MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO	**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN**	Código: F-CT-032
		Versión: 05
		Fecha: 09/12/2021
		Página 1 de 6

CONTRATO CONVENIO	[X] / [ ]	NÚMERO:	2022.10.05.049.343
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	Fecha [03/05/2022]
OBJETO: Prestación de servicios para la implementación y seguimiento de los temas relacionados con medicina del trabajo a los servidores públicos del Municipio de La Ceja del Tambo			
DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:			Departamento Administrativo General y de Servicios Administrativos-Oficina de Gestión Humana
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:	IPS CORRIENTE VITAL S.A.S
		CEDULA / NIT	900.520.548-1
VALOR INICIAL [$]:		$ 20.245.006 (Veinte millones doscientos cuarenta y cinco mil seis pesos)	
PLAZO:		Ocho (8) meses	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:		037-2022 - SECOP II	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO
Factura S-11894 con fecha de expedición 13/10/2022

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**Nº.** 1443	**Fecha: Día: 28 Mes:** 04 **Año:** 2022
Requiere Pólizas de Garantías (*)	SI_x_NO __	**Fecha: Día: Mes: Año:** (06/05/2022)
Fecha de inicio (*): **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio**	Fecha: Día: 09 Mes: 05 Año: 2022	
Duración total del contrato:	Ocho (8) mes	
Fecha de terminación del contrato:	**Fecha: Día:** 31 **Mes:** 12 **Año:** 2022	

2.1. PRÓRROGAS		
Contrato adicional No:		**Tiempo (días calendario)**
1		
2		
Fecha de terminación del contrato de acuerdo con la prórroga:		Fecha: Día_____Mes_____Año_____

18·10·22

2.2. ADICIONES	
Contrato adicional No:	Valor ($):
1	
2	
Valor total del contrato:	Valor suscrito en números ($):

2.3. SUSPENSIONES	
Contrato adicional No:	**Tiempo (días calendario)**
1	
2	
2.4. REANUDACIONES	
Fecha reanudación:	**Plazo pendiente para ejecutar (días calendario):**
1	
2	

El contrato estipuló pago de anticipo: SÍ: _____NO: ____x____

El contrato estipuló pago anticipado: SÍ: _____NO: ____x____

CUENTA	Corriente		Ahorros	X	Número Cuenta: 2384003319	Banco: BANCOLOMBIA

El interventor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo:

Plan de inversión del anticipo/Modificación al plan de inversión		Formato control de seguimiento anticipo		Conciliación bancaria	
Extractos bancarios		Certificación bancaria sobre rendimientos financieros			

3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
1. Valor Contrato:	$ 20.245.006
2. Valor Cofinanciación (Para convenios):	$
3. Valor Anticipo o Pago anticipado.	$
4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista)	$ 3.734.012

5. Valor ejecución del contrato a la fecha del informe (Debe ser igual a los valores de las facturas o cuentas de cobro presentadas por el Contratista, más el anticipo si lo hubo).	$ 6.500.017.52
6. Relación de los costos y gastos causados por el Contratista durante la ejecución del contrato.	$

3.1 RENDIMIENTOS

El contrato o convenio generó rendimientos: SÍ_____NO_____

Período de generación de rendimientos (Fecha de inicio-Fecha de corte)	Valor de rendimientos ($)	Fecha de consignación de rendimientos	Anexa recibo (SÍ/NO)

4. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

4.1. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES PARAFISCALES

El supervisor y/o interventor verificó el cumplimiento por parte del Contratista de sus obligaciones frente a los aportes al sistema integral de seguridad social y aportes parafiscales y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la normativa vigente

SI X NO

No. Planilla: 7855610908

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de *IPS CORRIENTE VITAL S.A.S según el cual, ésta tiene afiliados a todos los empleados al Sistema general de Seguridad Social y Aportes parafiscales, encontrándose a paz y salvo por estos conceptos a la fecha de presentación de la factura de cobro.*

SI	NO
X	

4.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE

El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a la póliza de anticipo, Cumplimiento, Responsabilidad Civil Contractual, Prestaciones Sociales y Calidad.

SI X_ NO__

Las Garantías se encuentran suscritas a favor del municipio por todo el Contrato. El Supervisor revisó y confirmó la suscripción de éstas, las cuales hacen parte de la carpeta del Contrato.

(Marque X)

5. COMPONENTE TÉCNICO		
5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		32.1%
Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades. TRANSCRIBIR		
Nº	**Actividades u obligaciones**	**Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades)
1	**Examen** médico ocupacional (ingreso, egreso y periódico)	En este periodo de facturación se requirió 16 exámenes ocupacionales.
2	Exámenes Médicos Ocupacionales (Post Incapacidad y reintegro laboral)	En este periodo de facturación se requirió 2 examen de este servicio
3	Visiometrías	Se practicaron 11 exámenes.
4	Audiometría Tamiz	En este periodo de facturación no se requirió este servicio.
5	Audiometría Clínica	En este periodo de facturación no se requirió este servicio.
6	Espirometría	En este periodo de facturación no se requirió este servicio.
7	Pruebas sicosensométricas Conductores	En este periodo de facturación se requirió no se requirió este servicio.
8	Hemograma	En este periodo de facturación no se requirió muestras de este servicio
9	Perfil lipídico	En este periodo de facturación no se requirió muestra de este servicio
10	Glicemia	En este periodo de facturación no se requirió este servicio.
11	Prueba de determinación de sustancias psicoactivas	En este periodo de facturación no se requirió prueba de este servicio
12	Horas de asesoría por médico especialista SST	En este periodo de facturación se requirió 28 horas este servicio.
13	Análisis de puesto de trabajo por ergónomo	En este periodo de facturación no se requirió este servicio

14	Asesoría psicológica	En este periodo de facturación se requirió 4 horas de este servicio
15	Horas de intervención grupal de riesgo psicosocial	En este periodo de facturación no se requirió este servicio.
16	Evolución nutricional	En este periodo de facturación no se requirió consultas este servicio.
17	Consulta de optometría	En este periodo de facturación no se requirió este servicio.
18	Antígeno covid-19	En este periodo de facturación no se requirió este servicio.
19	PCR para covid-19	En este periodo de facturación no se requirió este servicio.
19	Prestar los servicios de lunes a viernes de 8:00am a 12m y de 1:30pm a 6:00pm	Se prestó el servicio en el punto de atención a 24 funcionarios

5.2. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Se termina el Contrato: SI NO X

(Solo aplica para los contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión)

En caso de que la respuesta sea SI, se deberá diligenciar la siguiente información:

5.2.1. Durante la ejecución del contrato se generaron los siguientes pagos:

ACTA DE PAGO No	FECHA Y NUMERO DE COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR TOTAL

5.2.2. Resumen del Balance:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor inicial del contrato	$ 0
Valor de la adición No X (inserte tantas filas como adiciones haya tenido el contrato o convenio)	$ 0
Valor Total (del Contrato ó Convenio)	$ 0

Valor pagado a la fecha	$ 0
Valor que falta por cancelar	$ 0
Valor que falta por ejecutar	$ 0
Rendimientos financieros (si aplica)	

5.2.3. Se recibe la siguiente información relevante para el Municipio, la cual hace parte de la gestión desarrollada por el Contratista en cumplimiento del Objeto Contractual: (en este ítem se deberán relacionar los documentos, carpetas, sistemas de información, plataformas web, correos electrónicos y demás sistemas utilizados en la gestión contractual, así como procesos y/o procedimientos, documentos, formatos etc., del Sistema Integrado de Gestión Organizacional SIGO en los que interviene el contratista para el desarrollo de actividades contempladas en el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión).

DOCUMENTO	MEDIO DE ENTREGA	FOLIOS	NÚMERO DE ANEXOS	OBSERVACIONES

CUANDO SE TRATE DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, SE DEBERÁ INCLUIR EN LA PARTE FINAL DEL DOCUMENTO, ADEMÁS DEL NOMBRE DEL SUPERVISOR Y DEL ORDENADOR, EL NOMBRE CONTRATISTA PARA SU CORRESPONDIENTE FIRMA.

6. ANEXOS

1. Factura
2. Certificado de parafiscales
3. Informe de prestación del servicio

7. VALIDACIÓN DEL PAGO

El Director del Departamento Administrativo General y de Servicios Administrativos en calidad de ordenador del gasto, conozco y apruebo el informe de actividades y contenido del presente informe de Supervisión, por lo que apruebo realizar el pago correspondiente, según información plasmada por el Supervisor del mismo.

Fabiola Escalante Castro
Nombre del Ordenador del gasto

Firma del Ordenador del Gasto (e)
Cédula Nro: 39187049

Leidy Bibiana Arbelaez Muñoz
Nombre del Supervisor y/o Interventor

Firma Supervisor y/o Interventor
Cédula Nro: 21.627.683

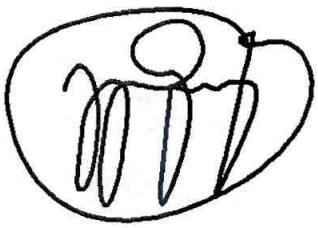
	Nombre y Cargo	Firma	Fecha
Proyecto y elaboró	Leidy Bibiana Arbelaez Muñoz		18/10/2022
Revisó y ajustó	Humberto Gutiérrez Henao		18/10/2022
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la respectiva firma.			

INFORME DE ACTIVIDADES

FACTURA: 11894

Durante los meses de agosto, septiembre y octubre a la fecha, se realizaron 24 atenciones médicas, distribuidas así: 4 consultas psicológicas, 5 exámenes médicos ocupacionales de egreso, 10 exámenes médicos ocupacionales de egreso, 1 examen médicos ocupacional periódico, 2 exámenes médicos ocupacionales post-incapacidad y 2 exámenes médicos ocupacionales de seguimiento a recomendaciones médicas.

Además, se ejecutaron actividades de promoción y prevención en el marco de la semana de la salud con el acompañamiento y asesoría por parte del médico especialista SST durante 28 horas.



JUAN JOSÉ GONZÁLEZ URIBE
Representante Legal
IPS Corriente Vital Consultores S.A.S
NIT 900.520.548-1



IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS
NIT 900.520.548-1
CALLE 18 #18-69
Tel: (034) 5532334
La Ceja - Colombia
info@ipscorrientevital.com
www.ipscorrientevital.com

Factura electrónica de venta
No. S-11894

Señores	MUNICIPIO DE LA CEJA		
NIT	890.981.207-5	**Teléfono**	5531414
Dirección	CR 20#19-78	**Ciudad**	La Ceja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	13/10/2022, 11:07
Expedición	13/10/2022, 11:16
Vencimiento	12/11/2022

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor desc.	Impto. Cargo	Vr. Total
1	VISIOMETRÍA	11.00	6,000.00	0.00	0 %	66,000.00
2	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	18.00	26,000.00	0.00	0 %	468,000.00
3	EVALUACION PSICOLOGICA	1.00	60,000.00	0.00	0 %	60,000.00
4	SESIÓN DE ASESORÍA PSICOLÓGICA	3.00	60,000.00	0.00	0 %	180,000.00
5	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	2.00	80,000.00	0.00	0 %	160,000.00
6	HORA DE ASESORÍA POR MÉDICO ESPECIALISTA SST	28.00	84,034.00	0.00	19 %	2,800,012.88

Total items: 6

Total Bruto	3,286,952.00
IVA 19%	447,060.88
Total a Pagar	3,734,012.88

Valor en Letras:
Tres millones setecientos treinta y cuatro mil doce pesos m/cte con ochenta y ocho cent.

Condiciones de Pago:
Contado - Cuota No. 001 vence el 2022-11-12 por $ 3,734,012.88

Observaciones:

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764027771395 aprobado en 20220416 prefijo S desde el número 10001 al 15000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 06d46b9bf4e70b37d2ed5bee3b7d90420d714ee51e4bfe70028d8243e2be478e64fdcefd0a8675d861a1b76922c8d57d

RELACION DE PACIENTES FACTURADOS
IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS

Número de Factura : 11894

Empresa: MUNICIPIO DE LA CEJA

Nit: 890981207

	Fecha	Identificación	Paciente	Servicios	Valor
MUNICIPIO DE LA CEJA					
1	24/08/2022	43459703	DIANA COLOMBIA CASTRO LONDOÑO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	26.000.00
2	24/08/2022	15381016	ORLANDO ANTONIO RUIZ GAVIRIA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	26.000.00
3	24/08/2022	15388226	URIEL MAURICIO RIOS ARANGO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
MUNICIPIO DE LA CEJA -					
4	24/08/2022	15379870	JOSE ABELARDO QUINTERO LONDOÑO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
5	2/09/2022	1040050303	BERLLY BERCEY BOTERO OSORIO	EVALUACION PSICOLOGICA	60.000.00
6	13/09/2022	1040042572	MARIA CAMILA MORENO CARDONA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	26.000.00
7	13/09/2022	1040042572	MARIA CAMILA MORENO CARDONA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
8	14/09/2022	43865263	LINA MARIA RIOS LOPEZ	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	80.000.00
9	14/09/2022	43986830	YULIANA RUIZ JARAMILLO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
10	15/09/2022	15385356	EDGAR ALONSO LOPEZ VILLADA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	26.000.00
11	17/09/2022	39192520	CLAUDIA PATRICIA GOMEZ LONDOÑO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	26.000.00
12	17/09/2022	39192520	CLAUDIA PATRICIA GOMEZ LONDOÑO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
13	20/09/2022	39187370	ALBA NURY URIBE MEDINA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
14	20/09/2022	15384171	JUAN DAVID BEDOYA BEDOYA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	26.000.00
15	20/09/2022	15384171	JUAN DAVID BEDOYA BEDOYA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
16	21/09/2022	39187588	ELIZABETH PATIÑO	SESIÓN DE ASESORÍA PSICOLÓGICA	60.000.00
17	27/09/2022	1040044326	MANUELA GARCIA ARROYAVE	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
MUNICIPIO DE LA CEJA					
18	29/09/2022	71229382	LUIS ALEJANDRO AGUDELO LOPEZ	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	26.000.00
MUNICIPIO DE LA CEJA -					
19	3/10/2022	39191169	ALEJANDRA MARIA LOPEZ OSORIO	VISIOMETRÍA, EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	32.000.00
20	11/10/2022	15447732	JUAN DAVID TORRES BAENA	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
MUNICIPIO DE LA CEJA					
21	12/10/2022	43459703	DIANA COLOMBIA CASTRO LONDOÑO	SESIÓN DE ASESORÍA PSICOLÓGICA	60.000.00
MUNICIPIO DE LA CEJA -					
22	12/10/2022	39189788	DIANA VALLEJO ECHEVERRI	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	32.000.00
23	12/10/2022	39186502	SOR MARIA ALZATE HERNANDEZ	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	80.000.00

	Fecha	Identificación	Paciente	Servicios	Valor
MUNICIPIO DE LA CEJA					
24	13/10/2022	43459703	DIANA COLOMBIA CASTRO LONDOÑO	SESIÓN DE ASESORÍA PSICOLÓGICA	60.000.00



La Ceja, Antioquia, 13 de octubre de 2022

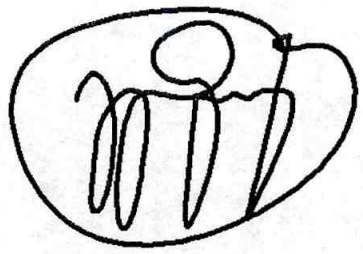
Señores
MUNICIPIO DE LA CEJA

ASUNTO: CARTA DE CUMPLIMIENTOS DE APORTES PARAFISCALES

El suscrito (Representante Legal o Revisor fiscal) de **IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES S.A.S con NIT 900.520.548-1**, certifica que al 30 de septiembre de 2022 se encuentra PAZ Y SALVO por concepto de aportes a las cajas de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, así como a los sistemas de Salud, Pensión y riesgos profesionales ARP (Artículo 50 de la ley 789 de 2002) correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses.

Cordialmente,

Nombre y Apellidos: **JUAN JOSE GONZÁLEZ URIBE**
Cargo: **Representante Legal**
Número de identificación: **1.039.469.325**



Firma

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900520548
RAZÓN SOCIAL:			IPS CORRIENTE VITAL
ICIPIO:	LA CEJA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
	CALLE 18 18 69	TELÉFONO:	5532334
ANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
SA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
RESENTACIÓN:	ÚNICO		
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7855610908	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2022
DIAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/10/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				1699059018

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	7	$ 4.598.400	$ 0	$ 0	$ 133.200	$ 133.200	$ 0	$ 0	$ 4.864.800	$ 0	$ 4.864.800
25-14 COLPENSIONES	2	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
231001-COLFONDOS	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
230201- PROTECCION	10	$ 2.497.700	$ 0	$ 0	$ 24.000	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 2.545.700	$ 0	$ 2.545.700
									$ 7.890.500	**$ 0**	**$ 7.890.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	20		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.996.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.996.100	$ 0	$ 0	$ 1.996.100
												$ 1.996.100	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.996.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	20		$ 0	$ 0		$ 0	$ 363.200	$ 363.200	$ 0	$ 0	$ 363.200
								$ 363.200	**$ 0**	**$ 0**	**$ 363.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	20	$ 1.894.100	$ 0	$ 1.894.100
		$ 1.894.100	**$ 0**	**$ 1.894.100**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 36.000	$ 0	$ 36.000
		$ 36.000	**$ 0**	**$ 36.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES								
																												PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
URIBE VILLADA MARIA ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI																		230201-PROTECCION	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000		$ 5.300	30	$ 1.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
EDOYA LOPEZ MARIANA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI																		230201-PROTECCION	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000		$ 5.300	30	$ 1.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SERNA MORALES MARILUZ	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI		30																230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 6.800	30	$ 1.300.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
GONZALEZ URIBE JUAN JOSE	DEPEND		$ 4.790.500	FIJO		SI																		230201-PROTECCION	30	$ 4.790.500	$ 766.500	$ 24.000	$ 24.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 814.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 4.790.500	$ 191.700	$ 0	$ 191.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.790.500		$ 25.100	30	$ 4.790.500	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 191.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
ROTERO HERRERA JUAN PABLO	DEPEND		$ 5.500.000	FIJO		SI																		230301-PORVENIR	30	$ 5.500.000	$ 880.000	$ 27.500	$ 27.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 935.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 5.500.000	$ 220.000	$ 0	$ 220.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.500.000		$ 28.800	30	$ 5.500.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 220.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
UARIN SORIO YESSICA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000		$ 5.300	30	$ 1.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900520548
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			IPS CORRIENTE VITAL
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA CEJA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 18 18 69	TELÉFONO:	5532334
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7855610908	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPL		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/10/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1069		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
7	CC 1040041724	URIBE VILLADA LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 1.100.000	FIJO		SI																	
8	CC 1040042694	SALDARRIAGA RESTREPO SARA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
9	CC 1040045418	RUIZ BLANDON SANDRA MILENA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI																	
10	CC 1040051171	RAMIREZ ZAPATA CAROLINA	DEPEND		$ 1.100.000	FIJO		SI																	
11	CC 1040051511	ROMAN OCAMPO MARIANA	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO		SI		27															
12	CC 1082925119	LOPEZ MERCADO YESICA PAOLA	DEPEND		$ 6.000.000	FIJO		SI																	
13	CC 1095826812	CARDOZO ROA JESSICA TATIANA	DEPEND		$ 4.340.000	FIJO		SI																	
14	CC 15439147	OSORIO MARIN WILMAN	DEPEND		$ 6.000.000	FIJO		SI																	
15	CC 39181154	SERNA CASTAÑO LUZ ELENA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI		30															
16	CC 39186284	URIBE LEZCANO DORIS NOELIA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI																	
17	CC 39191934	URIBE LESCANO LINA MARCELA	DEPEND		$ 1.200.000	FIJO		NO																	
18	CC 42785758	GRANADA FLOREZ BLANCA LUCY	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI																	
19	CC 43764995	MONTOYA QUINTERO LUZ MARINA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI																	
20	CC 91077501	QUINTANILLA CALDERON PAULO CESAR	DEPEND		$ 4.800.000	FIJO		SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
7	230201-PROTECCION	30	$ 1.100.000	$ 176.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 176.000
8	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
9	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
10	230301-PORVENIR	30	$ 1.100.000	$ 176.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 176.000
11	230201-PROTECCION	27	$ 1.620.000	$ 259.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 259.200
12	230301-PORVENIR	30	$ 6.000.000	$ 960.000	$ 30.000	$ 30.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.020.000
13	230301-PORVENIR	30	$ 4.340.000	$ 694.400	$ 21.700	$ 21.700	$ 0	$ 0	Normal	$ 737.800
14	230301-PORVENIR	30	$ 6.000.000	$ 960.000	$ 30.000	$ 30.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.020.000
15	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
16	230201-PROTECCION	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
17	230201-PROTECCION	30	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.000
18	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
19	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
20	230301-PORVENIR	30	$ 4.800.000	$ 768.000	$ 24.000	$ 24.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 816.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
7	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.100.000	$ 44.000	$ 0	$ 44.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.100.000		$ 5.800
8	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 6.800
9	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 6.800
10	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.100.000	$ 44.000	$ 0	$ 44.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.100.000		$ 5.800
11	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	27	$ 1.620.000	$ 64.800	$ 0	$ 64.800	14-11 - ARL SURA	27	$ 1.620.000		$ 8.500
12	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 6.000.000	$ 240.000	$ 0	$ 240.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 6.000.000		$ 31.400
13	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 4.340.000	$ 173.600	$ 0	$ 173.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.340.000		$ 22.700
14	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 6.000.000	$ 240.000	$ 0	$ 240.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 6.000.000	1	$ 146.200
15	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000		$ 5.300
16	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000		$ 5.300
17	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	$ 150.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.200.000		$ 6.300
18	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000		$ 5.300
19	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000		$ 5.300
20	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 4.800.000	$ 192.000	$ 0	$ 192.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.800.000		$ 25.100

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
7	30	1.100.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 44.000	$ 0	$ 0
8	30	1.300.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0
9	30	1.300.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0
10	30	1.100.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 44.000	$ 0	$ 0
11	27	1.620.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 64.800	$ 0	$ 0
12	30	6.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 240.000	$ 0	$ 0
13	30	4.340.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 173.600	$ 0	$ 0
14	30	6.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 240.000	$ 0	$ 0
15	30	1.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 40.000	$ 0	$ 0
16	30	1.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 40.000	$ 0	$ 0
17	30	1.200.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 48.000	$ 0	$ 36.000
18	30	1.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 40.000	$ 0	$ 0
19	30	1.000.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 40.000	$ 0	$ 0
20	30	4.800.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 192.000	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
ACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900520548
N SOCIAL:			IPS CORRIENTE VITAL
TO:	LA CEJA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
	CALLE 18 18 69	TELÉFONO:	5532334
NTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
N:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ENTACIÓN:	ÚNICO		
ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			7855610908	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2022
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/10/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				1699059018

TOTAL **$ 12.179.900**

