CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

ARTICULO 50 LEY 789/2002

PATRICIA ISABEL TORRES ROMERO, identificada con cedula de ciudadanía no. 22.578.102 expedida en el Municipio de Puerto Colombia, en mi calidad de Representante Legal, de la empresa **UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA** con NIT 800.098.895-8, certifico bajo la gravedad del juramento que la empresa a la que represento, ha cumplido durante los últimos seis (6) meses con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgo profesionales y con los aportes parafiscales correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las Empresas Promotoras de Salud –EPS, Fondo de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA.

Se expide la presente certificación a los 09 días del mes de Diciembre de 2021.

Atentamente,



PATRICIA ISABEL TORRES ROMERO
Representante Legal

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA.

UMPRE

NIT: 800.098.895-8

Cra 59 No. 70 - 120
Tels: 3602870- 3048819
E-mail: facturacionyglosas@umpreltda.org
Barranquilla - Colombia

FACTURA DE VENTA No. 9514

Aut. Num. de Facturación 18762014064945 de 2019/04/16
Habilitada desde No. 8055 al No. 10000
No Somos Responsables del IVA

FECHA: 09 07 2020

SEÑORES: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE — NIT. o C.C.: 899.999.034-1

DIRECCIÓN: CRA. 43 #42-40 — TEL: 3510799

DESCRIPCIÓN	VALOR
POR CONCEPTO DE SERVICIOS PRESTADOS SEGÚN ANEXO	
LA SUMA DE.....	**$ 2.020.000**
TOTAL.....	**$ 2.020.000**

SON: **DOS MILLONES VEINTE MIL PESOS M.L.**

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO

FIRMA Y SELLO

ABIMPRESORES LIDER NIT.: 8685711-7 *Cel.: 3126022333

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjpgomez	JHANERYS PAOLA GOMEZ BAYONA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-008-	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION
Fecha y Hora Sistema:	2021-01-28-3:54 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 13620 de fecha 2020-03-11. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Numero:	26620	**Fecha Registro:**	2021-01-18	**Unidad / Subunidad ejecutora:**		36-02-00-008-000000 SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Reservas presupuestales	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	39.328.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	39.328.000,00	**Saldo x Obligar:**	39.328.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	800098895	**Razon Social:**	UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	804002012	**Banco:**	BANCO DE OCCIDENTE	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	22588620	**Nombre:**	JACQUELINE ROJAS SOLANO	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL - ATLANTICO

CAJA MENOR				VIATICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificacion:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de comisión:**		**Numero:**	CO1.PCCNTR.1502792-2020	**Tipo:**	ACEPTACION DE OFERTAS	**Fecha:**	2020-04-16

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSORECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-14-0-3603025-03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES -	Nación	10	CSF		39.328.000,00	0,00		
					Total:	39.328.000,00	0,00	39.328.000,00	39.328.000,00

Objeto:	Contratar la prestación de servicios de salud para la atención especializada en REHABILITACIÒN INTEGRAL, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial que sean remitidos por los médicos asesores de la entidad, durante la

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-008-000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2021-12-01	2.092.000,00	2.092.000,00	NINGUNO
36-02-00-008-000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2021-12-01	2.951.000,00	2.951.000,00	NINGUNO
36-02-00-008-000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2021-12-01	2.220.000,00	2.220.000,00	NINGUNO
36-02-00-008-000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2021-12-01	1.660.000,00	1.660.000,00	NINGUNO
36-02-00-008-000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2021-12-01	405.000,00	405.000,00	NINGUNO
36-02-00-008-000000	SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2021-12-01	30.000.000,00	30.000.000,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18762014064945

(415)7707212489984(8020) **001876201406494 5**

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 0 0 0 9 8 8 9 5	8				

11. Razón social
UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA

12. Dirección seccional
Impuestos de Barranquilla

Cód. 2

24. Dirección
CR 59 70 120

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Atlántico	Barranquilla

La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684-2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 00055 de 14/07/2016, por la cual se adopta los sistemas técnicos de control de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal, o apoderado debidamente acreditado. Determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente, por una vigencia de 18 meses, contados a partir de la fecha formalización de éste documento y descritos en la hoja 2 y subsiguientes. En los casos, en que se agote la numeración antes de culminar la vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo al trámite establecido.

Si el obligado a facturar, no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación, podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de estos rangos.

AUTORIZADO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firmado
2019-04-16 / 05:01:52 PM
Fecha Acuse de Recibo
Digitalmente

Firma del funcionario autorizado

1001. Apellidos y nombres TORRES ROMERO PATRICIA ISABEL
1002. Tipo doc. Cédula 1003. No. Identif. 22578102 1004. DV 4
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia Subdirección de Gestión de Fiscalización Tributaria
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

997. Fecha formalización 2019-04-16 17:01:52

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18762014064945

(415)7707212489984(8020) **001876201406494 5**

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 0 0 0 9 8 8 9 5	8				

11. Razón social

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud	Cód.
1	UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA CR 59 70 120	PAPEL	1		8055	10000	HABILITACIÓN	2
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

AUTORIZADO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14683473321

(415)7707212489984(8020) 000001468347332 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona jurídica 1			

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

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

35. Razón social:
UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
	UMPRE LTDA

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CR 59 70 120

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
umpreltda@gmail.com		3 6 0 2 8 7 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 5 0 2 1 0	8 6 2 1	1 9 9 0 0 5 2 2				1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 2 0 0 2 1 3

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TORRES ROMERO PATRICIA ISABEL
985. Cargo: Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Banco de Occidente

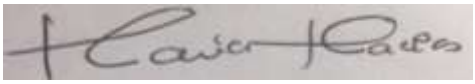
CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que la empresa **UNID DE MEDICINA PREV Y RES LT - UMPRE LTDA** identificado con NIT. **800098895-8** es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día 13 de febrero de 1997 con la cuenta corriente **804002012**, la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de **UNID DE MEDICINA PREV Y RES LT - UMPRE LTDA** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy 24 de Julio de 2020 dirigida a:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"



MARIA MACIAS MANCHEGO
Asesora de Soporte Comercial
Oficina Calle 76.

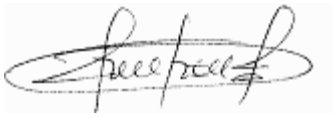
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

ARTICULO 50 LEY 789/2002

PATRICIA ISABEL TORRES ROMERO, identificada con cedula de ciudadanía no. 22.578.102 expedida en el Municipio de Puerto Colombia, en mi calidad de Representante Legal, de la empresa **UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA** con NIT 800.098.895-8, certifico bajo la gravedad del juramento que la empresa a la que represento, ha cumplido durante los últimos seis (6) meses con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgo profesionales y con los aportes parafiscales correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las Empresas Promotoras de Salud –EPS, Fondo de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA.

Se expide la presente certificación a los 16 días del mes de Julio de 2020.

Atentamente,



PATRICIA ISABEL TORRES ROMERO
Representante Legal

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 800098895	8	UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA	B	0	COLMENA - 14-25	ÚNICA	8621	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
8-1	CRA 59 No 70 120	3854076	contabilidad@umpreltda.org	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-07	2020-08	18596070	E	2020-08-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.126.100	0	BANCO DE OCCIDENTE

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
15	18596070	2020-08-26	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 8696312	CARRILLO SUAREZ WILSON EDUARDO	877.803	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	877.803	140.500	0	0	EPS-S AMBUQ-ESSC76	877.803	35.200	COMBARRANQUILLA-CCF06	877.803	35.200	877.803	21.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	232.300	S
2	CC 22417321	PEDRAZA MARIMON MYRIAM DE JESUS	4.450.000	F																0			0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	FAMISANAR-EPS017	4.450.000	178.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	4.450.000	178.000	4.450.000	23.300	0,00522	0	0	0	0	0	01	3	379.300	S
3	CC 22578102	TORRES ROMERO PATRICIA ISABEL	4.750.000	F																0			0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	FAMISANAR-EPS017	4.750.000	190.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	4.750.000	190.000	4.750.000	24.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	5	404.800	S
4	CC 32821773	ECHEVERRI GARCIA ANGELA MARIA	1.200.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.200.000	192.000	0	0	EPS SURA-EPS010	1.200.000	48.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	1.200.000	48.000	1.200.000	6.300	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	294.300	S
5	CC 55303287	CANTILLO QUINTERO KARINA MILDRED	1.000.000	F																1			1	1	1	1	PORVENIR-230301	33.334	5.400	0	0	SANITAS-EPS005	33.334	1.400	COMBARRANQUILLA-CCF06	33.334	0	33.334	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	6.800	S
6	CC 55303287	CANTILLO QUINTERO KARINA MILDRED	1.000.000	F																13			13	13	13	13	PORVENIR-230301	433.334	69.400	0	0	SANITAS-EPS005	433.334	17.400	COMBARRANQUILLA-CCF06	433.334	0	433.334	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	86.800	S
7	CC 55303287	CANTILLO QUINTERO KARINA MILDRED	1.000.000	F																9			9	9	9	9	PORVENIR-230301	300.000	48.000	0	0	SANITAS-EPS005	300.000	12.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	300.000	0	300.000	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	60.000	S
8	CC 55303287	CANTILLO QUINTERO KARINA MILDRED	1.000.000	F																0			7	7	7	7	PORVENIR-230301	233.334	37.400	0	0	SANITAS-EPS005	233.334	9.400	COMBARRANQUILLA-CCF06	233.334	9.400	233.334	5.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	61.900	S
9	CC 64696433	MORELO VERGARA IRINA PATRICIA	1.000.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.000.000	160.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.000.000	40.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	1.000.000	40.000	1.000.000	24.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	264.400	S
10	CC 1017144121	GUTIERREZ OBANDO DIANA LICTH	900.000	F	X	X														0			1	1	1	1	PORVENIR-230301	30.000	7.800	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	30.000	1.200	COMBARRANQUILLA-CCF06	30.000	1.200	30.000	800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	11.000	S

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
11	CC 1043021671	PELAEZ AHUMADA NATALIA	1.000.000	F		X														0			1	1	1	1	PORVENIR-230301	33.334	5.400	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	33.334	1.400	COMBARRANQUILLA-CCF06	33.334	1.400	33.334	900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	9.100	S
12	CC 1045680991	JULIO BROCHERO SANDRA MARCELA	1.000.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.000.000	160.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.000.000	40.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	1.000.000	40.000	1.000.000	24.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	264.400	S
13	CC 1045729581	MARTINEZ ALEE DANIELA PATRICIA	1.000.000	F		X														0			2	2	2	2	PORVENIR-230301	66.667	10.700	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	66.667	2.700	COMBARRANQUILLA-CCF06	66.667	2.700	66.667	1.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	17.800	S
14	CC 1079914001	DE AVILA POLO YEISI PATRICIA	1.000.000	F																6			6	6	6	6	PORVENIR-230301	200.000	32.000	0	0	SANITAS-EPS005	200.000	8.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	200.000	0	200.000	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	40.000	S
15	CC 1079914001	DE AVILA POLO YEISI PATRICIA	1.000.000	F																0			9	9	9	9	PORVENIR-230301	300.000	48.000	0	0	SANITAS-EPS005	300.000	12.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	300.000	12.000	300.000	1.600	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	73.600	S
16	CC 1079914001	DE AVILA POLO YEISI PATRICIA	1.000.000	F																15			15	15	15	15	PORVENIR-230301	500.000	80.000	0	0	SANITAS-EPS005	500.000	20.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	500.000	0	500.000	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	100.000	S
17	CC 1082400070	ARIZA GUTIERREZ KEISI MARIA	900.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	900.000	144.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	900.000	36.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	900.000	36.000	900.000	22.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	238.000	S
18	CC 1140849643	LEDESMA PIÑA WENDY YURANIS	1.000.000	F											X					0			15	15	15	15	PORVENIR-230301	500.000	80.000	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	500.000	20.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	0	0	500.000	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	100.000	S
19	CC 1140849643	LEDESMA PIÑA WENDY YURANIS	1.000.000	F											X					0			3	3	3	3	PORVENIR-230301	100.000	16.000	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	100.000	4.000	COMBARRANQUILLA-CCF06	0	0	100.000	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	20.000	S
20	CC 1140849643	LEDESMA PIÑA WENDY YURANIS	1.000.000	F																0			11	11	11	11	PORVENIR-230301	366.667	58.700	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	366.667	14.700	COMBARRANQUILLA-CCF06	366.667	14.700	366.667	9.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	97.100	S
21	CC 1140849643	LEDESMA PIÑA WENDY YURANIS	1.000.000	F											X					0			1	1	1	1	PORVENIR-230301	33.334	5.400	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	33.334	1.400	COMBARRANQUILLA-CCF06	0	0	33.334	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	6.800	S
22	CC 1143163429	MARQUEZ ROMERO FABIAN ALBERTO	877.803	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	877.803	140.500	0	0	FAMISANAR-EPS017	877.803	35.200	COMBARRANQUILLA-CCF06	877.803	35.200	877.803	4.600	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	215.500	S
23	CC 1143442729	BOLAÑOS MANTILLA BRIANY YINETH	900.000	F	X															0			13	13	13	13	PROTECCION-230201	390.000	101.400	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	390.000	15.600	COMBARRANQUILLA-CCF06	390.000	15.600	390.000	9.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	142.200	S

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 800098895	8	UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA	B	0	COLMENA - 14-25	ÚNICA	8621	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
8-1	CRA 59 No 70 120		3854076		contabilidad@umpreltda.org			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2020-07	2020-08	18596070	E	2020-08-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.126.100	0	BANCO DE OCCIDENTE
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
15	18596070	2020-08-26	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
9.375.610	18.575.610	18.575.610	17.942.276	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				13	1.542.600	0	0	0	1.542.600
PROTECCION	230201	800229739	0	1	101.400	0	0	0	101.400
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	140.500	0	0	0	140.500
PORVENIR	230301	800224808	8	10	1.160.200	0	0	0	1.160.200
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	140.500	0	0	0	140.500
EPS(Administradoras: 6)				15	743.600	0	0	0	743.600
EPS-S AMBUQ	ESSC76	818000140	0	1	35.200	0	0	0	35.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	3	120.200	0	0	0	120.200
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	5	81.300	0	0	0	81.300
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	3	403.200	0	0	0	403.200
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	48.000	0	0	0	48.000
EPS-S MUTUAL - MOV	ESSC07	806008394	7	2	55.700	0	0	0	55.700
ARP(Administradoras: 1)				15	180.500	0	0	0	180.500
Gran Total					2.286.200	0	0	0	2.286.200

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
COLMENA	14-25	800226175	3	15	180.500	0	0	0	180.500
CCF(Administradoras: 1)				15	659.400	0	0	0	659.400
COMBARRANQUILLA	CCF06	890102002	2	15	659.400	0	0	0	659.400
Gran Total					3.126.100	0	0	0	3.126.100

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

UMPRE LTDA

ANEXO DE FACTURA No. 9514

Nº	ORDEN	USUARIOS	TI	# DOC	PROCEDIMIENTO	Vr. Unt	Cant	Vr total
1		OLGA LONDOÑO	CC	22.343.009	PRUEBA COVID	1.600.000	1	1.600.000
2		STEFEE DALLANA PEDROZO PADILLA	TI	1.043.451.491	PRUEBA COVID	140.000	1	140.000
3		ANHELO STIVEN ZAPATA PADILLA	TI	1.193.578.797	PRUEBA COVID	140.000	1	140.000
4		MARIN ISABEL PADILLA VEGA	CC	32.763.950	PRUEBA COVID	140.000	1	140.000
		TOTAL					**4**	**2.020.000**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764021658816

(415)7707212489984(8020) **001876402165881 6**

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 0 0 0 9 8 8 9 5	8				

11. Razón social
UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA

12. Dirección seccional
Impuestos de Barranquilla — Cód. 2

24. Dirección
CR 59 70 120

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Atlántico	Barranquilla

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

AUTORIZADO

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

DIAN
2021-11-23 / 03:57:17 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

Firma del funcionario autorizado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres TORRES ROMERO PATRICIA ISABEL
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 22578102 1004. DV 4
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA

997. Fecha formalización 2021-11-23 15:57:17

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764021658816

(415)7707212489984(8020) **001876402165881 6**

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 0 0 0 9 8 8 9 5	8				

11. Razón social

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA CR 59 70 120	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	U1	2,001	6,000	12	AUTORIZACIÓN	1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14270397671

(415)7707212489984(8020) 000001427039767 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona juridica 1			

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

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

35. Razón social:
UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA

36. Nombre comercial:

37. Sigla:
UMPRE LTDA

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CR 59 70 120

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
umpreltda@gmail.com		3 6 0 2 8 7 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	1 9 9 0 0 5 2 2	8 6 9 2	2 0 0 5 0 2 1 0				1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
5	7	8	9	1	1	1	4	3	5								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
07- Retención en la fuente a título de renta
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto sobre las ve
11- Ventas régimen común
14- Informante de exogena
35- Impuesto sobre la renta para la equidad - CREE.

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 4 0 1 0 7

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 19-05-2014 07:35:35AM

Reporte Relación de Pagos

Usuario Solicitante: MHjpgomez JHANERYS PAOLA GOMEZ BAYONA

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-008- SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION

Fecha y Hora Sistema: 2021-12-15-11:25 a. m.

RELACION DE PAGOS							
Unidad / Sub-Unidad:	36-02-00-008-000000 SENA REGIONAL ATLANTICO-DIRECCION REGIONAL	**Número de Compromiso:**	26620	**Valor Total:**	90.000.000,00	**Saldo por pagar:**	17.664.000,00
Tipo Doc. Identidad:	NIT	**Número Doc. Identidad:**	800098895	**Tercero:**		UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA	
DOCUMENTO SOPORTE							
Tipo:	ACEPTACION DE OFERTAS	**Número:**	CO1.PCCNTR.1502792-2020	**Fecha:**	16/04/2020 0:00:00		
OBJETO							
Objeto:	Contratar la prestación de servicios de salud para la atención especializada en REHABILITACIÒN INTEGRAL, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial que sean remitidos por los médicos asesores de la entidad, durante la vigencia 2020.						

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL AREA DE TESORERIA CERTIFICA QUE AL CONTRATISTA ANTERIORMENTE MENCIONADO SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES PAGOS:

CUENTA POR PAGAR				NUM OBLIGACION	ANTICIPOS	ORDEN DE PAGO					MEDIO DE PAGO		REINTEGRO		DOCUMENTO SOPORTE		ENTIDAD PAGADORA	CONCEPTO DE PAGO
FECHA	NUMERO	VALOR	IVA		CONCEDIDO/ AMORTIZADO	NUMERO	FECHA DE PAGO	VALOR BRUTO	VALOR DEDUCCIONE	VALOR NETO	CTA/CHEQUE	BANCO	NUMERO	VALOR	TIPO	NUMERO	CODIGO	
2020-06-24	55420	20.710.000,00	0,00	91220		162945720	2020-06-26	20.710.000,00	559.170,00	20.150.830,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	9432- 9433 Y OTRAS	13-01-01-DT	PAGO DE SERVICIOS MEDICOS A BENEFICIARIOS DEL SMA POR CONCEPTO DE
2020-08-12	67920	2.020.000,00	0,00	113520		219047920	2020-08-19	2.020.000,00	54.540,00	1.965.460,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	9514	13-01-01-DT	Pago de servicios medicos a beneficiarios del SMA por concepto de rehabilitacion integral NIS 2020-02-
2020-10-05	86220	8.885.000,00	0,00	151420		275785120	2020-10-07	8.885.000,00	239.895,00	8.645.105,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	U1- 1; U1- 2 Y OTRAS	13-01-01-DT	PAGO DE SERVICIOS MEDICOS A BENEFICIARIOS DEL SMA POR CONCEPTO DE
2020-11-10	96920	1.548.000,00	0,00	171820		317134820	2020-11-12	1.548.000,00	41.796,00	1.506.204,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	215- 267- 268	13-01-01-DT	PAGO DE SERVICIOS MEDICOS A BENEFICIARIOS DEL SMA POR CONCEPTO DE
2020-11-24	105520	1.840.000,00	0,00	189820		337709420	2020-11-26	1.840.000,00	49.680,00	1.790.320,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	334- 352	13-01-01-DT	PAGO DE SERVICIOS MEDICOS A BENEFICIARIOS DEL SMA POR CONCEPTO DE
2020-12-01	112620	4.549.000,00	0,00	194520		347414820	2020-12-03	4.549.000,00	122.823,00	4.426.177,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	335- 353	13-01-01-DT	PAGO DE SERVICIOS MEDICOS A BENEFICIARIOS DEL SMA POR CONCEPTO DE
2020-12-05	118920	5.280.000,00	0,00	199120		353566620	2020-12-10	5.280.000,00	142.560,00	5.137.440,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	475 476	13-01-01-DT	
2020-12-15	129320	5.840.000,00	0,00	206120		363483120	2020-12-17	5.840.000,00	157.680,00	5.682.320,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	474- 456	13-01-01-DT	pago de servicio medicos a beneficiarios del SMA por concepto de servicio integral de Rehabilitacion-NIS-
2021-03-02	16321	14.159.000,00	0,00	30121		71801921	2021-04-07	14.159.000,00	382.293,00	13.776.707,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	676- 695 Y OTRAS	13-01-01-DT	PAGO DE SERVICIOS MEDICOS A BENEFICIARIOS DEL SMA POR CONCEPTO DE
2021-06-04	48121	2.442.000,00	0,00	87021		150304821	2021-06-29	2.442.000,00	65.934,00	2.376.066,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	1074-1075	13-01-01-DT	Pago servicios medicos contratados especializados en rehabilitacion integral para los benefiaciarios del
2021-08-04	80421	5.063.000,00	0,00	128821		260959621	2021-10-06	5.063.000,00	136.701,00	4.926.299,00	804002012	BANCO DE OCCIDENTE			FACTURA	1338-1340	13-01-01-DT	Pago unidad medica preventiva,servicios de salud para la atencion especializada en Rehabilitacion

CONCEDIDO: Ordenes de pago en estado pagadas, con atributo linea de pago, o atributo contable diferente a NINGUNO.

AMORTIZADO: Con valor negativo, los valores de legalizaciones con cargo a la ODP pagadas con los atributos anteriormente menciondas

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFORME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No.2 de 19 de Agosto de 2020	
DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:	JACQUELINE ROJAS SOLANO
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	LUIS FERNANDO RODRIGUEZ ALVAREZ
APOYO A LA SUPERVISIÓN:	N/A
CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.1502792
TIPO DE CONTRATO:	Prestación de servicios
OBJETO:	Contratar la prestación de servicios de salud para la atención especializada en REHABILITACIÒN INTEGRAL, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial que sean remitidos por los médicos asesores de la entidad, durante la vigencia 2020.
CONTRATISTA:	UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA
NIT:	800098895-8
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Barranquilla, Atlántico
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	16/04/2020
FECHA DE INICIO:	20/04/2020
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	Hasta el 31 de diciembre de 2020 o hasta agotar presupuesto, lo que ocurra primero.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 60.000.000 SESENTA MILLONES DE PESOS MCTE
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO:	$90.000.000 NOVENTA MILLONES DE PESOS MCTE
PRÓRROGA No1:	Se prorrogó por tres (03) meses, es decir, hasta el 31 de marzo de 2021.
PRÓRROGA No2:	Se prorrogó por tres (03) meses, es decir, hasta el 30 de junio de 2021.
PRÓRROGA No3:	Se prorrogo por (03) meses, es decir, hasta el 30 de septiembre de 2021.
ADICION:	$30.000.0000 TREINTA MILLONES DE PESOS MCTE
SUSPENSIÓN:	N/A
FORMA DE PAGO:	El SENA pagará por eventos de atención consolidados mes a mes, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la presentación de las facturas.

OBLIGACIONES	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTO**
1. Dejar constancia por escrito con fecha exacta de cada atención que se haya prestado al beneficiario.	Emiten ordenes de cada servicio prestado.	Aportó los soportes de cada servicio.

2.Elaborar mensualmente las facturas y presentarlas los 5 primeros días hábiles de cada mes, las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas.	Elaboran facturas y las informan oportunamente	Presentó las facturas del mes.
3. Presentar y mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio del servicio prestado	Se encuentran vigente para la ejecución normal del contrato.	Anexó los documentos vigentes.
4. Rendir informes solicitados por el Coordinador del Grupo de Servicio Médico Asistencial.	Responden por lo requerido.	Emiten informes.
5. Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo.	Cumplen la prestación servicio.	N/A
6.Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la profesión médica.	Servicio dentro de los parámetros.	Reciben el servicio con satisfacción.
7. Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad.	No se presentaron inconvenientes.	N/A.
8. Todo servicio debe ser autorizado por medico Asesor y es de obligatoria aceptación para los beneficiarios.	Brindan el servicio autorizado.	Servicios Autorizados.
9.Ejecutar el objeto contractual en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad de conformidad a los parámetros establecidos en el SENA.	Prestan el servicio dentro de los parámetros	Pacientes reciben con satisfacción.
10. Ejecutar el objeto del presente contrato en los plazos establecidos, bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras estipuladas en las cláusulas correspondientes y de acuerdo con su oferta y la invitación pública los cuales hacen parte vinculante del contrato.	Prestan el servicio oportuno y sin interrupción.	Emiten ordenes de servicios
11. Entregar al SENA o permitir al auditor verificar información sobre los indicadores de calidad reportados, según la normatividad vigente y las	Permiten la verificación de indicadores.	Entregaron información.

resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.		
12. Avisar al SENA dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al conocimiento del hecho o circunstancias que puedan incidir en la no oportuna o debida ejecución del contrato o que puedan poner en peligro los intereses legítimos del SENA.	No se presentaron inconvenientes que impidieran la correcta ejecución del contrato.	N/A.
13. Avisar al SENA, dentro del día hábil siguiente al conocimiento de existencia de causal de incompatibilidad o inhabilidad sobreviniente.	No se presentaron inconvenientes	N/A.
14. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, articulo 3 de la ley 797 de 2003, inciso 1 del artículo 23 del decreto 1703 de 2002 y demás normas que lo adicionen o modifiquen EL CONTRATISTA deberá efectuar el pago oportuno de sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscalidad y cuota de aprendices si lo amerita y acreditar encontrarse a paz y salvo como requisito previo para cada pago que se le vaya a efectuar.	Cumple con las obligaciones legales al SSSIP.	Anexó certificado de pago del mes.
15. Permitir al SENA el acceso a la Historia Clínica, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención del paciente y facilitar de ser necesarios, la verificación y revisión de los servicios prestados, eventualmente el acceso al paciente para evaluar la calidad del servicio, según lo preceptuado en la Resolución No 1995 del año de 1999 del Ministerio de Salud y 839 del 2017 del ministerio de Salud y Protección Integral demás normas que la modifiquen.	Responden por lo requerido.	Emiten informes.
16. Asumir bajo su absoluta responsabilidad laboral, la totalidad de la carga salarial y prestacional de acuerdo con las normas legales vigentes del personal que se requiera	Cumple con las obligaciones legales al SSSIP.	Anexó certificado de pago del mes.

para el suministro del objeto a contratar.		
17. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente al SENA a través del Supervisor acerca de la ocurrencia de tales peticiones o amenazas y a las demás autoridades competentes para que se adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios.	No se presentaron inconvenientes que impidieran la correcta ejecución del contrato.	N/A.
18. Cumplir todas las condiciones exigidas por la Dirección Territorial de Salud del Distrito de Barranquilla, para la prestación de servicios ofertados en el objeto de los estudios previos de acuerdo con el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1441 de 2013, y 2003 de 2014 para lo cual el oferente deberá anexar la certificación expedida por la Dirección Territorial de Salud.	Se encuentra habilitado para la ejecución normal del contrato.	Anexó la habilitación vigente.
19. Ejecutar el servicio de acuerdo con las normas técnicas y de calidad que se exigen para el mismo.	Brindan el servicio dentro de las normas.	Normal ejecución.
20. Dar cumplimiento a las obligaciones del Sistema de Seguridad Social (salud, Pensión, y riesgos laborales).	Cumple con las obligaciones legales al SSSIP	Anexó certificado de pago del mes.

Fecha	**No. de Factura**	**Valor a Cancelar**	**Valor Ejecutado**	**Saldo del Contrato**	**Porcentaje Ejecucion Financiera**	**Porcentaje Ejecucion Fisica**	
						No. dias ejecutados	**%**
9/07/2020	9515	$ 2.020.000,00	$ 22.730.000,00	$ 67.270.000,00	25%	N/A	

OBSERVACIONES

La empresa UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA a la fecha de elaboración del presente informe de supervisión ha venido cumpliendo a cabalidad

con todas las obligaciones contractuales pactadas, así mismo, se certifica que durante la ejecución del contrato no se han presentado multas ni sanciones por incumplimiento.

Elaboró Meliza Barrios Marquez – Auxiliar Administrativo SMA.

Revisó Luis Fernando Rodriguez Alvarez – Coordinador Servicio Médico Asistencial.

UMPRE

FECHA: 30/Junio 2020.

NOMBRE Y APELLIDOS : Stefee Abellana Pedroza Padilla.

TIPO DE DOCUMENTO: T.I. DOCUMENTO IDENTIDAD.: 1043451491.

FECHA NACIMIENTO: 30/07/2009. EDAD: 10 SEXO: F. X M..... NACIONALIDAD: Colombia.

DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 26 #26-19. DEPARTAMENTO: Atl. MUNICIPIO: B/lla BARRIO Carlos Manuel.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA X. RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: ..... TEL. DE CONTACTO 3002201529.

OCUPACIÓN:.....

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea	X	2.
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.		X	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		X	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		X.

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de RED MEDICA ESPECIALIZADA para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. : Yudis Padilla Vega (Madre).

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. Diana L. Gutierrez O.

RESULTADO DE LA PRUEBA Negativo

Sat. 98% Pulso 94x'.

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

UMPRE

FECHA: 30 Junio /2020.

NOMBRE Y APELLIDOS : Anhelo Stiven Zapata Podilla.

TIPO DE DOCUMENTO: TI DOCUMENTO IDENTIDAD.: 1193578797.

FECHA NACIMIENTO: 27/10/2003 EDAD: 16 SEXO: F..... M X NACIONALIDAD: Colombia.

DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 26 #46-19. DEPARTAMENTO: Atl MUNICIPIO: B/lla BARRIO: Carlos Maizel.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA X RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: ..... TEL. DE CONTACTO 3023100805.

OCUPACIÓN:.....

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.			Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		X	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		X

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de RED MEDICA ESPECIALIZADA para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. : Marlis Podilla Vega (madre)

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. Diana L. Gutierrez.

RESULTADO DE LA PRUEBA Negativo

Sat. 98% Pulso 94 x'

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

UMPRE

FECHA: 30/Junio/2020.

NOMBRE Y APELLIDOS : Maria Isabel Padilla Vega.

TIPO DE DOCUMENTO: CC. DOCUMENTO IDENTIDAD.: 32763950.

FECHA NACIMIENTO: 4/12/1973 EDAD: 43 SEXO: F X M..... NACIONALIDAD: Colombia.

DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 26 #76-19. DEPARTAMENTO: Atl. MUNICIPIO: Bllq. BARRIO: Carlos Manel.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA X RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: ..... TEL. DE CONTACTO 3002201529.

OCUPACIÓN:.....

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza	X	2
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.			Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		X	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		X.

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de RED MEDICA ESPECIALIZADA para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. : Maria Padilla Vega

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. Diana L Gutierrez O.

RESULTADO DE LA PRUEBA Negativo.

Sat. 98% Pulso 96x'

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

UMPRE

FECHA: Junio 30 2020.

NOMBRE Y APELLIDOS : Olga Londoño

TIPO DE DOCUMENTO: CC DOCUMENTO IDENTIDAD.: 22343009.

FECHA NACIMIENTO: 16/06/1933 EDAD: 87 SEXO: F X M..... NACIONALIDAD: Colombia.

DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 47A# 19-90 DEPARTAMENTO: Atl MUNICIPIO: B/lla BARRIO: El Carmen.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA X RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: 3002386234 TEL DE CONTACTO

OCUPACIÓN:.....

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre	X	2.	Dolor en el pecho	X	6.
Tos	X	3	Dolor en los musculos	X	6.
Dificultad respiratoria	X	3	Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta	X	5	Dolor de cabeza		
Escalofríos	X	2.	Malestar general	X	6.
Nauseas	X	2	Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos síntomas de la tabla anterior.			Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		X	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		X

Sat. 92% Pulso 88% Temp. 34,4°C.

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de RED MEDICA ESPECIALIZADA para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. : Nibia Lemus Londoño Hija

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. Diana L. Gutierrez S.

RESULTADO DE LA PRUEBA Presunto Positivo.

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

Banco de Occidente

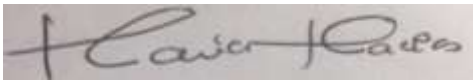
CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que la empresa **UNID DE MEDICINA PREV Y RES LT - UMPRE LTDA** identificado con NIT. **800098895-8** es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día 13 de febrero de 1997 con la cuenta corriente **804002012**, la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de **UNID DE MEDICINA PREV Y RES LT - UMPRE LTDA** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy 09 de Diciembre de 2021 dirigida a:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"



MARIA MACIAS MANCHEGO
Asesora de Soporte Comercial
Oficina Calle 76.