MEMORANDO SAF 142.2023 - 20-12-2023 11:53

PARA: **MERLY KATHERINE PARRA DIAZ**
Tesorera-CAS

DE: **LUIS ENRIQUE RAMIREZ ARCHILA**
Subdirector Administrativo y Financiero

ASUNTO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SERVICIOS 01036-2023**

SUSCRITO CON: **CEMESO IPS SAS**
R.L.

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD, BIENESTAR SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, ACORDE AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER - CAS

VALOR CONTRATO INICIAL:	$31.500.000
DURACION:	CIENTO CINCUENTA Y OCHO DIAS (158)
FECHA DE INICIACION 1:	JULIO 24 DE 2023
FECHA DE TERMINACION 1:	DICIEMBRE 31 DE 2023
VALOR PAGADO ACTA 1:	$5.250.000
VALOR PAGADO ACTA 2:	$5.250.000
VALOR PAGADO ACTA 3:	$5.250.000
VALOR PAGADO ACTA 4:	$5.250.000
VALOR A COBRAR PRESENTE ACTA:	$5.250.000
SALDO PENDIENTE POR COBRAR:	$5.250.000

Estando todo conforme a lo especificado a satisfacción de la entidad, y de acuerdo a lo establecido en el contrato, se autoriza el pago de la suma de **CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($5.250.000)**, correspondiente al periodo del 24 de noviembre al 23 de diciembre de 2023

Se anexan los siguientes documentos:

- COPIA PAGO DE PARAFISCALES
- FACTURA DE VENTA FE No 6411
- INFORME SEGUIMIENTO DE INTERVENTORIA

Cordialmente,

LUIS ENRIQUE RAMIREZ ARCHILA
Subdirector Administrativo y Financiero

ACTA DE RECIBO No. 005

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	01036-2023
CONTRATANTE	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS
NIT	804.000.292
CONTRATISTA	CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS S.A.S CEMESO IPS SAS
NIT	901.073.980-4
REPRESENTANTE LEGAL	EGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA
CEDULA DE CIUDADANÍA	91071950
COMPROMISO PRESUPUESTAL	CDP No. 23-06681 RP N°: 23-06633
VALOR DEL CONTRATO	$31.500.000
FECHA DE INICIO	24 DE JULIO DE 2023
FECHA DE TERMINACION	31 DE DICIEMBRE DE 2023
SUPERVISOR	LUIS ENRIQUE RAMIREZ ARCHILA Subdirector Administrativo y Financiero

En la ciudad de San Gil a los veintidós (22) días del mes de noviembre de 2023, se reunieron los señores: LUIS ENRIQUE RAMIREZ ARCHILA subdirector administrativo y financiero de la **CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS** en calidad de supervisor del contrato, y EGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, en calidad Contratista, con el fin de suscribir la presente acta de recibo parcial del contrato.

CONSIDERANDO:

1. Que el día 24 de JULIO de 2023 se suscribió Contrato de Prestación de Servicios No. 01036-2023, resultante del proceso contractual CPS-01036-2023, entre la **CORPORACIÓN**

AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS y el **CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL IPS S.A.S CEMESO IPS SAS**, cuyo objeto es: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD, BIENESTAR SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, ACORDE AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS", por valor de treinta y un millones quinientos mil pesos mcte ($31.500.00) y un plazo de ejecución de ciento cincuenta y ocho (158) días.

2. Que el día 24 de julio de 2023 se firmó acta de inicio con fecha de terminación el día 31 de diciembre de 2023.

3. Que en virtud de la cláusula tercera del contrato No. 01036-2023 se establece la forma de pago:

"El valor del contrato se pagará, por actividad o programa realizado de acuerdo con lo programado con la Supervisión del contrato, incluida la entrega de los productos definidos en el objeto contractual, de acuerdo con los valores unitarios ofertados en la propuesta económica, y avalados por la Supervisión, los cuales se realizarán previa programación del PAC"

4. Que en virtud de lo anterior el contratista CEMESO IPS SAS con NIT 901.073.980-4 remite INFORME con fecha 22 de diciembre de 2023, con la documentación para el trámite de la cuenta parcial No. 005 correspondiente al avance físico del 94.93% del objeto contractual, relacionados así:

- Oficio Dirigido a Tesorería
- Informe Contable y Financiero.
- Factura Electrónica
- RUT
- Certificación Bancaria
- Certificado de Pago de Parafiscales
- Copia Pago de Parafiscales
- Tarjeta Profesional Contadora
- Certificado de Junta de Contadores
- Anexos

5. Que el balance financiero es el siguiente:

BALANCE FINANCIERO		
DETALLE	**VALOR ($)**	**VALOR ($)**
VALOR INICIAL	$31.500.000	
VALOR ADICIONAL	$0.0	

VALOR PAGADO ACTA PARCIAL No.1		$5.250.000
VALOR PAGADO ACTA PARCIAL No.2		$5.250.000
VALOR PAGADO ACTA PARCIAL No.3		$5.250.000
VALOR PAGADO ACTA PARCIAL No.4		$5.250.000
VALOR A PAGAR ACTA PARCIAL No.5		$5.250.000
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR (16.6%):		$5.250.000
TOTAL (SUMAS IGUALES)	**$31.500.000**	**$31.500.000**

6. Que el contratista presentó toda la documentación requerida para dar trámite al acta parcial No. 005 y 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, como se puede evidenciar en el concepto financiero que hace parte de la presente acta.

7. Que la CAS hará el pago al contratista CEMESO IPS SAS con NIT 901.073.980-4, el valor equivalente a **CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($5.250.000)** correspondiente a una ejecución física del 94.93% y financiera del 83.33% del objeto contractual.

8. Que queda pendiente por ejecutar el valor de **CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($5.250.000)** correspondientes al 16.6% del objeto contractual.

9. Que la Corporación Autónoma Regional de Santander y según los términos y condiciones establecidos en el contrato de prestación de servicios No. 01036-2023, avala lo que en la presente acta se suscribe.

10. Los alcances recibidos del contrato se encuentran 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.

11. Que, en razón a lo expuesto,

ACUERDAN

1. Suscribir la presente acta de recibo parcial No. 005 del contrato de prestación de servicios No. 01036-2023 cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD, BIENESTAR SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, ACORDE AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS", de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa del presente documento.
2. Que la Corporación Autónoma Regional de Santander – CAS, ha verificado el estado y avance de las actividades del contrato de prestación de servicios No. 01036-2023, observando que cumple con lo estipulado en el objeto contractual, según informe de supervisión e interventoría F-PCT-034-2022 de fecha veintinueve (29) de noviembre de 2023.
3. Autorizar el pago por un valor de **CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($5.250.000)** correspondiente a una ejecución física 94.93% y financiera del 83.33% del objeto contractual.

4. En constancia se firma por los que en ella intervinieron,

CONTRATISTA

SUPERVISOR

Proyecto: catalina castro
Revisó: Luis enrique ramirez

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

IPS SAS
CEMESO
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 - 6411

19 | 12 | 2023

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18764047368212
FECHA: 12/04/2023 NUMERACIÓN AUTORIZADO
CON PREFIJO FE DEL 5001 AL 10000 Vigencia por

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
1	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD, BIENESTAR SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, ACORDE AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER - CAS CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 01036 DE 2023 PAGO 005	5,250,000	5,250,000

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
	PROCESADA		
		Sub Total	5,250,000.00
		Vr. IVA	0.00
Observaciones:		**Vr. Pagado**	0,00
		Vr. Saldo	5.250.000,00
Valor en Letras: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA COR		**Vr. Total**	5,250,000.00

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: 4c6f4065bdf0596ece0c5f5f009de39b49ac854f27dc35ca714a63cec5113f3b3b2795da016b1e6f85b6622cf1a3bf4b

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

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

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

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

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

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 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:		**7905314471**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/11/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		300891501

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 185.600	$ 1.200	$ 186.800
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 1.200**	**$ 186.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 300	$ 0	$ 46.400	$ 300	$ 0	$ 46.700
SUBTOTALES:													**$ 46.400**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 46.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.100	$ 6.100	$ 100	$ 0	$ 6.200
SUBTOTALES:									**$ 6.100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 6.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 46.400	$ 300	$ 46.700
SUBTOTALES:			**$ 46.400**	**$ 300**	**$ 46.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										ADMIN	TOTAL APORTE				
1	CC 91071950	PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI	01																231001-COLFONDOS	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	001	$ 6.100	30	$ 1.160.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 286.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 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:			**7905673208**	TIPO DE PLANILLA:				E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		6						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/11/27		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		300251692		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	2	$ 371.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 0	$ 371.200	$ 2.300	$ 373.500
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 185.600	$ 1.200	$ 186.800
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 742.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.500	$ 0	$ 742.400	$ 4.500	$ 746.900
SUBTOTALES:										**$ 1.299.200**	**$ 8.000**	**$ 1.307.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	7		$ 0		$ 0		$ 0	$ 324.800	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 324.800	$ 2.000	$ 0	$ 326.800
SUBTOTALES:													**$ 324.800**	**$ 2.000**	**$ 0**	**$ 326.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	7		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.800	$ 48.800	$ 300	$ 0	$ 49.100
SUBTOTALES:									**$ 48.800**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 49.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	7	$ 324.800	$ 2.000	$ 326.800
SUBTOTALES:			**$ 324.800**	**$ 2.000**	**$ 326.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD					ARP															
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 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:	**7908650012**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/12/19			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	347654826		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 742.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 742.400	$ 0	$ 742.400
230201	230201- PROTECCION	2	$ 371.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.200	$ 0	$ 371.200
SUBTOTALES:										**$ 1.299.200**	**$ 0**	**$ 1.299.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	7		$ 0		$ 0		$ 0	$ 324.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 324.800	$ 0	$ 0	$ 324.800
SUBTOTALES:													**$ 324.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 324.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	7		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.800	$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800
SUBTOTALES:									**$ 48.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 48.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	7	$ 324.800	$ 0	$ 324.800
SUBTOTALES:			**$ 324.800**	**$ 0**	**$ 324.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
							COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA																PENSIÓN								SALUD					ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO				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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1001788090	ARTETA ESCALANTE KATY LUZ	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	1	$ 6.100	30	$ 1.160.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1100948971	SANCHEZ RODRIGUEZ ELIZABETH	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																231001-COLFONDOS	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	1	$ 6.100	30	$ 1.160.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1100972432	PINTO GOMEZ ANGIE KATHERINE	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	1	$ 6.100	30	$ 1.160.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1100974182	REYES CARVAJAL LISSETH DANIELA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	01	$ 6.100	30	$ 1.160.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1101695102	CASTRO MUÑOZ FELIX MIGUEL	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	1	$ 6.100	30	$ 1.160.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1192890640	URECHE RAMIREZ LEIDYS PAOLA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	01	$ 12.200	30	$ 1.160.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 37895427	PORRAS MELGAREJO OLGA LUCIA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	1	$ 6.100	30	$ 1.160.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 1.997.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 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:	**7908609731**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO 2023			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/12/19			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	347761304

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 46.400
SUBTOTALES:													**$ 46.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 46.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.100	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 6.100
SUBTOTALES:									**$ 6.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 46.400	$ 0	$ 46.400
SUBTOTALES:			**$ 46.400**	**$ 0**	**$ 46.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																								PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

ANA DEL CARMEN DIAZ ARGUELLO.
Contador Público

EL SUSCRITO CONTADOR DE
CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL
CEMESO IPS SAS
NIT: 901.073.980

C E R T I F I C A

Que el CENTRO MEDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL CEMESO IPS SAS, con Nit: 901.073.980-4 se encuentra al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social del personal vinculado por nómina al mes de diciembre de 2023.

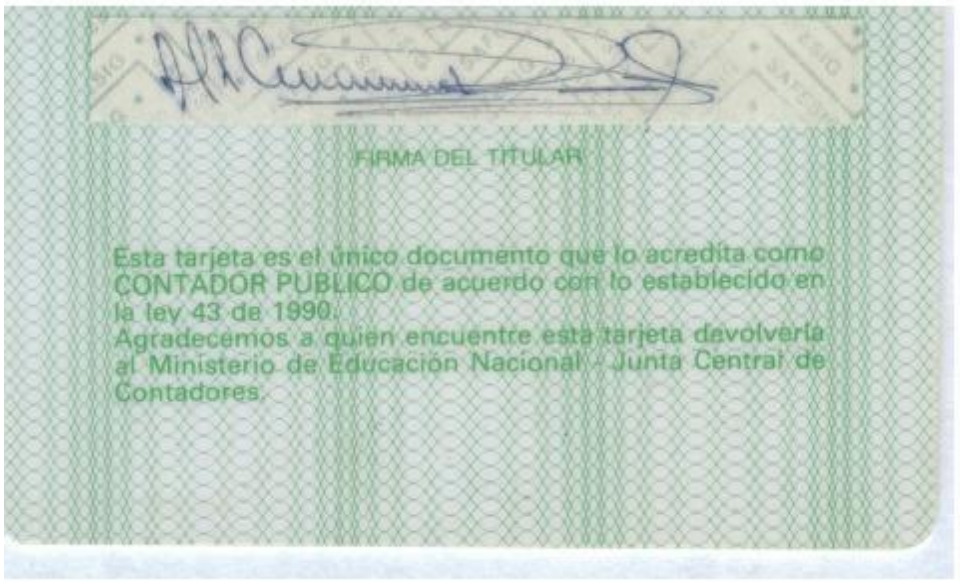
Se expide la presente certificación a solicitud del interesado para trámites ante la CAS en San Gil a los diez y nueve días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,

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

Carrera 3 6A 28 San Gil
Celular 3118689858


Republica de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
21765-T
ANA DEL CARMEN
DIAZ ARGUELLO
C.C. 28.053.104
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:

5409917A01C80969

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 * * *

INFORME DE ACTIVIDADES Nª005

San Gil, 22 de diciembre del 2023.

Doctor:
LUIS ENRIQUE RAMIREZ ARCHILA
Subdirector Administrativo Y Financiero
CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Asunto: Informe de actividades realizadas.

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.071.950, de San Gil, en mi calidad de Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas durante el período comprendido del 24 de noviembre al 23 de diciembre del 2023.

Forma de pago: El presente contrato se cancelará mediante pagos mensuales, con la presentación de la cuenta de cobro, pago de seguridad social y factura correspondiente al servicio prestado.

OBJETO:
"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD, BIENESTAR SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, ACORDE AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER - CAS."

No.	**Obligaciones Contractuales**	**Acciones realizadas**	**Evidencias**
1	**GESTION DOCUMENTAL**	Investigación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales.	Evidencia fotográfica
2	**ASESORIAS**	N/A	
3	**PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD**	1. Capacitaciones para todos los trabajadores de planta	Evidencia fotográfica

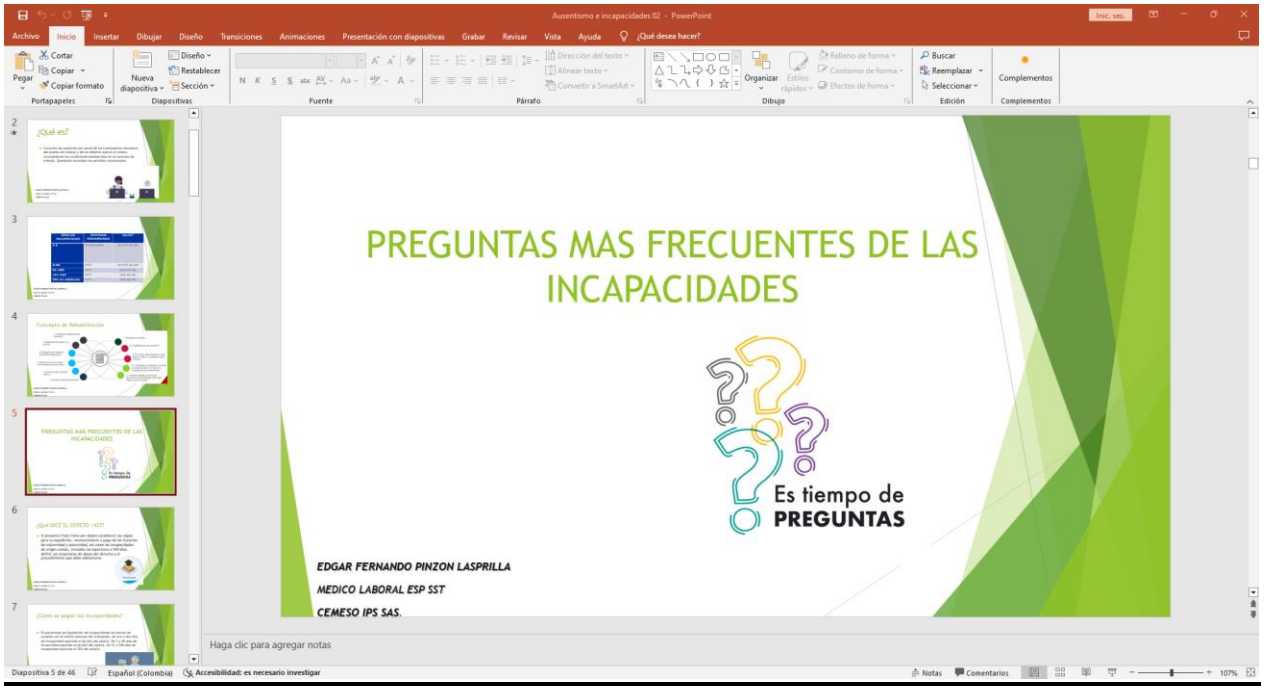
		sobre reporte de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 2. Asesoría en la medición de los indicadores de frecuencia de accidentalidad, severidad de accidentalidad, proporción de accidentes de trabajo mortales, prevalencia de la enfermedad laboral, incidencia de la enfermedad laboral y ausentismo por causa médica. Según los sistemas de vigilancia epidemiológica. 3.Realizar seguimiento a recomendaciones laborales por médicos tratantes y resultantes de las evaluaciones por patologías previas de los trabajadores de planta.	
5	**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR**	Toma de Pruebas de laboratorio (glicemia, colesterol y triglicéridos) de seguimiento.	Evidencia fotográfica
6	**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE RIESGO OSTEOMUSCULAR**	Valoración trimestral a los pacientes con alteraciones osteomuscular. (Seguimiento)	Evidencia fotográfica

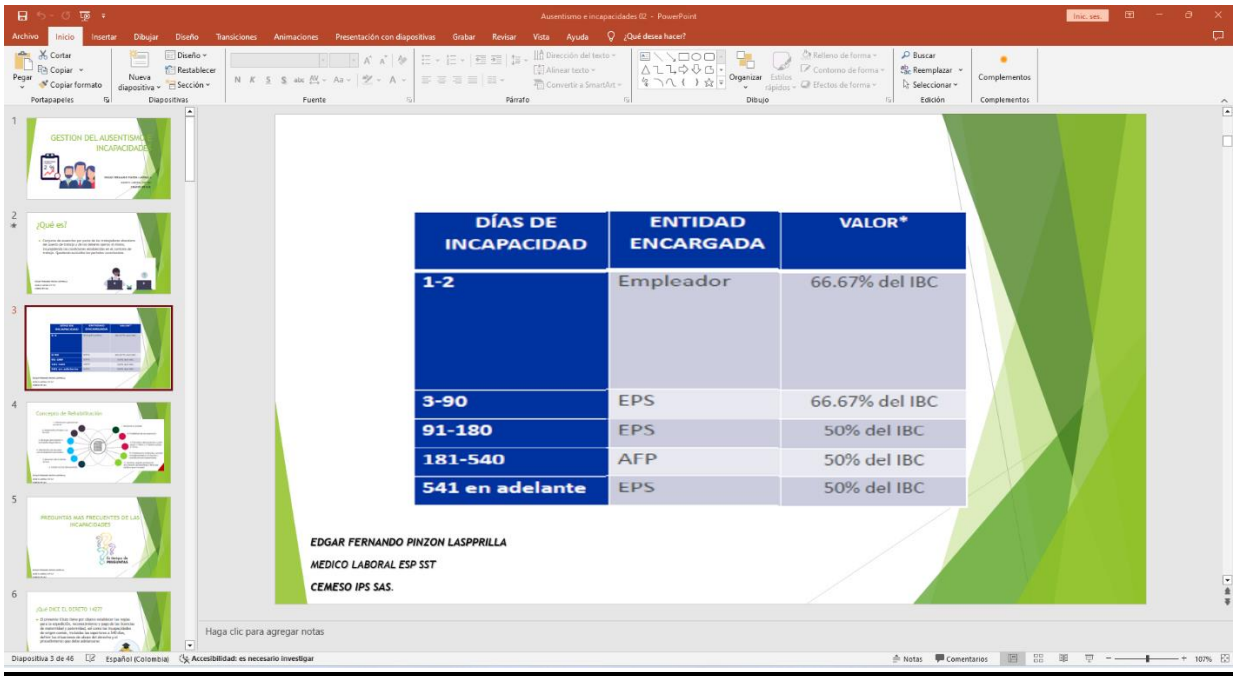
7	**1.1 PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE RIESGO AUDITIVO**	1. Según el curso de la patología, remitir a la EPS o ARL para continuar proceso de atención Clínica, siempre y cuando se requiera. 2.Según patologías detectadas realizar seguimiento.	Evidencia fotográfica
8	**1.1 PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE RIESGO VISUAL**	N/A	
9	**1.1 PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE RIESGO PSICOSOCIAL**	N/A	
10	**1.1 PROGRAMA DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES**	1. Según el curso de la patología, remitir a la EPS o ARL para continuar proceso de atención Clínica. 2.Llevar la CUSTODIA CLÍNICA de las Historias Clínicas de los trabajadores de planta de la CORPORACION AUTONOMA DE SANTANDER - CAS SAN GIL 3. Capacitación a los trabajadores de planta sobre temas relacionados con reubicación laboral y rehabilitación integral.	Evidencia fotográfica
11	**1.1 PROGRAMA DE VIGILANCIA DE REUBICACION LABORAL Y REHABILITACION INTEGRAL**	Programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Evidencia fotográfica

		corporación autónoma de Santander C.A.S.	
12	**1. PROGRAMA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO A PACIENTES DE ALTO RIESGO PARA CONTAGIO DE COVID 19 RESOLUCIÓN 030 MINSALUD**	N/A	

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

ACTIVIDAD 3




Ausentismo e incapacidades 02 - PowerPoint
GESTION DEL AUSENTISMO E INCAPACIDADES
¿Qué es?
Concepto de Rehabilitación
PREGUNTAS MAS FRECUENTES DE LAS INCAPACIDADES
¿Y QUE ES EL DERECHO ? ACT?
DÍAS DE INCAPACIDAD
ENTIDAD ENCARGADA
VALOR*
1-2
Empleador
66.67% del IBC
3-90
EPS
66.67% del IBC
91-180
EPS
50% del IBC
181-540
AFP
50% del IBC
541 en adelante
EPS
50% del IBC
EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA
MEDICO LABORAL ESP SST
CEMESO IPS SAS.
Haga clic para agregar notas

ACTIVIDAD 5







cemesoipssas@gmail.com **Tel**. (057) 723 7917 - **Celular**: 316 741 0048
Carrera 10 N°

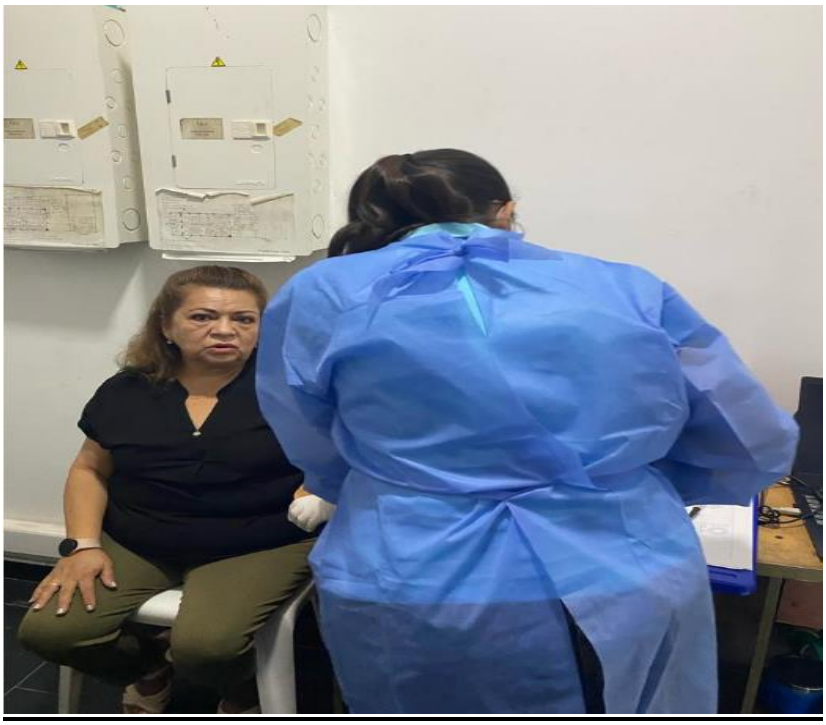
16-33 - **San Gil, Santander – Colombia**





cemesoipssas@gmail.com **Tel**. (057) 723 7917 - **Celular**: 316 741 0048
Carrera 10 N°

16-33 - **San Gil, Santander – Colombia**

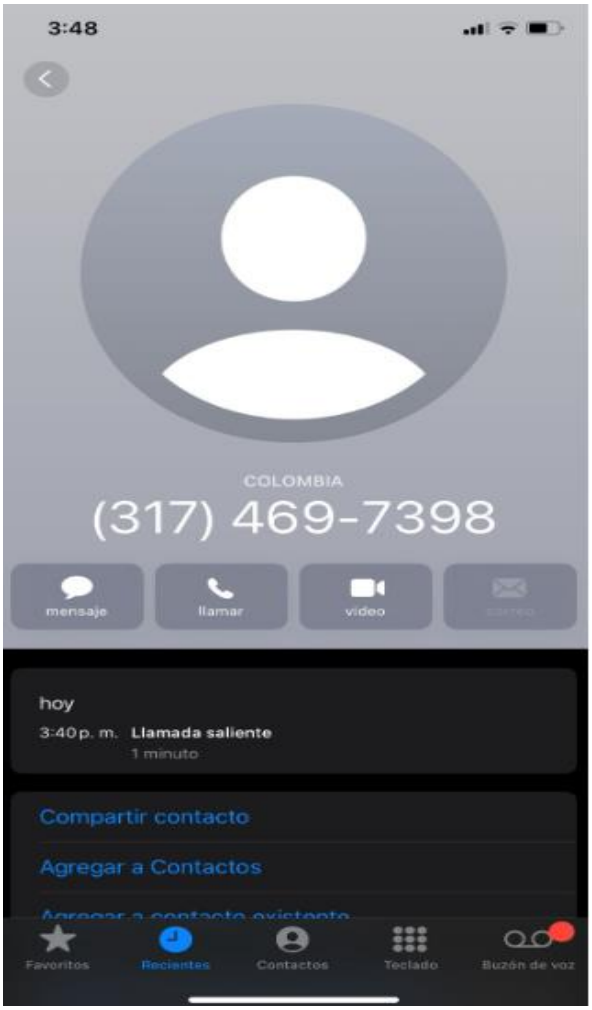


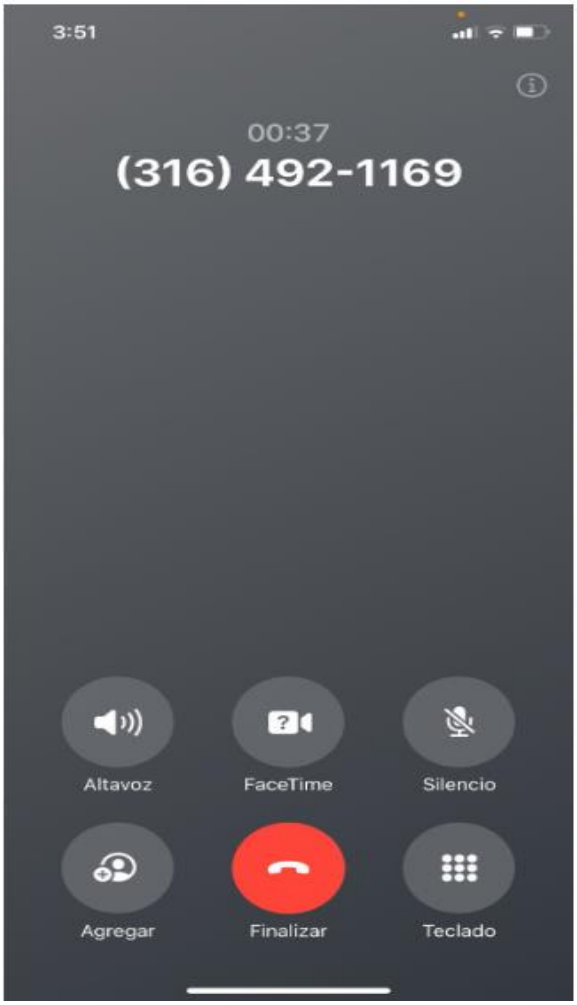


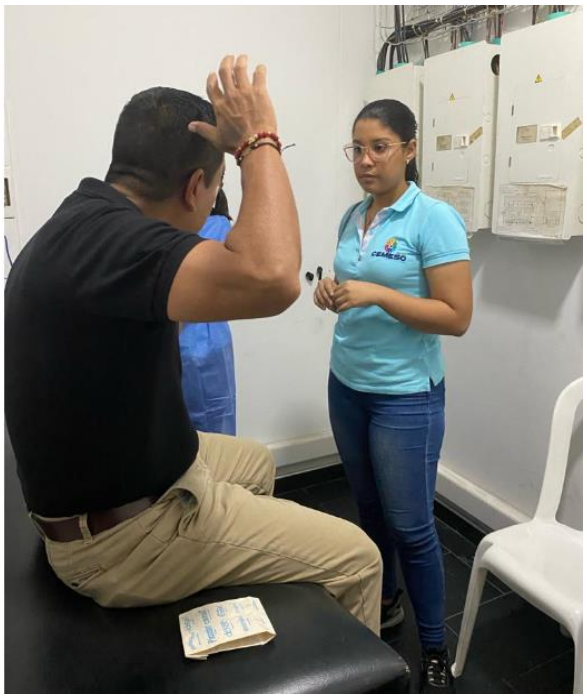
cemesoipssas@gmail.com **Tel**. (057) 723 7917 - **Celular**: 316 741 0048
Carrera 10 N°

16-33 - **San Gil, Santander – Colombia**

ACTIVIDAD 6


3:48
COLOMBIA
(317) 469-7398
mensaje
llamar
video
hoy
3:40 p. m. Llamada saliente
1 minuto
Compartir contacto
Agregar a Contactos
Favoritos
Recientes
Contactos
Teclado
Buzón de voz


3:51
00:37
(316) 492-1169
Altavoz
FaceTime
Silencio
Agregar
Finalizar
Teclado



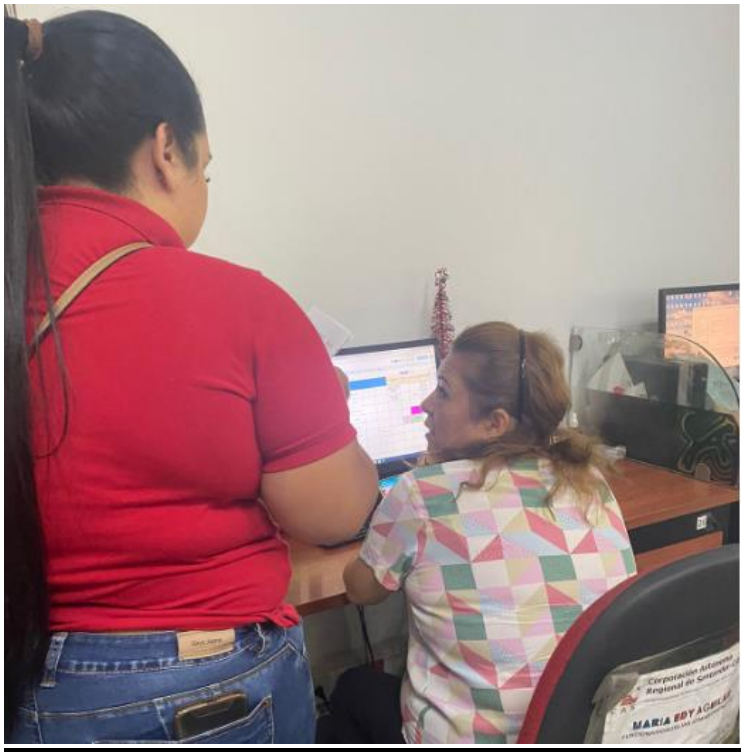




cemesoipssas@gmail.com **Tel**. (057) 723 7917 - **Celular**: 316 741 0048
Carrera 10 N°

16-33 - **San Gil, Santander – Colombia**

ACTIVIDAD 7

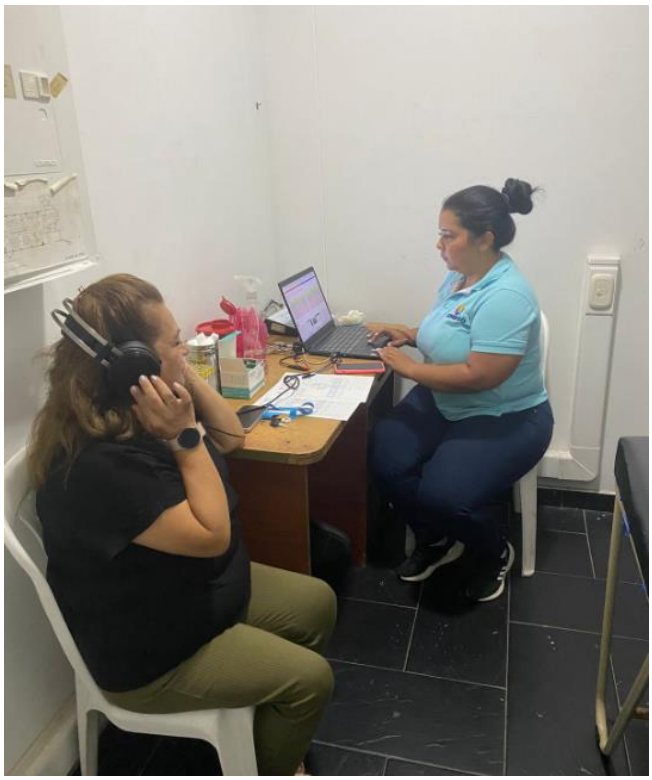




cemesoipssas@gmail.com **Tel**. (057) 723 7917 - **Celular**: 316 741 0048
Carrera 10 N°

16-33 - **San Gil, Santander – Colombia**



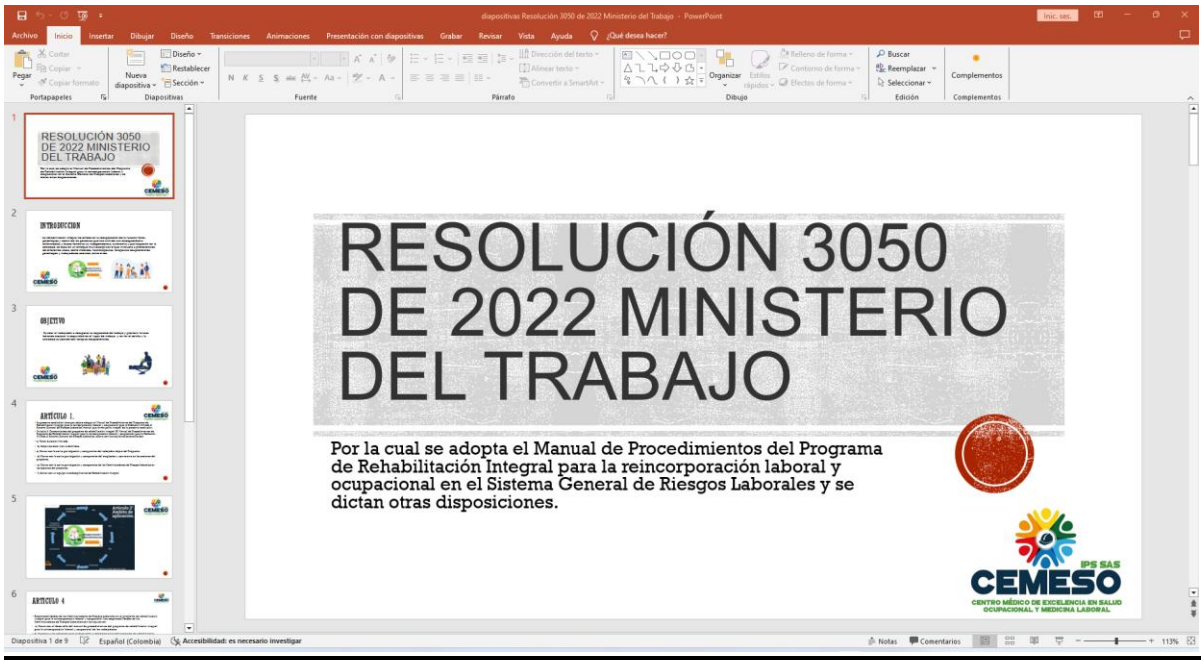


cemesoipssas@gmail.com **Tel**. (057) 723 7917 - **Celular**: 316 741 0048
Carrera 10 N°

16-33 - **San Gil, Santander – Colombia**

ACTIVIDAD 10





Buscar texto o herram

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

DIRECCION CRA 10 NO. 16-33 TEL 7237917 CEL 3102732388
San Gil – Email: cemesoipssas@gmail.co

En cumplimiento a la resolución 0312 del 2019- estándares mínimos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST

CERTIFICA QUE

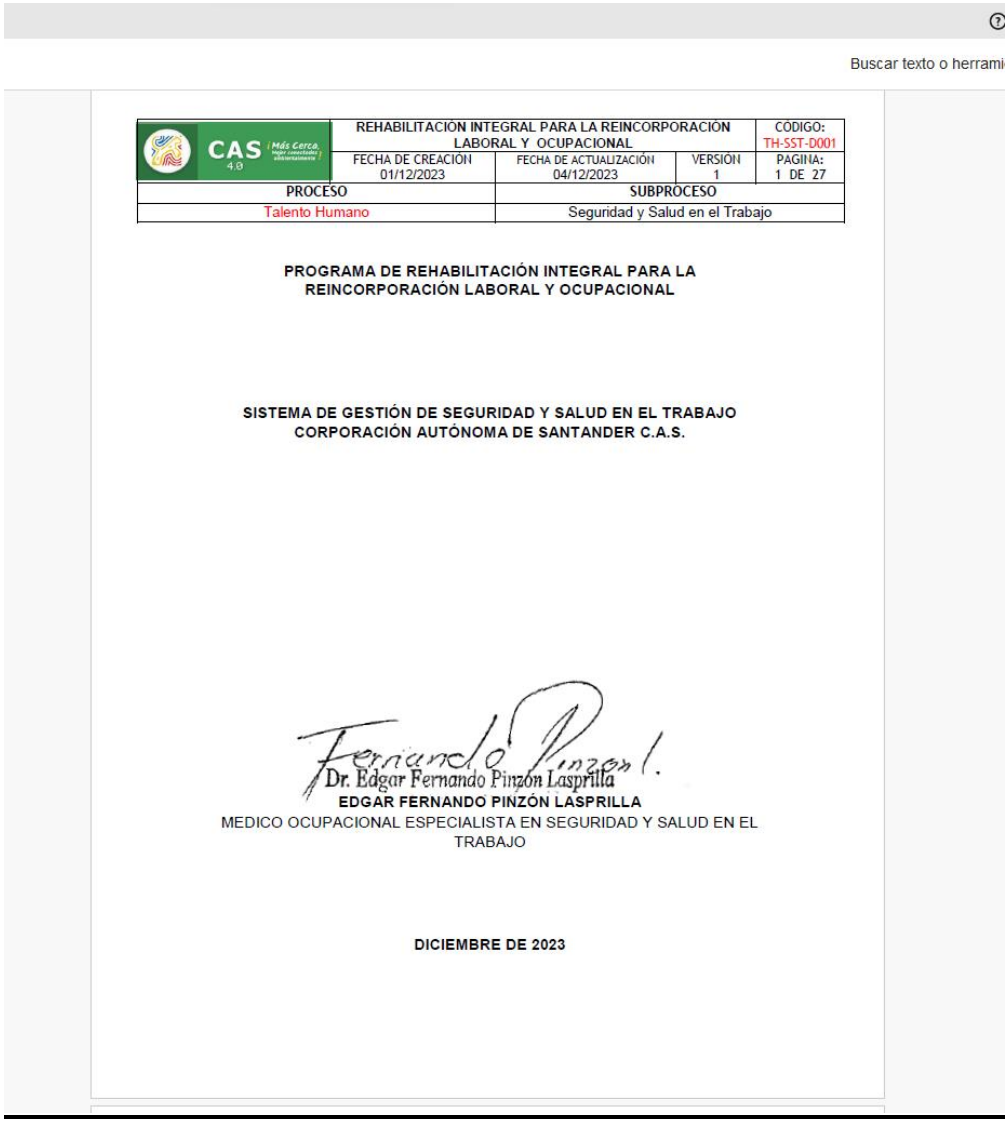
La empresa **CORPORACION AUTONOMA DE SANTANDER C.A.S** CON Nit 804000292 se encuentra dentro de nuestra base de datos como cliente activo desde el 01 de Noviembre del 2022 La custodia de los conceptos médicos ocupacionales y la historia clínica de la población trabajadora de esta entidad están a cargo de **CEMESO IPS SAS** por medio electrónico a través del software biófile.
Estamos habilitados por la secretaria de salud departamental como prestador de servicios en salud ocupacional bajo el registro 686790699001 cumpliendo con los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes.

Lo anterior respalda el contrato de prestación de servicios ofimáticos celebrado con **Biófile S.A.S. NIT: 901.080.631-8** Rep. Legal: Dorian Ferney Rallón Galvis Rep. Legal CC: 13.748.53.

Se expide en San Gil a solicitud del interesado a los 18 días del mes de diciembre del año 2023.

ATENTAMENTE,
CEMESO IPS SAS
NIT 901073980-4

ACTIVIDAD 11



Buscar texto o herrami

	REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA REINCORPORACIÓN LABORAL Y OCUPACIONAL			CÓDIGO: TH-SST-D001
	FECHA DE CREACIÓN 01/12/2023	FECHA DE ACTUALIZACIÓN 04/12/2023	VERSIÓN 1	PAGINA: 1 DE 27
PROCESO		SUBPROCESO		
Talento Humano		Seguridad y Salud en el Trabajo		

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA REINCORPORACIÓN LABORAL Y OCUPACIONAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CORPORACIÓN AUTÓNOMA DE SANTANDER C.A.S.

Dr. Edgar Fernando Pinzón Lasprilla
EDGAR FERNANDO PINZÓN LASPRILLA
MEDICO OCUPACIONAL ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

DICIEMBRE DE 2023

Dr. Edgar Fernando Pinzón Lasprilla
EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA
Rp: CEMESO IPS SAS
Contratista

CAS ¡Más Cerca, Mejor conectados ambientalmente! 4.0	**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: 22/12/2023 — **ESTADO DEL CONTRATO: VIGENTE**

CONTRATO No: 01036-2023 — **TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS**

CONTRATISTA: centro medico de excelencia en salud ocupacional y medicina laboral ips sas - CEMESO IPS SAS

Nit o C.C. No. **901073980-4** — **No. DE INFORME: 5**

OBJETO: **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD, BIENESTAR SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, ACORDE AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER - CAS**

VALOR INICIAL: $ 31.500.000 — **VALOR ADICIONAL 1: $** **VALOR ADICIONAL 2: $**

PLAZO CONTRATO: CIENTO CINCUENTA Y OCHO DIAS (158) — **PLAZO ADICIONAL:**

SUPERVISOR: LUIS ENRIQUE RAMIREZ ARCHILA

CARGO SUPERVISOR: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

INTERVENTOR:

FECHA INICIO DEL CONTRATO:	**24 DE JULIO DE 2023**		
FECHA DE SUSPENSIÓN:	NO APLICA	**TERMINO DE LA SUSPENSION:**	
FECHA DE REINICIO:	NO APLICA	**TIEMPO DE PRORROGAS:**	
FECHA DE TERMINACIÓN 1:	**31 DE DICIEMBRE DE 2023**	**FECHA DE TERMINACIÓN 2:**	
PERIODO DEL INFORME:	24 DE NOVIEMBRE AL 23 DE DICIEMBRE DE 2023		

ALCANCES O ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL

INFORME SUPERVISION O INTERVENTORIA	5	

AVANCES DE EJECUCIÓN

ALCANCE	PRESUP. CONTRATO	VALOR ADICIONAL	VALOR PAGADO	PLAZO DEL CONTRATO	TIEMPO EJECUTADO	AVANCE FISICO %	AVANCE FINANCIERO PAGADO %
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD, BIENESTAR SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO, EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, ACORDE AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER - CAS	$31,500,000		$21,000,000	158 DIAS	5 MESES	94.93%	66.66%

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	24 DE JULIO DE 2023		31 DE DICIEMBRE DE 2023		$31,500,000		
2	ACTA PARCIAL No 1	07 DE SEPTIEMBRE DE 2023		31 DE DICIEMBRE DE 2023	$ 5,250,000	$26,250,000		$ 5,250,000
3	ACTA PARCIAL No 2	04 DE OCTUBRE DE 2023		31 DE DICIEMBRE DE 2023	$ 5,250,000	$21,000,000		$ 10,500,000
4	ACTA PARCIAL No 3	15 DE NOVIEMBRE DE 2023		31 DE DICIEMBRE DE 2023	$ 5,250,000	$15,750,000		$ 15,750,000
5	ACTA PARCIAL No 4	29 DE NOVIEMBRE DE 2023		31 DE DICIEMBRE DE 2023	$ 5,250,000	$10,500,000		$ 21,000,000
6	ACTA PARCIAL No 5	22 DE DICIEMBRE DE 2023		31 DE DICIEMBRE DE 2023				
7								
8								
9								
10								
11								
15								
16								

OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES

FACTURA FE-6411

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