MEMORANDO

THU.183.2023 - 04-05-2023 05:07

DE: **MARTHA PATRICIA QUIJANO JURADO**
Profesional Especializado Talento Humano

PARA: **MERLY KATHERINE PARRA DIAZ**
TESORERA

ASUNTO: **AUTORIZACION PAGO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 01562 DE 2.022**

FECHA: **Mayo 4 de 2.023**

Con el presente se autoriza el pago del contrato de prestación de servicios No. 01562 de 2.022, en los siguientes términos:

OBJETO: EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS PROGRAMADAS O POR CAMBIOS DE OCUPACION PARA LOS 77 FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, VINCULADOS A LA CORPORACION CON ANTERIORIDAD AL 1 DE OCTUBRE DE 2.022.

VALOR:	$7.315.000,00
DURACION:	20 días sin exceder el 31 de diciembre de 2.022
FECHA DE INICIO:	27 de Diciembre de 2.022
FECHA DE SUSPENSION:	28 de Diciembre de 2.022
FECHA DE REINICIO:	16 de Enero de 2.023
PRORROGA:	20 días
FECHA DE TERMINACION:	3 de Marzo de 2.023
VALOR A PAGAR:	$7.315.000,00

Estando todo conforme a satisfacción de la Entidad y de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios, esta supervisión autoriza el pago total, por la suma de **SIETE MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL PESOS ($7.315.000,00) m/cte.**

Cordialmente,

MARTHA PATRICIA QUIJANO JURADO.
Profesional Especializado Talento Humano
Supervisora Contrato No. 01562 de 2.022

San gil, 03 de marzo del 2023

Señores
CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER - CAS
San gil

REFERENCIA: Entrega de informe contrato de prestación de servicios n°1562.2022

Cordial saludo,

Por medio de la presente me dirijo a usted con el fin de dar entrega del informe final al contrato de prestación de servicios N°1562.2022 con objeto contractual EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS PROGRAMADAS O POR CAMBIOS DE OCUPACIÓN PARA LOS 77 FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS VINCULADOS A LA CORPORACION CON ANTERIORIDAD AL 1 DE OCTUBRE DEL AÑO 2022 ejecutado en su totalidad al 100%, así mismo se hace entrega de los documentos requeridos para su entrega.

Anexos de:

1. Exámenes ocupacionales con énfasis osteomuscular
2. exámenes de optometría
3. exámenes de audiometría
4. exámenes de laboratorio clínico (glicemia y perfil lipídico)
5. electrocardiograma de ritmo

Así mismo se hace entrega del diagnóstico de condiciones y las mallas generales de los resultados por examen realizado.

No siendo otro en particular, para sus fines pertinentes.

DIEGO FERNANDO PINZON TEJADA
1.095.840.553
CENTRO MEDICO DE EXCELNCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL "CEMESO IPS SAS

CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
Y MEDICINA LABORAL
NIT 901073980-4



ANA DEL CARMEN DIAZ ARGUELLO.
Contador Público

San Gil, 3 de marzo de 2023

INFORME FINANCIERO

El CENTRO MEDICO DE EXCELCENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA L A B O R A L **CEMESO IPS S.AS.** con Nit: 901.073.980 -4, celebró el contrato de prestación de servicios 01562-2022 con el objeto de realizar evaluaciones médicas ocupaciones a 77 funcionaros vinculados a la CAS. Para el efecto se presentó el siguiente presupuesto que a la fecha se encuentra ejecutado en su totalidad

CONCEPTO	VALOR
Exámenes de salud ocupacional con énfasis osteomuscular	$1.694.000
Exámen de optomoetría	$1.1155.000
Exámen de audiometría	$770.000
Glicemia y perfil lipídico . Riesgo cardiovascular	$2.156.000
Electrocardiograma	$1.540.000
TOTAL	**$7.315.000**

Se expide a solicitud de la entidad para trámites ante la CAS.

ANA DEL CARMEN DÍAZ ARGUELLO
Contador Público T.P. 21765-T
Revisor Fiscal

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

SAN GIL, SANTANDER, 09/09/2020

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **CEMESO IPS S.A.S** con **NIT 901.073.980-4** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS
Número 046200767708

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

CEMESO IPS SAS
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Cliente: CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Dirección: CRA 12 NO 9-06 **NIT:** 804000292 - 0

Ciudad: SAN GIL **Teléfono:**

Acuerdo Comercial: PARTICULARES CONTADO

Nº FE - 4805

7 | 3 | 2023

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764037204287
FECHA: 03/10/2022 NUMERACIÓN AUTORIZADO
CON PREFIJO FE DEL 3794 AL 5000 Vigencia por

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
1	EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS PROGRAMADAS O POR CAMBIO DE OCUPACION PARA LOS 77 FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS	7,315,000	7,315,000

PROCESADA

Sub Total	7,315,000.00
Vr. IVA	0.00
Vr. Pagado	0,00
Vr. Saldo	7.315.000,00
Vr. Total	7,315,000.00

Observaciones:

Valor en Letras: SIETE MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL PESOS MONEDA CORRIE

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitída.
2- De acuerdo al articulo 30 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

D | M | A

Recibi CC y sello

CUFE: d59e5fe2388ec3656110f1e70ad14a6d4e33f2cc85870ee8105c3d79cd418fc0225f5db3eb931fc05d8e7f65376170b8

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14867207105

(415)7707212489984(8020) 000001486720710 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 7 3 9 8 0	4	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

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
CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
	CEMESO IPS S.A.S

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7 9

41. Dirección principal
CR 10 16 33

42. Correo electrónico cemesoipssas@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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	2 0 1 7 0 4 1 8	8 6 9 1	2 0 1 7 0 4 1 8	8 6 9 9			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 4 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 2022 - 09 - 26 / 10 : 49: 15

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 TEJADA GUTIERREZ CLARA ISABEL
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-02-2023 09:33:27AM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 4 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867207105

(415)7707212489984(8020) 000001486720710 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 7 3 9 8 0	4	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867207105

(415)7707212489984(8020) 000001486720710 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 7 3 9 8 0	4	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 7 0 4 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 9 5 8 4 0 5 5 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PINZON	TEJADA	DIEGO	FERNANDO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867207105

(415)7707212489984(8020) 000001486720710 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 7 3 9 8 0	4	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS S.A.S.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Santander 6 8	San Gil 6 7 9

165. Dirección: CL 16 9 76 CS 2

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 7 3 5 4 5	2 0 1 7 0 4 2 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 7 4 1 0 0 4 8	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764037204287

(415)7707212489984(8020) 001876403720428 7

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
9 0 1 0 7 3 9 8 0	4				

11. Razón social
CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS S.A.S

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Bucaramanga — Cód. 4

24. Dirección
CR 10 16 33

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Santander	San Gil

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

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2022-10-03 / 08:32:27 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

1001. Apellidos y nombres PINZON TEJADA DIEGO FERNANDO
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identificación 1095840553 1004. DV 1
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y

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

997. Fecha formalización 2 0 2 2-1 0-0 3/0 8:3 2:2 7

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764037204287

(415)7707212489984(8020) 001876403720428 7

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
901073980	4				

11. Razón social

CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS S.A.S

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	CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS S.A.S. CL 16 9 76 CS 2	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FE	3,794	5,000	12	HABILITACIÓN	2
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO



ANA DEL CARMEN DIAZ ARGUELLO.
Contador Público

San Gil, [illegible] marzo de 2023

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO

C E R T I F I C A:

Que el CENTRO MEDICO DE EXCELCENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA L A B O R A L **CEMESO IPS S.AS.** con Nit: 901.073.980 -4, se encuentra a Paz y Salvo por concepto de pago de aportes al sistema de seguridad social y aportes parafiscales del personal vinculado a la entidad al cierre del mes de febrero de 2023.

Se expide a solicitud de la entidad para trámites ante la CAS.

ANA DEL CARMEN DÍAZ ARGUELLO
Contador Público T.P. 21765-T
Revisor Fiscal

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



21765-T

ANA DEL CARMEN
DIAZ ARGUELLO
C.C. 28.853.184
RESOLUCION INSCRIPCION 2196-T FECHA 15-IX-88
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Presidente

00029302

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

3095200 6EFB58279

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 **ANA DEL CARMEN DIAZ ARGUELLO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 28053104 de CAPITANEJO (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 21765-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

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

Dado en BOGOTA a los 24 días del mes de Octubre de 2022 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 digitando el número del certificado

SOi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901073980
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CEMESO IPS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN GIL
DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 16 NO. 9-76 CS 1Y2
TELÉFONO:	7237917
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR
CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7864215401	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	62		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2023/02/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1927508510

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	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
0301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.300	$ 0	$ 160.000	$ 11.300	$ 171.300
1001	231001-COLFONDOS	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.300	$ 0	$ 160.000	$ 11.300	$ 171.300
-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.600	$ 0	$ 320.000	$ 22.600	$ 342.600
0201	230201- PROTECCIÓN	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.300	$ 0	$ 160.000	$ 11.300	$ 171.300
UBTOTALES:										$ 800.000	$ 56.500	$ 856.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	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
PS037	EPS037-NUEVA EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 11.300	$ 0	$ 160.000	$ 11.300	$ 0	$ 171.300
SSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 40.000	$ 0	$ 2.900	$ 0	$ 40.000	$ 2.900	$ 0	$ 42.900
UBTOTALES:													$ 200.000	$ 14.200	$ 0	$ 214.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	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
-11	14-11 - ARL SURA	5		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 2.300	$ 0	$ 34.000
UBTOTALES:									$ 31.700	$ 2.300	$ 0	$ 34.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	5	$ 200.000	$ 14.100	$ 214.100
UBTOTALES:			$ 200.000	$ 14.100	$ 214.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	CC 1100948971	SANCHEZ RODRIGUEZ ELIZABETH	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI	01																
	CC 1100972432	PINTO GOMEZ ANGIE KATHERINE	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI	01																
	CC 1101696102	CASTRO MUÑOZ FELIX MIGUEL	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI	01																
	CC 37895427	PORRAS MELGAREJO OLGA LUCIA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI	01																
	CC 60390117	WALTEROS MORA VIVIAN JHOJANA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI	01																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

IDENTIFICACIÓN	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
CC 1100948971	231001-COLFONDOS	30	$ 1,000,000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
CC 1100972432	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,000,000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
CC 1101696102	230201-PROTECCION	30	$ 1,000,000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
CC 37895427	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,000,000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
CC 60390117	230301-PORVENIR	30	$ 1,000,000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

IDENTIFICACIÓN	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
CC 1100948971	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1,000,000	$ 40,000	$ 0	$ 40,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,000,000	1	$ 5,300
CC 1100972432	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1,000,000	$ 40,000	$ 0	$ 40,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,000,000	1	$ 5,300
CC 1101696102	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1,000,000	$ 40,000	$ 0	$ 40,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,000,000	1	$ 5,300
CC 37895427	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1,000,000	$ 40,000	$ 0	$ 40,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,000,000	1	$ 5,300
CC 60390117	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1,000,000	$ 40,000	$ 0	$ 40,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,000,000	1	$ 10,500

PARAFISCALES

IDENTIFICACIÓN	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
CC 1100948971	30	$ 1,000,000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 1100972432	30	$ 1,000,000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 1101696102	30	$ 1,000,000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 37895427	30	$ 1,000,000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 60390117	30	$ 1,000,000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 1.318.800**

11-12

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
PO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901073980
OMBRE Ó RAZON SOCIAL:			CEMESO IPS SAS
IUDAD/MUNICIPIO:	SAN GIL	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
IRECCION:	CALLE 16 NO. 9-76 CS 1Y2	TELÉFONO:	7237917
PO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
PO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internacio
ORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7871074420	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO	2023
DIAS DE MORA:			32				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/02/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1927516014

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
0301	230301-PORVENIR	1	$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 5.400	$ 300	$ 5.700
1001	231001-COLFONDOS	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.000	$ 0	$ 160.000	$ 6.000	$ 166.000
-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.900	$ 0	$ 320.000	$ 11.900	$ 331.900
0201	230201- PROTECCIÓN	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.000	$ 0	$ 160.000	$ 6.000	$ 166.000
BTOTALES:										$ 645.400	$ 24.200	$ 669.600

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
SC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 40.000	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 40.000	$ 1.500	$ 0	$ 41.500
S037	EPS037-NUEVA EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 121.400	$ 0	$ 4.600	$ 0	$ 121.400	$ 4.600	$ 0	$ 126.000
BTOTALES:													$ 161.400	$ 6.100	$ 0	$ 167.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
-11	14-11 - ARL SURA	5		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.600	$ 21.600	$ 900	$ 0	$ 22.500
BTOTALES:									$ 21.600	$ 900	$ 0	$ 22.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	MORA	VALOR PAGADO
F40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	5	$ 161.400	$ 6.000	$ 167.400
BTOTALES:			$ 161.400	$ 6.000	$ 167.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE/TAE	TDP/TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
CC 1100948971	SANCHEZ RODRIGUEZ ELIZABETH	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI															
CC 1100972432	PINTO GOMEZ ANGIE KATHERINE	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI															
CC 1101695102	CASTRO MUÑOZ FELIX MIGUEL	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI															
CC 37895427	PORRAS MELGAREJO OLGA LUCIA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI															
CC 80390117	WALTEROS MORA VIVIAN JHOJANA	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO		SI		01													

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

IDENTIFICACIÓN	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
CC 1100948971	231001-COLFONDOS	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
CC 1100972432	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
CC 1101695102	230201-PROTECCION	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
CC 37895427	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000
CC 80390117	230301-PORVENIR	1	$ 33.334	$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 5.400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

IDENTIFICACIÓN	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
CC 1100948971	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000	1	$ 5.300
CC 1100972432	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000	1	$ 5.300
CC 1101695102	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000	1	$ 5.300
CC 37895427	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.000.000	$ 40.000	$ 0	$ 40.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.000.000	1	$ 5.300
CC 80390117	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 33.334	$ 1.400	$ 0	$ 1.400	14-11 - ARL SURA	1	$ 33.334	1	$ 400

PARAFISCALES

IDENTIFICACIÓN	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
CC 1100948971	30	$ 1.000.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 1100972432	30	$ 1.000.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 1101695102	30	$ 1.000.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 37895427	30	$ 1.000.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 80390117	1	$ 33.334	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 1.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 1.027.000

Planilla Pagada

12-01

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901972869	
RAZÓN SOCIAL:		CENSEO IPS SAS	
DEPARTAMENTO:		SANTANDER	
CALLE 16 NO. 9-78 OB 1Y2	TELÉFONO:	7237917	
01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	BAMENOS DE 200 COTIZANTES	
PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internación	
ÚNICO			
ADO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	70767523		TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2023	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	MES	marzo AÑO		2023
DÍAS DE MORA:		28					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN				2018750912

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
23-PROTECCIÓN	3	$ 556.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.780	$ 0	$ 556.600	$ 12.780	$ 569.380
25-COLPENSIONES	2	$ 371.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.809	$ 0	$ 371.200	$ 11.809	$ 383.009
1-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.960	$ 0	$ 185.600	$ 5.960	$ 191.560
									$ 1.113.400	$ 30.549	$ 1.143.949

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
14-COOSALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 1.560	$ 0	$ 46.400	$ 1.560	$ 0	$ 47.960
7-NUEVA EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 5.960	$ 0	$ 185.600	$ 5.960	$ 0	$ 191.560
2 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 1.560	$ 0	$ 46.400	$ 1.560	$ 0	$ 47.960
												$ 278.400	$ 8.960	$ 0	$ 287.360

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
ARL SURA	6		$ 0	$ 0		$ 0		$ 47.760	$ 42.760	$ 1.400	$ 0	$ 44.160
									$ 42.760	$ 1.400	$ 0	$ 44.160

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
COMFENALCO SANTANDER	6	$ 278.400	$ 8.900	$ 287.300
		$ 278.400	$ 8.900	$ 287.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

TOS DEL COTIZANTE: TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: COLOMBIANO	EXTRANJERO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VTS	IRP
P05		$ 1.160.000	FIJO			SI		01													
P05		$ 1.160.000	FIJO			SI		01													
P05		$ 1.160.000	FIJO			SI															
P05		$ 1.160.000	FIJO			SI															
P05		$ 1.160.000	FIJO			SI															
P05		$ 1.160.000	FIJO			SI															

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES — SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
23-201-PROTECCIÓN	30	$ 1.160.000	$ 139.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 139.200
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.920	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.920
23-1001-COLFONDOS	30	$ 1.160.000	$ 185.920	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.920
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.920	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.920
23-201-PROTECCIÓN	30	$ 1.160.000	$ 185.920	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.920
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.920	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.920

SEGURIDAD SOCIAL: SALUD	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	16 - ARL SURA
EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	16 - ARL SURA
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	16 - ARL SURA
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	16 - ARL SURA
EPS034-COOSALUD ESS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	16 - ARL SURA
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	16 - ARL SURA

SEGURIDAD SOCIAL: ARP	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
30	1.160.000	1	$ 6.100	$ 6.100
30	1.160.000	1	$ 12.200	$ 12.200
30	1.160.000	1	$ 6.100	$ 6.100
30	1.160.000	1	$ 6.100	$ 6.100
30	1.160.000	1	$ 6.100	$ 6.100
30	1.160.000	1	$ 6.100	$ 6.100

PARAFISCALES: CCF DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MANEDU TOTAL APORTE
30	1.160.000	9-CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	1.160.000	9-CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	1.160.000	9-CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	1.160.000	9-CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	1.160.000	9-CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	1.160.000	9-CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 1.767.700

RSO: SQI: DC3/N8/N87

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901073980
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CEMESO IPS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN GIL	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 16 NO. 9-76 CS 1Y2	TELÉFONO:	7237917
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7873592631		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		35			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1986431843

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 193.500
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 386.900
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 193.500
SUBTOTAL:			4	**$ 773.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900226715	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 48.400
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 145.100
SUBTOTAL:			4	**$ 193.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890201578	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	4	$ 193.500
SUBTOTAL:			4	**$ 193.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	4	$ 25.500
SUBTOTAL:			4	**$ 25.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 1.186.400**

01-02

INFORME DE SUPERVICIÓN E INTERVENTORIA DE ACTIVIDADES

1. Información General del Contrato

CONTRATO No.:	01562 DE 2022		
CONTRATISTA:	CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS SAS – CEMESO		
Nit o C.C. No.	901.073.980		
OBJETO:	EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS PROGRAMADAS O POR CAMBIOS DE OCUPACION PARA LOS 77 FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER -CAS VINCULADOS A LA CORPORACION CON ANTERIORIDAD AL1 DE OCTUBRE DE 2022.		
VALOR INICIAL:	$7.315.000,00		
VALOR ADICIONAL:	$0,00		
PLAZO CONTRATO:	20 DIAS		
PLAZO ADICIONAL:	20 DIAS		
SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA QUIJANO JURADO		
CARGO SUPERVISOR	PROFESIONAL ESPECIALIZADO. AREA: TALENTO HUMANO		
FECHA INICIO DEL CONTRATO:	DICIEMBRE 27 DE 2022		
FECHA DE SUSPENSIÓN	DICIEMBRE 28 D 2022	**No Aplica**	
FECHA DE REINICIO	ENERO 16 DE 2023	**No Aplica**	
FECHA DE TERMINACIÓN 1:	DICIEMBRE 31 DE 2022		
FECHA DE TERMINACIÓN 2:	FEBRERO 3 DE 2.023		
TERMINO SUSPENSION:	19 DIAS		
FECHA DE TERMINACIÓN 3:	MARZO 3 DE 2023		
VALOR A PAGAR	$7.315.000,00		
ACTA A PAGAR:	$7.315.000,00		
PAGO No: (En Números)	1		

2. Información Financiera del Contrato

A continuación, se presenta el balance económico del contrato a la fecha:

VALOR DEL CONTRATO:	$ 7.315.000,00	
VALOR PAGO ACTUAL:		$ 7.315.000,00
VALOR PAGADO (A la fecha del informe)		$ 0,00
VALOR POR EJECUTAR		$ 0,00
SUMAS IGUALES	$7.315.000,00	$7.315.000,00

3. Control Pago de Seguridad Social.

PERIODO PAGO	No PLANILLA	V/PAGADO SALUD	V/PAGADO PENSION	V/PAGADO ARL	V/PAGADO TOTAL
Diciembre 2.022	7864215401	$214.200,00	$856.500,00	$34.000,00	$1.104.700,00
Enero 2.023	7871074420	$167.500,00	$669.600,00	$22.500,00	$859.600,00
Febrero 2.023	7873592631	$193.500,00	$773.900,00	$25.500,00	$992.900,00
Marzo 2.023	7676732590	$287.300,00	$1.149.000,00	$44.100,00	$1.480.400,00

4. Obligaciones Contractuales.

Por medio del presente se deja constancia que las actividades realizadas durante el periodo de pago son:

Actividades y cantidades ejecutadas					
No.	**DESCRIPCIÓN**	**CANT**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
1	Examen de Salud ocupacional periódico con énfasis Osteo muscular y Cardiovascular	77	UND	$23.333	$1.796.641
2	Examen de Optometría	77	UND	$15.000	$1.155.000
3	Examen de Audiometría	77	UND	$15.000	$1.155.000
4	Glicemia y perfil lípido. Examen de riesgo cardiovascular	77	UND	$40.000	$3.080.000
5	Electrocardiograma	77	UND	$20.000	$1.540.000

5. Balance Financiero

VALOR DEL CONTRATO:	$7.315.000,00
DURACIÓN DEL CONTRATO	20 dias
FECHA DE INICIO	Diciembre 27 de 2.022
SUSPENSIÓN	Diciembre 28 de 2.022
FECHA DE REINICIO	Enero 16 de 2.023
PRORROGA	20 días
FECHA DE TERMINACIÓN	Marzo 3 de 2.023
VALOR ACTA RECIBO No. 1	$7.315.000,00
SALDO POR PAGAR:	$7.315.000,00

El valor total ejecutado a la fecha equivale a SIETE MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL PESOS **($7.315.000,00) M/cte.** correspondiente a una ejecución física y financiera del 100% del objeto contractual.

Así mismo, bajo la gravedad de juramento el SUPERVISOR certifica que verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista y el pago de los aportes al sistema de seguridad social y Fondo de Pensiones, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002. **Anexo informe contable y planillas de pago Seguridad social.**

6. Seguimiento al Control Ambiental:

IMPACTO AMBIENTAL	MEDIDA DE CONTROL EXIGIDA	MEDIDA DE CONTROL REALIZADA	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
N/A	N/A	N/A	

7. Seguimiento al Control de Riesgos:

RIESGOS Y PELIGROS EN EL PROYECTO	MEDIDAS DE CONTROL SOLCITADAS	MEDIDAS DE CONTROL APLICADAS	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
N/A	N/A	N/A	N/A

En consecuencia, con base en los informes presentados por el Contratista, respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la Corporación Autónoma Regional de Santander, el supervisor CERTIFICA el cumplimiento del contrato a satisfacción, en el periodo mencionado, y hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato.

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe en la ciudad de San Gil, a los Ocho (8) días del mes de Marzo del año 2.023.

NOMBRE

MARTHA PATRICIA QUIJANO JURADO

EVIDENCIAS

Acta de Inicio.
Acta de Suspensión
Acta de prorroga
Planillas de pago de seguridad social

Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte , consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización.
Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co

CAS Más Cerca	INFORME DE SEGUIMIENTO MENSUAL SUPERVISION E INTERVENTORIA	Codigo: F-PCT-008
		Versión: 10
		Hoja 1 de 1
Proceso de Contratacion		Fecha Aprobación: 15/12/2022

FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME: MARZO 3 DE 2.023 — ESTADO DEL CONTRATO: EJECUTADO

CONTRATO No: 01562 DE 2022 — TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATISTA: CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS SAS - CEMESO

Nit o C.C. No. 901.073.980 — No. DE INFORME:1

OBJETO: EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS PROGRAMADAS O POR CAMBIOS DE OCUPACION PARA LOS 77 FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS VINCULADOS A LA CORPORACION CON ANTERIORIDAD AL 1 DE OCTUBRE DE 2022.

VALOR INICIAL: $ 7.315.000,00 — VALOR ADICIONAL:

PLAZO CONTRATO: 20 DIAS — PLAZO ADICIONAL: 20 DIAS HABILES

SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA QUIJANO JURADO

CARGO SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO. ÁREA: TALENTO HUMANO

INTERVENTOR:

FECHA INICIO DEL CONTRATO: 27 DE DICIEMBRE DE 2022

FECHA DE SUSPENSIÓN: 28 DE DICIEMBRE DE 2022 — NO APLICA

FECHA DE REINICIO: 16 DE ENERO DE 2023 — NO APLICA

FECHA DE TERMINACIÓN 1: 31 DE DICIEMBRE DE 2022

	TERMINO DE LA SUSPENSION:	ENERO 15 DE 2.023
	TIEMPO DE PRORROGAS:	19 DIAS HABILES
	FECHA DE TERMINACIÓN 2:	FEBRERO 3 DE 2023
	FECHA DE TERMINACIÓN 3:	MARZO 3 DE 2023

PERIODO DEL INFORME: ENERO 16 DE 2023 - MARZO 3 DE 2023

ALCANCES O ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL

INFORME SUPERVISION O INTERVENTORIA: EL CONTRATO SE EJECUTÓ EN UN 100% CUMPLIENDO EN SU TOTALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL

AVANCES DE EJECUCIÓN

ALCANCE	PRESUP. CONTRATO	VALOR ADICIONAL	VALOR PAGADO	PLAZO DEL CONTRATO	TIEMPO EJECUTADO	AVANCE FISICO %	AVANCE FINANCIERO PAGADO %
			7.315.000,00	20 DIAS	20 DIAS		
EJECUTADO EN UN 100%	7.315.000,00	0				100%	100%

Acta No.	CONCEPTO (Inicio,prorroga, Suspen, Reincio,etc)	FECHADEL ACTA	POLIZA	FECHA TERMINACION DEL ACTA	VALORES			
					VALOR PAGADO	SALDO POR PAGAR	AMORTIZADO	PAGOS ACUMULADOS
1	ACTA DE INICIO	DICIEMBRE 27 DE 2022	96-44-101178199	DICIEMBRE 31 DE 2022	0,00	0	0	0,00
2	FECHA SUSPENSION	DICIEMBRE 28 DE 2022						
3	REINICIO	ENERO 16 DE 2.023		FEBRERO 3 DE 2.023				
4	PRORROGA	FEBRERO 4 DE 2.023		MARZO 3 DE 2.023				

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES

FIRMA INTERVENTOR — FIRMA SUPERVISOR

ANEXO: SOPORTE DE AVANCE

Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte , consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http.//cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización.

Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co

CAS Más Cerca, Mejor Sostenible	INFORME DE SEGUIMIENTO MENSUAL SUPERVISION E INTERVENTORIA	Codigo: F-PCT-008
		Versión: 10
		Hoja 1 de 1
Proceso de Contratacion		Fecha Aprobación: 15/12/2022

FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME: MARZO 3 DE 2.023

ESTADO DEL CONTRATO: EJECUTADO

CONTRATO No: 01562 DE 2022

TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATISTA: CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS SAS - CEMESO

Nit o C.C. No. 901.073.980

No. DE INFORME:1

OBJETO: EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS PROGRAMADAS O POR CAMBIOS DE OCUPACION PARA LOS 77 FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS VINCULADOS A LA CORPORACION CON ANTERIORIDAD AL 1 DE OCTUBRE DE 2022.

VALOR INICIAL: $ 7.315.000,00

VALOR ADICIONAL:

PLAZO CONTRATO: 20 DIAS

PLAZO ADICIONAL: 20 DIAS HABILES

SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA QUIJANO JURADO

CARGO SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO. ÁREA: TALENTO HUMANO

INTERVENTOR:

FECHA INICIO DEL CONTRATO: 27 DE DICIEMBRE DE 2022

FECHA DE SUSPENSIÓN: 28 DE DICIEMBRE DE 2022 NO APLICA

FECHA DE REINICIO: 16 DE ENERO DE 2023 NO APLICA

FECHA DE TERMINACIÓN 1: 31 DE DICIEMBRE DE 2022

	TERMINO DE LA SUSPENSION:	ENERO 15 DE 2.023
	TIEMPO DE PRORROGAS:	19 DIAS HABILES
	FECHA DE TERMINACIÓN 2:	FEBRERO 3 DE 2023
	FECHA DE TERMINACIÓN 3:	MARZO 3 DE 2023

PERIODO DEL INFORME: ENERO 16 DE 2023 - MARZO 3 DE 2023

ALCANCES O ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL

INFORME SUPERVISION O INTERVENTORIA: EL CONTRATO SE EJECUTÓ EN UN 100% CUMPLIENDO EN SU TOTALIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL

AVANCES DE EJECUCIÓN

ALCANCE	PRESUP. CONTRATO	VALOR ADICIONAL	VALOR PAGADO	PLAZO DEL CONTRATO	TIEMPO EJECUTADO	AVANCE FISICO %	AVANCE FINANCIERO PAGADO %
			7.315.000,00	20 DIAS	20 DIAS		
EJECUTADO EN UN 100%	7.315.000,00	0				100%	100%

Acta No.	CONCEPTO (Inicio,prorroga, Suspen, Reincio,etc)	FECHADEL ACTA	POLIZA	FECHA TERMINACION DEL ACTA	VALORES			
					VALOR PAGADO	SALDO POR PAGAR	AMORTIZADO	PAGOS ACUMULADOS
1	ACTA DE INICIO	DICIEMBRE 27 DE 2022	96-44-101178199	DICIEMBRE 31 DE 2022	0,00	0	0	0,00
2	FECHA SUSPENSION	DICIEMBRE 28 DE 2022						
3	REINICIO	ENERO 16 DE 2.023		FEBRERO 3 DE 2.023				
4	PRORROGA	FEBRERO 4 DE 2.023		MARZO 3 DE 2.023				

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES

FIRMA INTERVENTOR

FIRMA SUPERVISOR

ANEXO: SOPORTE DE AVANCE

Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte , consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACION AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autrización.

Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co

NA

CAS 4.0 Más Cerca, Mejor conectados y ambientalmente	**REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS (CONSULTORÍA, CAPACITACIÓN, ASESORÍA, SERVICIOS DE APOYO Y MANTENIMIENTO)**	Código F-PCT-012 Versión: 09 Página 1 de 2 Fecha de Aprobación:01/06/2020

REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS (CONSULTORÍA, CAPACITACIÓN, ASESORÍA, SERVICIOS DE APOYO Y MANTENIMIENTO)

NOMBRE DEL PROVEEDOR: CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS SAS – CEMESO.	**Numero del Contrato o Convenio: 01562 DE 2022**
PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO: EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PERIODICAS PROGRAMADAS	**Fecha de Evaluación: MARZO 3 DE 2023**
EVALUADO POR : SUPERVISOR DEL CONTRATO	
OBSERVACIONES:	

CRITERIOS	CALIFICACIÓN
CALIDAD DEL SERVICIO/PRODUCTO	5
CUMPLIMIENTO DE PLAZOS	5
PROGRAMAS DE GESTIÓN	5
CONTROLES OPERACIONALES/MEDIDAS DE CONTROL	5
CALIFICACION TOTAL	20

Nivel de Calificación

Tipo de Proveedor	Calificación	Acción a Seguir
Proveedor Confiable	Mayor o igual a 3 puntos.	Se envía comunicación al proveedor para invitarlo a que continúe mejorando continuamente su desempeño.
Proveedor No Confiable	Menor a 3 puntos.	Se envía comunicación al proveedor en la cual se le recomienda mejorar su desempeño con base en los aspectos débiles.

CRITERIOS	Consultaría Capacitación Asesoría	Servicios de apoyo	Mantenimiento	PUNTAJE 5	PUNTAJE 3	PUNTAJE 1	CALIFICACIÓN
Calidad del Servicio: Hace referencia al cumplimiento del objeto contractualmente pactado, al valor agregado generado y a la atención prestada a la entidad.	N/A	100%	N/A	El proveedor cumple con el 100% del objeto contractualmente.			5
Cumplimiento de Plazos: Se toma como referencia los plazos establecidos para la ejecución del objeto del contrato.	N/A	100%	N/A	El objeto se ejecuta conforme a lo pactado en el contrato.	Existió 1 prórroga por demoras ocasionadas por los funcionarios en el cumplimiento de las fechas y horas programadas para la toma de los exámenes.		5
Programas de Gestión (Ambiental y Seguridad y Salud Ocupacional)	N/A	100%	N/A	Siempre aplicó los programas de gestión			5
Controles Operacionales/ Medidas de Control	N/A	100%	N/A	Siempre aplicó los controles operacionales			5

Nota: Para diligenciar la casilla de **CALIFICACIÓN** se debe multiplicar el puntaje asignado en cada criterio, por el porcentaje establecido y se lleva al cuadro resumen de la primera hoja, donde se obtiene la **CALIFICACIÓN TOTAL** que es la sumatoria de las calificaciones asignadas.

FIRMA DEL INTERVENTOR

Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte ,consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización.
Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co

ACTA DE RECIBO FINAL No. 01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 01562 DE 2022

En la ciudad de San Gil, a los Tres (03) días del mes de Marzo de 2023, se reunieron **DIEGO FERNANDO PINZON TEJADA** identificado con cedula de ciudadanía 1.095.840.553 de Floridablanca Nit No 901.073.9810 representante legal de **CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS SAS-CEMESO** quién dentro del presente contrato actúa en calidad de contratista, por la otra parte MARTHA PATRICIA QUIJANO JURADO identificada con cédula de ciudadanía No. 63.271.157de Bucaramanga, Profesional Especializado-Área Talento Humano, quien dentro del presente contrato actúa en calidad de supervisor con el fin de suscribir la presente ACTA DE RECIBO FINAL del contrato de Prestación de Servicios No. 01562 de 2022.

1. DATOS GENERALES DEL PROCESO

CONTRATO No.	01562-2022
CONTRATANTE	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER-CAS "
NIT	804.000.292-0
CONTRATISTA	CENTRO MEDICO DE ECXELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS SAS-CEMESO.
NIT	901.073.980
REPRESENTANTE LEGAL	DIEGO FERNANDO PINZON TEJADA
OBJETO	**EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS PROGRAMADAS O POR CAMBIOS DE OCUPACION PARA LOS 77 FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS VINCULADOS A LA CORPORACION CON ANTERIORIDAD AL 1 DE OCTUBRE 2022."**
VALOR DEL CONTRATO	**$7.315.000,00**
FORMA DE PAGO:	UNICO PAGO
PLAZO INICIAL	VEINTE (20) DIAS SIN EXCEDER EL 31/12/2022
FECHA ACTA DE INICIO	27 DE DICIEMBRE 2022
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE 2022

PRORROGAS:

NÚMERO DE PRORROGA	FECHA DE SUSCRIPCION	TIEMPO
01	04 DE FEBRERO 2023	20 DIAS HABILES

SUSPENSIONES

No. SUSPENSION	FECHA DE SUSCRIPCION	TIEMPO DE LA SUSPENSION	SUSCRIPCION DEL REINICIO
01	**28 DE DICIEMBRE 2022**	**19 DIAS**	**16 DE ENERO 2023**
Acta de reinicio	16 DE ENERO 2023		

CONDICIONES FINALES DEL CONTRATO

PLAZO FINAL	FECHA DE TERMINACION DEFINITIVA
04 DE FEBRERO 2023	03 DE MARZO 2023

Que el balance Financiero es el siguiente:

VALOR DEL CONTRATO:	$ 7.315.000
DURACIÓN DEL CONTRATO	20 días
FECHA DE INICIO	27 DE DICIEMBRE DE 2022
FECHA DE TERMINACIÓN	03 DE MARZO 2023
SALDO POR PAGAR: - Contra liquidación	7.315.000,00

CONSIDERACIONES

1. Que el día 27 de Diciembre de 2022 se suscribió Contrato de Prestación de Servicios No.01562-2022, resultante del proceso contractual MC2-041-2022, entre la **CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS** y el CENTRO MEDICO DE ECXELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS SAS-CEMESO , cuyo objeto es: **EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS PROGRAMADAS O POR CAMBIOS DE OCUPACION PARA LOS 77 FUNCIONARIOS DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS VINCULADOS A LA CORPORACION CON ANTERIORIDAD AL 1 DE OCTUBRE 2022.**", por valor de SIETE MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL PESOS ($7.315.000,00) M/cte, y un plazo de VEINTE (20) DIAS SIN EXCEDER EL 31 DE DICIEMBRE 2022.

2. Que el día 27 de Diciembre de 2022 se firmó acta de inicio con fecha de terminación el dia 31 del Diciembre de 2022.

3. Que el contratista CENTRO MEDICO DE ECXELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS SAS-CEMESO con NIT 901.073.980 hace entrega del informe final mediante oficio con fecha Tres de Marzo de 2.023, allegando toda la documentación para el trámite del acta de recibo final correspondiente a la ejecución total del objeto contractual, que contiene lo siguiente:

Oficio Dirigido a la Supervisión
Informe Contable y Financiero.
Factura Electrónica No. FE-4805
RUT
Autorización Numeración Facturación DIAN
Certificación Bancaria
Certificado de Pago de Parafiscales.
Copia Pago de Parafiscales.
Certificación paz y salvo por concepto de pago de nómina del personal vinculado por nómina
Tarjeta Profesional Contadora
Certificado de Junta de Contadores
Anexos

4. Que las actividades pactadas y ejecutadas corresponden a las siguientes:

Actividades y cantidades ejecutadas					
No.	DESCRIPCIÓN	CANT	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Examen de Salud ocupacional periódico con énfasis Osteo muscular y Cardiovascular	77	UND	$22.000	$1.694.000
2	Examen Optometría	77	UND	$15.000	$1.155.000
3	Examen de Audiometría	77	UND	$10.000	$770.000
4	Glicemia y Perfil lipídico. Examen de Riesgo Cardiovascular.	77	UND	$28.000	$2.156.000
5	Electrocardiograma	77	UND	$20.000	$1540.000
	TOTAL				$7.315.000

El valor total ejecutado corresponde a SIETE MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL PESOS ($7.315.000,00) M/cte.

5. Que el contratista presentó toda la documentación requerida para dar trámite al acta de recibo final, de acuerdo con los soportes recibidos se encuentra a paz y salvo con los sistemas de seguridad social en salud, pensión, ARL y parafiscales, esta supervisión de conformidad con lo dispuesto en el artículo 83 de la Constitución Política, presume su veracidad.

6. Que la CAS hará el desembolso al contratista Centro Médico de Excelencia en Salud Ocupacional y Medicina Laboral IPS SAS - CEMESCO identificado con Nit 901073980, Representante Legal: DIEGO FERNANDO PINZON TEJADA, cédula de ciudadanía 1.095.840.553 de Floridablanca, por el valor equivalente a **SIETE MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL PESOS ($ 7.315.000,00) M/cte,** correspondiente al valor final de la ejecución física y financiera descrita en la presente acta de recibo final equivalente al 100% pendiente por pagar del objeto contractual.

7. La ejecución del contrato de prestación de servicios No. 01562-2022 recibida, se encuentra de conformidad con la relación de ítems y cantidades descritas en los anexos y el informe de supervisión e interventoría F-PCT-034-2022 que forman parte integral de la presente acta.

8. Que el porcentaje de ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. 01562-2022 es de un 100%.

9. Que la Corporación Autónoma Regional de Santander y según los términos y condiciones establecidos en el contrato de prestación de servicios No. 01562 - 2022, avala lo que en la presente acta se suscribe.

10. Que, en razón a lo expuesto las partes,

ACUERDAN

1. Recibir a entera satisfacción por parte de la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS, el informe final presentado por el contratista objeto del presente contrato.

2. La Corporación Autónoma Regional de Santander – CAS, ha verificado la ejecución de las actividades del Contrato No. 01562-2022, observando que cumple con lo estipulado en el objeto contractual, de acuerdo con la relación de documentos y con los anexos que forman parte integral de la presente acta.

3. Autorizar el desembolso al contratista Centro Médico de Excelencia en Salud Ocupacional y Medicina Laboral IPS SAS - CEMESCO identificado con Nit 901073980, Representante Legal: DIEGO FERNANDO PINZON TEJADA, cédula de ciudadanía 1.095.840.553 de Floridablanca el valor equivalente a **SIETE MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL PESOS ($7.315.000,00)** M/cte, correspondiente al pago final de la ejecución total del objeto contractual.

En constancia, de lo anterior se firma la presente acta por las personas que en ella intervinieron:

CONTRATISTA

Supervisión

Proyectó:
Revisó:

Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte , consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización.
Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co