTRO                                                                                                                                                                         |                                                      | X                                                |                                                                                                                                                                    |                |                                     |

PROCESO

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN



TÍTULO

ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN

Código: CT-FO-01

Versión No. 01

Página 1 de 2

Fecha

12

2

2020



DATOS DEL RECIBO PARCIAL O TOTAL DE LOS BIENES O SERVICIOS

TRATA DEL RECIBO A SATISFACCION QUE HACE LA ENTIDAD CONTRATANTE /CLIENTE

UNA VEZ REVISADOS LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO, POR PARTE DE: MARCAR CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN

COMITÉ TÉCNICO :

☐

SUPERVISOR :

☒

SE PUDO VERIFICAR QUE ESTOS CUMPLEN A ENTERA SATISFACCIÓN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL CONTRATO.

OBSERVACIONES GENERALES :

SE RECIBIO A SATISFACCION LOS ELEMENTOS SEGÚN LO REQUERIDO, YA QUE LA FIRMA CUMPLIÓ CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS Y DEMAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, INTERVIENEN :

| ENTIDAD/EMPRESA                                              | NOMBRE                           | CARGO               | EN CALIDAD DE           | FIRMA |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|-------------------------|-------|
| UT FACOCREAR 2023                                            | LIGIA STELLA GONZALEZ DE ZULUAGA | REPRESENTANTE LEGAL | CONTRATISTA             |       |
| AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL AMAZONIA | LADY JOHANNA HUACA CLAROS        | PD. TALENTO HUMANO  | SUPERVISOR DEL CONTRATO |       |
|                                                              |                                  |                     |                         |       |
|                                                              |                                  |                     |                         |       |

[SI REQUIERE INSERTE MAS FILAS]





**KIMO**  
Ropa Deportiva

**FACOMED S.A.S.**  
NIT 830.059.768 - 3

**FORMATO No 2A**  
**CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**  
**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002**  
**No. FDLSC-SASI-001-2023**  
**Lote: 1-3-4-6**

Yo, FIDELIGNO AGUILAR PATIÑO, identificado con C.C. 19.479.781 BTA, y con Tarjeta Profesional No. 69434-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de FACOMED SAS identificada con Nit 830059768-3, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de BOGOTÁ, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

**Nota:** Para certificar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto por el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1464 de 2005 y por el Decreto 1670 de 2007.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZOPREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERÁ DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

Dada en BOGOTÁ, a los (29) VEINTINUEVE días del mes de NOVIEMBRE de 2023

FIDELIGNO AGUILAR PATIÑO  
C.C. 19.479.781 de Bogotá  
T.P. 69434-T  
Revisor Fiscal



## **CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

En mi condición de Representante Legal de la firma **MANUFACTURAS CREARE S.A.S**, identificada con Nit 900.361.753-0, me permito certificar Que el personal que labora en la compañía se encuentra vinculado a través de un contrato de Outsourcing con la firma **CONEXION TEMPORAL SAS**, el cual ha pagado de manera oportuna durante los últimos seis (6) meses los pagos al sistema de aportes de salud, riesgos laborales, pensiones, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar, SENA, de conformidad con las disposiciones establecidas en la ley 789 de 2002 y 1150 de 2007, en concordancia con la ley 1819 del 29 de Diciembre de 2016.

**Manufacturas Creare S.A.S.**, realiza la verificación del pago mensual de los aportes de Seguridad Social y Parafiscales.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los 29 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente.

**LIGIA STELLA GONZALEZ DE ZULUAGA**  
**C.C No. 41.380.972**  
**Representante legal**

**MANUFACTURAS CREARE S.A.S**

Calle 56 N° 20-21 Tel: (571) 2559347  
Móvil: 318 8067222 Mail: gerencia@creare.co  
Bogotá D.C. - Colombia

# Certificado Bancario

Jueves, 30 de noviembre de 2023

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. Se permite informar que MANUFACTURAS CREARE SAS identificado (a) con NIT 900361753 a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto       | No producto | Fecha apertura | Estado |
|-----------------------|-------------|----------------|--------|
| COP CUENTA DE AHORROS | 21100002136 | 18/02/2022     | ACTIVA |

El manejo de este(os) productos es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

**\*Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionado anteriormente.

\*Si desea verificar esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57 - 4) 510 90 00 - Bogotá - Local(57 - 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57 - 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57 - 2) 554 05 05 - Resto del País: 01800 09 12345. Sucursal telefónica en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Mally Lissett Vallejo Garces  
Gerencia Servicios de Contact Center



UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES**



Certificado No:

B 1 A 4 A 3 0 3 E B 1 9 6 3 2 2

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:  
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **FIDELIGNO AGUILAR PATIÑO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19479781 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 69434-T Si tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 31 días del mes de Agosto de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web [www.jcc.gov.co](http://www.jcc.gov.co) digitando el número del certificado



República de Colombia  
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**



**69434-T**

**FIDELIGNO  
AGUILAR PATIÑO  
C.C. 19479781  
RES. INSCRIPCION 33  
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO**



DEL 10/02/2000

**JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA  
DIRECTOR GENERAL**

281384

78653

Identificación Plástica S.A. 810942-0117

República de Colombia  
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**



Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE -- Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.



FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

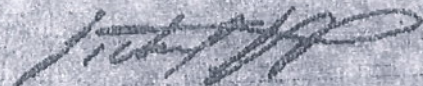
NUMERO 19.479.781

AGUILAR PATIÑO

APELLIDOS

FIDELIGNO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1961

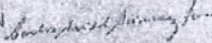
BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

M  
SEXO

02-SEP-1980 BOGOTA D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00210240-M-0019479781-20100123

0020230593A 2

1290584865



| DATOS DEL APORTANTE         |                 |                  |              |              |                               |                                      |  |  |  | DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |                    |              |
|-----------------------------|-----------------|------------------|--------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|--------------------|--------------|
| TIPO                        | NÚMERO          | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN    | TÉLEFONO     | CORREO                        | EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD |  |  |  | PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIAÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESIAÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS |              |
| NI                          | 830059766-3     | FACOMED SAS      | CL 67 '19 38 | 3469078      | fernando.monterob@hotmail.com |                                      |  |  |  |                      |                                  |               |                         |                 |                    | 36           |
| FORMA PRESENTACIÓN SUCURSAL | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL  | CÓDIGO       | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO            |                                      |  |  |  | PERIODO SALUD        | 2023-11                          | 2023-10       | E                       | 72280460        |                    | \$13,053,100 |
| B - menos de 200 c          | PRINCIPAL       | PPAL             | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C. | SI                            |                                      |  |  |  |                      |                                  |               |                         |                 |                    |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |                            |             |                        |                  |       |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |  |
|---------------|----------------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código EPS    | Nombre                     | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional    |       | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
|               |                            |             |                        | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |  |
| EPS001        | ALANSALUD EPS S.A.         | 830113831-0 | 31.500                 |                  | 0     |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 31.500        | 1             |  |
| EPS002        | Salud Total EPS            | 800130607-4 | 302.000                |                  | 0     |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 302.000       | 4             |  |
| EPS005        | Santitas EPS               | 800261440-6 | 228.100                |                  | 0     |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 228.100       | 4             |  |
| EPS008        | Compensar EPS              | 860066942-7 | 877.300                |                  | 0     |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 877.300       | 15            |  |
| EPS017        | Fertisanar EPS             | 830003564-7 | 513.600                |                  | 0     |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 513.600       | 8             |  |
| EPS037        | Nueva EPS                  | 900158264-2 | 228.700                |                  | 0     |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 228.700       | 2             |  |
| EPSC34        | Recuerdo SGP Capital Salud | 900288372-9 | 106.400                |                  | 0     |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 106.400       | 2             |  |

| TOTALES PENSION |                               |             |                        |                            |                             |                          |                          |           |                       |                |               |               |  |  |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|--|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |  |  |
| 230201          | Protection (ING + Protection) | 800229739-0 | 2.193.100              | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 0                     |                | 2.193.100     | 9             |  |  |
| 230301          | Porvenir                      | 800224808-8 | 2.006.600              | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 0                     |                | 2.006.600     | 7             |  |  |
| 231001          | Colfondos                     | 800227940-6 | 758.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 0                     |                | 758.000       | 4             |  |  |
| 25-14           | Compensaciones                | 900336004-7 | 3.394.100              | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 0         | 0                     |                | 3.394.100     | 14            |  |  |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |              |  |             |  |                        |  |  |  |  |  |  | Incapacidades |  | Aportes Otros |  | Valor Neto Cotización |  | Días Mora |  | Valor Mora Cotización |  | Fondo Solidaridad |  | Total a Pagar |  | No. Afiliados |  |
|---------------------------|--------------|--|-------------|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|---------------|--|---------------|--|-----------------------|--|-----------|--|-----------------------|--|-------------------|--|---------------|--|---------------|--|
| Código ARL                | Nombre       |  | NIT         |  | Cotización Obligatoria |  |  |  |  |  |  |               |  |               |  |                       |  |           |  |                       |  |                   |  |               |  |               |  |
| 14-28                     | Equilad Vida |  | 830008666-1 |  | 281.100                |  |  |  |  |  |  |               |  |               |  | 281.100               |  | 0         |  | 0                     |  | 2.811             |  | 281.100       |  | 35            |  |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NIT |  | Valor Aporte |  | Días Mora |  | Valor Mora Aporte |  | Total a Pagar |  | No. Afiliados |  |
|---------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--------------|--|-----------|--|-------------------|--|---------------|--|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |              |  |           |  |                   |  |               |  |               |  |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  | 2.142.800    |  | 0         |  | 0                 |  | 2.142.800     |  | 35            |  |

| DATOS DEL APORTANTE |                    |                  |             |              |                             |                                     |
|---------------------|--------------------|------------------|-------------|--------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN   | TELÉFONO     | CORREO                      | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI                  | 830059766-3        | FACOMED SAS      | CL 67 19 38 | 3459078      | fernandmontorob@hotmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE    | NOMBRE SUCURSAL  | CÓDIGO      | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO          |                                     |
| SUCURSAL            | B - menos de 200 c | PRINCIPAL        | PPAL        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.                 | SI                                  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor More Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICRF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                                   |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO PLANILLA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                                   |                 | ENTREGADOS    | UPC |
|                      |                                   |               |                                   |                 | 36            | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PERSONAS                  |               |                                   |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2023-11              | 2023-10                           | E             |                                   | 72260460        | \$13.053.100  |     |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |  |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|--|
| Tipo Administradora    | No. Administradores Reportados | Valor antes de IGE, LMA, RPP y Mora | Total a Pagar |  |
| Salud                  | 7                              | 2.287.600                           | 2.287.600     |  |
| Pensión                | 4                              | 8.341.800                           | 8.341.800     |  |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 281.100                             | 281.100       |  |
| CCF                    | 1                              | 2.142.800                           | 2.142.800     |  |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| ICRF                   | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| TOTALES                | 13                             | 13.053.100                          | 13.053.100    |  |



| DATOS DEL APORTANTE          |                    |                  |              |                    |                           |                                      |
|------------------------------|--------------------|------------------|--------------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| TIPO                         | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                    | EXONERADO PAGO PARAFISCUALES Y SALUD |
| NI                           | 830059788-3        | FACOMED SAS      | CL 67 78 38  | 3458078            | fernandmontes@hotmial.com |                                      |
| FORMA PRESENTACIÓN SUICURSAL | CLASE APORTANTE    | NOMBRE SUICURSAL | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                           |                                      |
|                              | B – menos de 200 c | PRINCIPAL        | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.       |                           | SI                                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |               |              |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|---------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESARIO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESARIO) | CANTIDAD      |              |
|                      |                                  |               |                         | EMPLADOS      | UPC          |
|                      |                                  |               |                         | 36            | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         | TOTAL A PAGAR |              |
| 2023-11              | 2023-10                          | E             |                         | 72580460      | \$13.053.100 |

[illegible]



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE            |         |                         |                             |          |                   |                 |                     |                        |                       |  |
|------------------------------------------|---------|-------------------------|-----------------------------|----------|-------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-----------------------|--|
| Identificación                           | dv      | Razon Social            | Clase Aportante             |          | Seguros Principal | Direccion       | Ciudad-Departamento | Teléfono               | Exonerado SENA e ICBF |  |
| NIT 900111513                            | 8       | CONEXION TEMPORAL S.A.S | B - MENOS DE 200 COTIZANTES |          | PRINCIPAL         | CRA 19 9 19 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 246-5700               | SI                    |  |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION        |         |                         |                             |          |                   |                 |                     |                        |                       |  |
| Periodo                                  |         | Clave                   | Tipo                        |          | Fecha             |                 | Pago                |                        |                       |  |
| Pensión                                  | Salud   | Pago                    | Planilla                    | Planilla | Limite            | Pago            | Banco               | Dias Mora              | Valor                 |  |
| 2023-10                                  | 2023-11 | 257297861               | 9458663612                  | E        | 2023/11/03        | 2023/11/03      | BANCOLOMBIA         | 0                      | \$38,733,100          |  |
| RESUMEN DE PAGO                          |         |                         |                             |          |                   |                 |                     |                        |                       |  |
| RIESGO                                   |         | CODIGO                  | NIT                         | DV       | AFILIADOS         | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR         |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4)                 |         |                         |                             |          | 122               | \$22,810,400    | \$0                 | \$0                    | \$22,810,400          |  |
| COLFONDOS                                |         | 231001                  | 800,227,940                 | 6        | 16                | \$2,763,300     | \$0                 | \$0                    | \$2,763,300           |  |
| COLPENSIONES                             |         | 25-14                   | 900,336,004                 | 7        | 22                | \$4,699,900     | \$0                 | \$0                    | \$4,699,900           |  |
| PORVENIR                                 |         | 230301                  | 800,224,808                 | 8        | 53                | \$9,795,000     | \$0                 | \$0                    | \$9,795,000           |  |
| PROTECCION                               |         | 230201                  | 800,229,739                 | 0        | 31                | \$5,552,200     | \$0                 | \$0                    | \$5,552,200           |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)                 |         |                         |                             |          | 123               | \$4,333,400     | \$0                 | \$0                    | \$4,333,400           |  |
| ARL SURA                                 |         | 14-11                   | 890,903,790                 | 5        | 123               | \$4,333,400     | \$0                 | \$0                    | \$4,333,400           |  |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 3)                 |         |                         |                             |          | 123               | \$5,839,500     | \$0                 | \$0                    | \$5,839,500           |  |
| COLSUBSIDIO                              |         | CCF22                   | 860,007,336                 | 1        | 112               | \$5,409,400     | \$0                 | \$0                    | \$5,409,400           |  |
| COMFENALCO CARTAGENA                     |         | CCF08                   | 890,480,023                 | 7        | 2                 | \$62,700        | \$0                 | \$0                    | \$62,700              |  |
| COMFENALCO VALLE                         |         | CCF56                   | 890,303,093                 | 5        | 9                 | \$367,400       | \$0                 | \$0                    | \$367,400             |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 14)                |         |                         |                             |          | 123               | \$5,749,800     | \$0                 | \$0                    | \$5,749,800           |  |
| ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMENICA)      |         | EPS001                  | 830,113,831                 | 0        | 1                 | \$1,600         | \$0                 | \$0                    | \$1,600               |  |
| CAJACAPI                                 |         | CCFC55                  | 901,543,211                 | 6        | 1                 | \$46,400        | \$0                 | \$0                    | \$46,400              |  |
| CAPITAL SALUD                            |         | EPSC34                  | 900,298,372                 | 9        | 1                 | \$46,400        | \$0                 | \$0                    | \$46,400              |  |
| COMFENALCO VALLE                         |         | EPS012                  | 890,303,093                 | 5        | 3                 | \$103,700       | \$0                 | \$0                    | \$103,700             |  |
| COMPENSAR                                |         | EPS008                  | 860,066,942                 | 7        | 20                | \$1,127,700     | \$0                 | \$0                    | \$1,127,700           |  |
| COOSALUD EPS                             |         | EPS042                  | 900,226,715                 | 3        | 1                 | \$46,400        | \$0                 | \$0                    | \$46,400              |  |
| COOSALUD MOVILIDAD                       |         | ESSC24                  | 900,226,715                 | 3        | 2                 | \$92,800        | \$0                 | \$0                    | \$92,800              |  |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD)                 |         | EPS010                  | 800,088,702                 | 2        | 7                 | \$291,600       | \$0                 | \$0                    | \$291,600             |  |
| FAMISANAR                                |         | EPS017                  | 830,003,564                 | 7        | 36                | \$1,745,100     | \$0                 | \$0                    | \$1,745,100           |  |
| NUEVA E.P.S.                             |         | EPS037                  | 900,156,264                 | 2        | 15                | \$642,900       | \$0                 | \$0                    | \$642,900             |  |
| NUEVA EPS MOVILIDAD                      |         | EPS041                  | 900,156,264                 | 2        | 2                 | \$92,800        | \$0                 | \$0                    | \$92,800              |  |
| S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. |         | EPS018                  | 805,001,157                 | 2        | 2                 | \$92,800        | \$0                 | \$0                    | \$92,800              |  |
| SALUD TOTAL                              |         | EPS002                  | 800,130,907                 | 4        | 14                | \$669,600       | \$0                 | \$0                    | \$669,600             |  |
| SANTAS                                   |         | EPS005                  | 800,251,440                 | 6        | 18                | \$750,000       | \$0                 | \$0                    | \$750,000             |  |
| TOTAL                                    |         |                         |                             |          | 123               | \$38,733,100    | \$0                 | \$0                    | \$38,733,100          |  |



2023/11/03 02:48 PM



Página 2 de 5

2023/11/03 02:48 PM



[illegible]



[illegible]



**UNIÓN TEMPORAL FACOCREAR 2023**

NIT: 901674754-5

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas -IVA

Persona Jurídica

CL 67 19 38, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3188067222

Email: gerencia@creare.co

Autorización factura electrónica de venta No. 18764057657734 válida desde 2023-10-09 hasta 2024-10-09 rango desde FE1 hasta FE100.

**Cliente:** AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL AMAZONIA  
**NIT :** 800117190  
**Dirección:** Calle 14 Sur # 11 - 295 URB EL PROGRESO, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia  
**Teléfono:** 3174423884  
**Email:** joavilab793@gmail.com

**Tipo de negociación:** Crédito  
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria  
**Fecha de Pago:** 10/12/2023  
**Total de Líneas:** 2

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** FE4  
**MONEDA:** COP Colombia, Pesos  
**HORA EMISIÓN:** 18:06:53  
**FECHA FIRMADO:** 10/11/2023 18:06:55

**FECHA DE EMISIÓN****FECHA DE VENCIMIENTO**

| DÍA | MES | AÑO  | DÍA | MES | AÑO  |
|-----|-----|------|-----|-----|------|
| 10  | 11  | 2023 | 10  | 12  | 2023 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN           | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U.   | IVA   | DCTO. | TOTAL          |
|---|--------|-----------------------|-----------|----------|-------------|-------|-------|----------------|
| 1 | 9      | CAT6-008 Blusa tipo 1 | 94        | 13,00    | \$80.936,90 | 19,00 | 0,00  | \$1.052.179,70 |
| 2 | 10     | CAT6-014 Logo bordado | 94        | 13,00    | \$6.607,22  | 19,00 | 0,00  | \$85.893,86    |

**Notas:**  
\$#15-20-00-002;OC116128;lady.huaca@agencialogistica.gov.co\$#

**SON:** (Un millón trescientos cincuenta y cuatro mil trescientos siete pesos cincuenta y tres centavos)  
**CUFE:** c866072cf06792e81139fbd140d16f33438c333500a31e5e2dec359abf7cd42fbc96299cdc84b13619e8e1241008c14

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| <b>Subtotal:</b>  | \$1.138.073,56 |
| <b>Cargos:</b>    | \$0.00         |
| <b>Descuento:</b> | \$0.00         |
| <b>IVA:</b>       | \$216.233,97   |
| <b>Total:</b>     | \$1.354.307,53 |

| IMPUESTO         | BASE           | TARIFA | IMPORTE      |
|------------------|----------------|--------|--------------|
| <b>IMPUESTOS</b> |                |        |              |
| 01 IVA           | \$1.138.073,56 | 19,00% | \$216.233,97 |

**Firma Digital:** VPDvZbKvgKEq7xo0FJ3rSeEGyqWLiK3QhWvRI4LEprSb8kv9eBIAJXD6w 1ts\*ITJHS512E96TMIRGq9o5aU\*1wg6NqKdBTewdbQSf1SlYo  
IUtzF90lrVqdF 7YEDrY14YIUTQdFZRMq00szUFO2aCnRsaS3RHqQJR8YvZm83CsPr05aZKFA8 enRRWKB\*xPf+Hk91KAxjatlFOExbXeaQGi8  
zxbNQHVSVJvX13XWvWw3VpXpK a5loNhgjvSL113xZIGCZ0EnISOTgVYJAwKug9kfmZMWc8DdsZjypoJRDdoVDE YZn7\*9KQuEWHgIv9f6S  
Ew==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**



Software: e-Factura Proveedor tecnológico: **cadena**. Nit. 890.930.534-0



2P. 49723





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES  
ENTRADA MERCANCÍAS



|                  |              |                         |                        |
|------------------|--------------|-------------------------|------------------------|
| Información      |              | Doc Num: 5000650163     |                        |
| Fecha Documento  | 29.11.2023   | Fecha Contabilización   | 29.11.2023             |
| Sociedad No.     | 002          | Nombre Sociedad         | Regional Amazonia      |
| Centro           | M001         | Proveedor No.           | General Reg Amazonia   |
| Nombre Proveedor | 80005561     | Orden de Compra         | UT FACOCREAR 2023      |
| Grupo de Compras | 4200109394   | No. Contrato            | 004 Comedor de Tropa   |
| Clase Movimiento | 006-989-2023 | Nro. Factura Proveedor: | 101 EM Entr.mercancías |
|                  |              |                         | FE4                    |

| Pos. | Almacén | Denominación     | Material  | Descripción                   | Cantidad | Unidad | Vlr. Unit.  | Vlr. Total |
|------|---------|------------------|-----------|-------------------------------|----------|--------|-------------|------------|
| 0001 | AG01    | Alm Gral Amazoni | 400003851 | BLUSA FORMAL MANGA LARGA DAMA | 13       | UND    | 96.314.9231 | 1.252.094  |
| 0002 | AG01    | Alm Gral Amazoni | 400003970 | LOGO CORPORATIVO BORDADO      | 13       | UND    | 7.862.6154  | 102.214    |
|      |         |                  |           | TOTAL                         |          |        |             | 1.354.308  |

P. 4200109394  
P.P. 49723

Emisor : MCRDRIGUEZ Firma : Constanza  
Recibe : Firma : \_\_\_\_\_