**Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHnbeltran | NURY ANDREA BELTRAN VARGAS |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-041- | CENTRO DE DESARROLLO |
| Fecha y Hora Sistema: | 8/09/2023 12:00:00 p. m. | |

## REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 423 de fecha 2023-01-12. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 90723 | **Fecha Registro:** | 2023-09-08 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | 36-02-00-041-952610 CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 4.636.950,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | **Valor Actual:** | 4.636.950,00 | **Saldo x Obligar:** | 4.636.950,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 900617163 | **Razón Social:** | I.P.S. MEDI - SALUD S.A.S. | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 46697353895 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 12282057 | **Nombre:** | HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ | **Cargo:** | SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.5365316 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2023-09-08 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 952610 DENTRO DE DESARROLLO | C-3603-1300-14-0-3603025-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | Nación | 10 | CSF | | 4.636.950,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 4.636.950,00 | 0,00 | 4.636.950,00 | 4.636.950,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | Prestar el servicio de suministro y aplicación de vacunas a los aprendices del Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila del SENA, Regional Huila |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-041-952610 | CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-12-22 | 4.636.950,00 | 4.636.950,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14938927179

(415)7707212489984(8020) 000001493892717 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 6 1 7 1 6 3 | 6 | Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8 | |

## 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
I.P.S. MEDI - SALUD S.A.S.

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caquetá 1 8 | Florencia 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 6 9 B 10 BRR LAS AVENIDAS

42. Correo electrónico ipsmedisaludsas@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 8 4 3 5 8 3 0 0 | 3 1 7 4 2 0 9 7 1 1 |

## 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 3 0 3 2 2 | 8 6 9 9 | 2 0 1 3 0 3 2 2 | 8 6 9 1 7 0 2 0 | | |

## 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 | 7 | 1 4 | 4 2 | 4 7 | 4 8 | 5 2 | 5 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
47 - Régimen Simple de Tributación - SIM
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

| 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 2023 - 08 - 17 / 16 : 45: 09

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 MORALES BOHORQUEZ ANGELA MARIA
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: 14938927179

(415)7707212489984(8020) **000001493892717 9**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 9 0 0 6 1 7 1 6 3 | 6 | Impuestos y Aduanas de Florencia | 2 8 | |

## 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 | 1 | |
| 73. Fecha | 2 0 1 3 0 3 1 6 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 3 0 3 2 2 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 8 3 7 0 7 | |
| 78. Departamento | 1 8 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 4 1 | |

**Vigencia**

| | | |
|---|---|---|
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## 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 | 8 1 | 2 0 1 5 0 1 0 1 | | - |
| 2 | 1 1 7 | 2 0 2 3 0 2 0 2 | | - |
| 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: 14938927179

(415)7707212489984(8020) **000001493892717 9**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 6 1 7 1 6 3 | 6 | Impuestos y Aduanas de Florencia | 2 8 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 3 0 3 2 2 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 3 4 5 3 6 0 8 6 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORALES | BOHORQUEZ | ANGELA | MARIA |

| 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
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14938927179

(415)7707212489984(8020) **000001493892717 9**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 6 1 7 1 6 3 | 6 | Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 6 8 0 2 5 2 4 | 1 | 1 5 8 2 1 1 |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PAEZ | ARTUNDUAGA | CLIMACO | |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 4 0 1 0 3 |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

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: 14938927179

(415)7707212489984(8020) **000001493892717 9**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 6 1 7 1 6 3 | 6 | Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8 | |

**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: I. P.S. MEDI - SALUD S.A.S.

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Caquetá 1 8 | Florencia 0 0 1 |

165. Dirección: CL 6 9 B 10 BRR LAS AVENIDAS

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

**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

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900617163 | 6 | IPS MEDI SALUD SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | IPS MEDI SALUD SAS | CL 6 9 B 10 | FLORENCIA-CAQUETA | 4358300 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-10 | 2023-11 | 288493977 | 9459081092 | E | 2023/11/16 | 2023/11/20 | BANCOLOMBIA | 4 | $1,231,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1117539292 | BERNAL MARCY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF13 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $306,700 |
| 2 | CC | 1061725253 | CARVAJAL CRISTIAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF13 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $306,700 |
| 3 | CC | 1117547537 | HOYOS LEIDY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF13 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $306,700 |
| 4 | CC | 1117527339 | ORTIZ NEIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF13 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $306,700 |
| **Total** | **Afiliados( 4)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,640,000 | $742,400 | | | $4,640,000 | $185,600 | | | $4,640,000 | $185,600 | | | $4,640,000 | $113,200 | | $0 | $0 | | $1,226,800 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900617163 | 6 | IPS MEDI SALUD SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | IPS MEDI SALUD SAS | CL 6 9 B 10 | FLORENCIA-CAQUETA | 4358300 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-10 | 2023-11 | 288493977 | 9459081092 | E | 2023/11/16 | 2023/11/20 | BANCOLOMBIA | 4 | $1,231,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $742,400 | $3,000 | $0 | $745,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 4 | $742,400 | $3,000 | $0 | $745,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $113,200 | $500 | $0 | $113,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 4 | $113,200 | $500 | $0 | $113,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $185,600 | $800 | $0 | $186,400 |
| COMFACA | CCF13 | 891,190,047 | 2 | 4 | $185,600 | $800 | $0 | $186,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 4 | $185,600 | $800 | $0 | $186,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 3 | $139,200 | $600 | $0 | $139,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $46,400 | $200 | $0 | $46,600 |
| **TOTAL** | | | | **4** | **$1,226,800** | **$5,100** | **$0** | **$1,231,900** |

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

**FORMATO CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA**

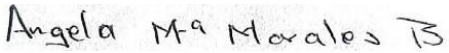
El Suscrito Representante legal identificado con cédula de ciudadanía No. 34.536.086 de Popayán, certifica que la sociedad IPS MEDISALUD SAS identificada con NIT. 900617163-6, en mi condición de Representante Legal , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Florencia Caquetá , luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

Le aplica la contratación de aprendices del SENA SI__ NO X

La presente se expide a los 21 días del mes de noviembre de 2023, en Florencia-Caquetá

Se firma según el caso por:



Angela María Morales Bohórquez
Cedula. 34.536.086 De Popayán
Representante Legal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
6802524

PAEZ ARTUNDUAGA
APELLIDOS

CLIMACO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1981
BELEN DE LOS ANDAQUIES
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
O- G. S. RH
M SEXO

29-NOV-2000 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-4400100-67068392-M-0006802524-20010601 02909 01151A 01 098875700

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

158211-T



CLIMACO
PAEZ ARTUNDUAGA
C.C. 6802524
RESOLUCION INSCRIPCION 107 FECHA 07/04/2011
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA

PRESIDENTE

MAURICIO ESPAÑOL LEON 168840

FIRMA DEL TITULAR 84053

Esta tarjeta es el unico 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 Comercio Industria y Turismo, Junta Central de Contadores.

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

# CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, **ANGELA MARIA MORALEZ BOHORQUEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 34.536.086, en mi condición de Representante Legal de la empresa **IPS MEDI-SALUD S.A.S** identificada con Nit **900.617.163-6,** certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide en la ciudad de Florencia (Caquetá) a los Cinco días (05) del mes de Septiembre de 2023.

.

.

Angela Mra Morales B.

ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ
Representante legal

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

***EL SUSCRITO CONTADOR, EN USO DE SUS FACULTADES CONFERIDAS POR LA LEY.***

***CERTIFICA***

1. Que la empresa **I.P.S MEDI-SALUD IPS S.A.S identificada con Nit. 900.467.163-6,** está inscrita en la cámara de comercio de Florencia "Caquetá" con el N° 83707 y domicilio en el municipio de Florencia.

2. Que la empresa **I.P.S MEDI-SALUD IPS S.A.S,** se encuentra a paz y salvo por concepto de salarios, prestaciones sociales, seguridad social y aportes de nómina así:

   - A la caja de compensación familiar, al instituto colombiano de bienestar familiar "ICBF" y al servicio nacional de aprendizaje "SENA"
   - a las entidades promotoras de salud "EPS"
   - A las entidades administradoras de fondos de pensiones.
   - A las entidades administradoras de riesgos laborales.
   - A las entidades administradoras de fondo de cesantías.

La presente se expide en la ciudad de Florencia (Caquetá) a los Cinco (05) del mes de Septiembre de 2023.

IPS MEDI-SALUD S.A.S.
NIT. 900.617.163-6
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL Y VACUNACIÓN

***CLIMACO PAEZ ARTUNDUAGA***
***CONTADOR PÚBLICO***
***TP. 158211-T***

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

***EL SUSCRITO CONTADOR, EN USO DE SUS FACULTADES CONFERIDAS POR LA LEY.***

***CERTIFICA***

Que la empresa **I.P.S MEDI-SALUD IPS S.A.S identificada con Nit. 900.467.163-6,** está inscrita en la cámara de comercio de Florencia "Caquetá" con el N° 83707 y domicilio en el municipio de Florencia.

Se encuentra exonerada de los aportes que sobre la nómina se efectúan a "SENA – I.C.B.F y los obligatorios a salud, todos a cargo del empleador para aquellos contribuyentes responsables del impuesto sobre la renta para la equidad "CREE" beneficios creados con la **ley 1607 de 2012.** De igual manera la **ley 1819 del 29 diciembre de 2016 en su art 65** mantiene dicha exoneración para las personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios**.**

La presente se expide en la ciudad de Florencia (Caquetá) a los Cinco días (05) del mes de Septimbre de 2023.

IPS MEDI-SALUD S.A.S.
NIT. 900.617.163-6
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL Y VACUNACIÓN

***CLIMACO PAEZ ARTUNDUAGA***
*CONTADOR PÚBLICO*
***TP. 158211-T***

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9DD3932D0791EE9E

**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 **CLIMACO PAEZ ARTUNDUAGA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 6802524 de FLORENCIA (CAQUETA) Y Tarjeta Profesional No 158211-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Septiembre de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

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

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

# Certificado Bancario

Martes, 20 de Noviembre de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que IPS MEDI SALUD SAS identificado(a) con NIT 900617163, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 46697353895 | 2013/05/15 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

---

# CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ.**

**DIRECCIÓN DESARROLLO SERVICIOS DE SALUD.**

**DIRECTOR TÉCNICO .**

# HACE CONSTAR

**Que el prestador de servicios de salud IPS MEDI-SALUD S.A.S, en su sede de prestador IPS MEDISALUD S.A.S del municipio de FLORENCIA - departamento de CAQUETÁ, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:**

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre del Prestador:** | **1800107623 - IPS MEDI-SALUD S.A.S** | | | | |
| **NI:Nit / CC:Cédula** | **NI:900617163-6** | **Nombre o razón social:** | **IPS MEDI-SALUD S.A.S** | | |
| **Fecha de inscripción:** | **2013/07/23** | **Fecha de vencimiento:** | **2023/08/31** | **Clase de prestador:** | **Instituciones - IPS** |
| **Clase de persona:** | **JURIDICO** | **Naturaleza Jurídica:** | **PRIVADA** | **Nivel de Atención del Prestador:** | |
| **Empresa Social del Estado:** | | | | **Carácter Territorial de la Entidad:** | |
| **Representante Legal:** | **ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ** | | | **Dirección administrativa:** | **CALLE 6 NO. 9B - 10 B. AVENIDAS** |
| **Telefono:** | **4358300** | **Fax:** | **4358300** | **Email:** | **ipsmedisaludsas@gmail.com** |
| **Municipio:** | **FLORENCIA** | | | **Departamento:** | **CAQUETÁ** |

**ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.**

| NOMBRE ACTO. | NÚMERO ACTO | FECHA ACTO | ENTIDAD QUE EXPIDE | CIUDAD QUE EXPIDE |
|---|---|---|---|---|
| MATRÍCULA MERCANTIL | 83707 | 20130322 | CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA - CAQUETA | FLORENCIA |

**FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)**

**SEDE PRINCIPAL.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre Sede Principal:** | **180010762301 - IPS MEDISALUD S.A.S** | | | | |
| **Dirección:** | **CALLE 6 N 9B-10** | | | **Barrio:** | **AVENIDAS** |
| **Telefono:** | **435 8300** | **Fax:** | **435 8300** | **Email:** | **ipsmedisaludsas@gmail.com** |
| **Gerente:** | **MORALES BOHORQUEZ ANGELA MARIA** | | | **Fecha de Apertura:** | **2013/07/23** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Municipio:** | **FLORENCIA** | **Departamento:** | **CAQUETÁ** |

**SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre Sede:** | **180010762301 - IPS MEDISALUD S.A.S** | | | | |
| **Dirección:** | **CALLE 6 N 9B-10** | | | **Barrio:** | **AVENIDAS** |
| **Telefono:** | **435 8300** | **Fax:** | **435 8300** | **Email:** | **ipsmedisaludsas@gmail.com** |
| **Gerente:** | **MORALES BOHORQUEZ ANGELA MARIA** | | | **Fecha de Apertura:** | **2013/07/23** |
| **Municipio:** | **FLORENCIA** | | | **Departamento:** | **CAQUETÁ** |

**ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.**

**No se encontraron registros de acreditación en salud para esta sede del prestador.**

**SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.**

| GRUPO SER | COD SER | NOMBRE SERVICIO | M-INT | M-EXT | M-UM | M-DOM | M-JS | M-TEL | M-PR | M-PRTI | M-PRTNI | M-PRTE | M-PRTM | M-PRE | M-PRETE | M-PRETM | COMPL | FECHA APERTURA-(AAAAMMDD) | DISTINTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20180709 | DHSS0232222 |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20180709 | DHSS0232223 |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20180709 | DHSS0232224 |
| CONSULTA EXTERNA | 356 | OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20130723 | DHSS0232225 |
| CONSULTA EXTERNA | 420 | VACUNACIÓN | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20130723 | DHSS0232226 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC | 20180709 | DHSS0232227 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC | 20180709 | DHSS0232228 |

**CONVENCIONES:**

**M-INT:Modalidad Intramural**

**M-EXT:Modalidad Extraamural**

**M-UM :Modalidad Unidad Móvil**

**M-DOM:Modalidad Domiciliario**

**M-JS :Modalidad Jornada de Salud**

**M-TEL:Modalidad Telemedicina**

**M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina**

**M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva**

**M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva**

**M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia**

**M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo**

**M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina**

**M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia**

**M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo**

**COMPL :Complejidad. *SC:SIN COMPLEJIDAD**

**SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.**

**No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.**

**HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.**

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 356 | OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | 00:02A00:16 | 00:02A00:16 | 00:02A00:16 | 00:02A00:16 | 00:02A00:16 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 420 | VACUNACIÓN | 00:08A00:12-00:02A00:16 | 00:08A00:12-00:02A00:16 | 00:08A00:12-00:02A00:16 | 00:08A00:12-00:02A00:16 | 00:08A00:12-00:02A00:16 | 00:08A00:12 | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | 00:02A00:16 | 00:02A00:16 | 00:02A00:16 | 00:02A00:16 | 00:02A00:16 | | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | 00:08A00:12 | | |

**ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.**

**No se encontraron servicios con especificidades.**

**APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.**

**No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.**

**CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.**

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| CONSULTORIOS | CONSULTA EXTERNA | 1 |

**DETALLE AMBULANCIAS.**

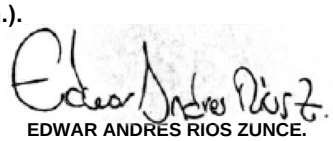
**No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.**

**DETALLE UNIDADES MÓVILES.**

**No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.**

**La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ, de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador IPS MEDI-SALUD S.A.S, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya, según corresponda.**

**Dada el dia viernes 07 de octubre de 2022 (9:23 a.m.).**



**EDWAR ANDRES RIOS ZUNCE.**

**DIRECTOR TÉCNICO .**

**Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.**

**Elaborado por el usuario del ente territorial: 18000REPS**

**Impreso por el usuario del ente territorial: 18000REPS**

**Versión 3.0.** **Fecha de impresión:viernes 07 de octubre de 2022 (9:23 a.m.).**

**DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.**

# * * * D E F I N I T I V O * * *

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

***INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.***

1800107623 - IPS MEDISALUD S.A.S

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre del Prestador: | 1800107623 - IPS MEDI-SALUD S.A.S | | | | |
| NI:Nit / CC:Cédula | NI:900617163-6 | | | Nombre o razón social: | IPS MEDI-SALUD S.A.S |
| Fecha de inscripción: | 2013/07/23 | | | Clase de prestador: | Instituciones - IPS |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Jurídica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | |
| Empresa Social del Estado: | | | | Carácter Territorial de la Entidad: | |
| Representante Legal: | ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ | | | Dirección administrativa: | CALLE 6 NO. 9B - 10 B. AVENIDAS |
| Telefono: | 4358300 | Fax: | 4358300 | Email: | ipsmedisaludsas@gmail.com |
| Municipio: | FLORENCIA | | | Departamento: | CAQUETÁ |

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede Principal: | 180010762301 - IPS MEDISALUD S.A.S | | | | |
| Dirección: | CALLE 6 N 9B-10 | | | Barrio: | AVENIDAS |
| Telefono: | 435 8300 | Fax: | 435 8300 | Email: | ipsmedisaludsas@gmail.com |
| Gerente: | MORALES BOHORQUEZ ANGELA MARIA | | | Fecha de Apertura: | 2013/07/23 |
| Municipio: | FLORENCIA | | | Departamento: | CAQUETÁ |

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede: | 180010762301 - IPS MEDISALUD S.A.S | | | | |
| Dirección: | CALLE 6 N 9B-10 | | | Barrio: | AVENIDAS |
| Telefono: | 435 8300 | Fax: | 435 8300 | Email: | ipsmedisaludsas@gmail.com |
| Gerente: | MORALES BOHORQUEZ ANGELA MARIA | | | Fecha de Apertura: | 2013/07/23 |
| Municipio: | FLORENCIA | | | Departamento: | CAQUETÁ |
| Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud: | Jul 8 2022 1:34PM | | | Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud: | 20210827 - 20220831 |

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNÓLOGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA SEDE DEL PRESTADOR

| CONDICIÓN DE CAPACIDAD | CUMPLIMIENTO | CONDICIÓN DE CAPACIDAD | CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA | SI CUMPLE | CAPACIDAD PATRIMONIAL Y FINANCIERA | SI CUMPLE |

CONDICIONES CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTÍFICA

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | CUMPLE |
|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 356 | OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 420 | VACUNACIÓN | SI |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | SI |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI |

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 180010762301

Impreso por el usuario: 180010762301

Versión 2.0.

Fecha de impresión: viernes 08 de julio de 2022 (1:36 p.m.).

***FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.***

1800107623 - IPS MEDISALUD S.A.S

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

# DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre del Prestador** | | **1800107623 - IPS MEDI-SALUD S.A.S** | | | |
| **Código y Nombre de la Sede** | | **180010762301-IPS MEDISALUD S.A.S** | | | |
| **Departamento** | **CAQUETÁ** | **Municipio** | **FLORENCIA** | **Dirección** | **CALLE 6 N 9B-10 . Barrio: AVENIDAS.** |
| **Grupo del Servicio** | | **Consulta Externa** | | | |

# 420 - VACUNACIÓN

*Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:* ***DHSS0232226***

**Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0232226**

**En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Departamental del Caquetá - Dirección:Calle 18 No. 8-10 - Telefono(s):4352160 Ext:103 4352160 ext 124 - Correo Electronico:salud@caqueta.gov.co**

**Fecha de apertura del servicio: 23 - 07 - 2013 (DD-MM-AAAA).**

**Fecha de impresión: jueves 12 de agosto de 2021 (5:37 p. m.).**

**El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.**

**Código interno MinSalud_PS:782424433**

**Versión 3.0.**

**DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.**

# * * * D E F I N I T I V O * * *

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

***INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.***

1800107623 - IPS MEDISALUD S.A.S

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre del Prestador: | 1800107623 - IPS MEDI-SALUD S.A.S | | | | |
| NI:Nit / CC:Cédula | NI:900617163-6 | | | Nombre o razón social: | IPS MEDI-SALUD S.A.S |
| Fecha de inscripción: | 2013/07/23 | | | Clase de prestador: | Instituciones - IPS |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Jurídica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | |
| Empresa Social del Estado: | | | | Carácter Territorial de la Entidad: | |
| Representante Legal: | ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ | | | Dirección administrativa: | CALLE 6 NO. 9B - 10 B. AVENIDAS |
| Telefono: | 4358300 | Fax: | 4358300 | Email: | ipsmedisaludsas@gmail.com |
| Municipio: | FLORENCIA | | | Departamento: | CAQUETÁ |

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede Principal: | 180010762301 - IPS MEDISALUD S.A.S | | | | |
| Dirección: | CALLE 6 N 9B-10 | | | Barrio: | AVENIDAS |
| Telefono: | 435 8300 | Fax: | 435 8300 | Email: | ipsmedisaludsas@gmail.com |
| Gerente: | MORALES BOHORQUEZ ANGELA MARIA | | | Fecha de Apertura: | 2013/07/23 |
| Municipio: | FLORENCIA | | | Departamento: | CAQUETÁ |

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede: | 180010762301 - IPS MEDISALUD S.A.S | | | | |
| Dirección: | CALLE 6 N 9B-10 | | | Barrio: | AVENIDAS |
| Telefono: | 435 8300 | Fax: | 435 8300 | Email: | ipsmedisaludsas@gmail.com |
| Gerente: | MORALES BOHORQUEZ ANGELA MARIA | | | Fecha de Apertura: | 2013/07/23 |
| Municipio: | FLORENCIA | | | Departamento: | CAQUETÁ |
| Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud: | Jul 8 2022 1:34PM | | | Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud: | 20210827 - 20220831 |

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNÓLOGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA SEDE DEL PRESTADOR

| CONDICIÓN DE CAPACIDAD | CUMPLIMIENTO | CONDICIÓN DE CAPACIDAD | CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA | SI CUMPLE | CAPACIDAD PATRIMONIAL Y FINANCIERA | SI CUMPLE |

CONDICIONES CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTÍFICA

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | CUMPLE |
|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 356 | OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 420 | VACUNACIÓN | SI |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | SI |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI |

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 180010762301

Impreso por el usuario: 180010762301

Versión 2.0.

Fecha de impresión: viernes 08 de julio de 2022 (1:36 p.m.).

***FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.***

1800107623 - IPS MEDISALUD S.A.S

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

# DATOS TECNICOS TERMOS GIO STYLE



| | |
|---|---|
| PAIS DE FABRICACION: | **Italia** |
| MARCA: | **Gio Style** |
| CAP. ALMACENAMIENTO VACUNAS: | **2.6 litros** |
| PESO CON CARGA TOTAL APROX: | **6.5 Kgs** |
| PESO VACIO APROX.: | **1.8 Kgs.** |
| MATERIAL REVESTIMIENTO EXT: | **Polipropileno** |
| MATERIAL REVESTIMIENTO INT.: | **Polipropileno** |
| MATERIAL DE AISLAMIENTO: | **Poliuretano** |
| GROSOR DE AISLAMIENTO: | **25-35 mm.** |
| DIMENSIONES EXTERNAS: | **32x27x25 cms.** |
| DIMENSIONES INTERNAS: | **24x18x22 cms.** |
| DIMESIONES ALMACENAMIENTO VACUNAS: | **15x15x12 cms.** |
| CLASE DE TAPA Y FIJACIONES: | **Removibles** |
| CAPACIDAD DE REFRIGERACION SIN APERTURAS: | **32 Horas a +43º Centígrados** |
| BOTELLAS REFRIG. REQUERIDAS: | **8** |
| BOTELLAS REFRIG. SUMINISTRADAS | **8** |
| CLASE DE BOTELLAS: | **E5/10** |
| COLOR BOTELLAS: | **Blanco Translucido** |
| CAPACIDAD: | **400 cc** |

**NOTA :** Cumplen con las normas **WHO/UNICEF/E4/VC.2** de la **Organización Mundial de la Salud y UNICEF**. Su material resiste la exposición continua en forma directa a la luz solar y la rechaza por su color, equipado con una espuma o Pad que permite insertar cinco (5) tubos (reemplazables), libre de Clorofluorocarbono (**CFC FREE**) ecológico.

- Código WHO/UNICEF: **PIS E4/52-M**

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

# DATOS TECNICOS CAJAS FRIAS CIP LSR 50



| | |
|---|---|
| PAIS DE FABRICACION: | **Sur Africa** |
| MARCA: | **CIP Industries** |
| MODELO: | **LSR-50** |
| CAP. ALMACENAMIENTO VACUNAS: | **21.6 Litros** |
| PESO CON CARGA TOTAL: | **37.3 Kgs** |
| PESO VACIO: | **10.3 Kgs.** |
| MATERIAL SUP. EXTERNA: | **HDPE** |
| MATERIAL REVESTIMIENTO INT: | **Plástico ABS** |
| MATERIAL DE AISLAMIENTO: | **Poliuretano** |
| GROSOR DE AISLAMIENTO: | **50 mm.** |
| DIMENSIONES EXTERNAS: | **52X64X39 cms.** |
| DIMENSIONES INTERNAS: | **39X52X24 cms** |
| DIMESIONES ALMACENAMIENTO VACUNAS: | **30X40X18 cms** |
| CLASE DE TAPA Y FIJACIONES: | **Fijas móviles** |
| BOTELLAS REFRIGERANTES REQUERIDAS: | **43** |
| BOTELLAS REFRIGERANTES SUMINISTRADAS: | **43** |
| CLASE DE BOTELLAS: | **E5/IP2** |
| CAPACIDAD DE REFRIGERACION SIN APERTURAS: | **100Horas a +43 Grados Cent.** |

**NOTA :** Cumplen con la norma **WHO/UNICEF/E4/CB.3** de la **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y UNICEF**.

- Código: **PIS E4/97-M.**

CALLE 6 No. 10-35 BARRIO LAS AVENIDAS. TELEFONO: 4358300
E-MAIL: ipsmedisaludsas@gmail.com
FLORENCIA - CAQUETA

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

# DATOS TECNICOS CONGELADOR VESTFROST MF 314



| | |
|---|---|
| PAIS DE FABRICACION: | **DINAMARCA** |
| MARCA : | **VESTFROST** |
| MODELO : | **MF 314** |
| CAPACIDAD TOTAL: | **323 LITROS** |
| DIMENSIONES EXTERNAS: | **85x156x60 cms.** |
| GENERACION DE HIELO: | **32.4 Kgs/24 hrs. a 43º C** |
| CAPACIDAD ENFRIAMIENTO SIN ENERGIA: | **17.5 HORAS. a 43º C** |
| CONSUMO DE ENERGIA: | **2.71 KWh/24 hrs a 43º C** |
| SEGURO DE LLAVE: | **INCLUIDO CON DOS LLAVES.** |
| GAS REFRIGERANTE: | **R 134 a (ECOLOGICO)** |

**NOTA :** Cumplen con los standard **WHO/UNICEF/E3/RF.3** de la **Organización Mundial de la Salud y UNICEF**. Libre de Clorofluorocarbono (**CFC FREE**)

- Código PIS E3/98-M

CALLE 6 No. 10-35 BARRIO LAS AVENIDAS. TELEFONO: 4358300
E-MAIL: ipsmedisaludsas@gmail.com
FLORENCIA - CAQUETA

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

**DATOS TECNICOS BASE PARA REFRIGERADOR**



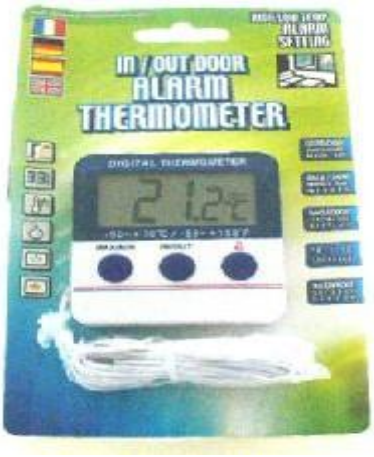


- BASE EN ALUMINIO FORMA EN L DE 3 * 6 1/2 CM
- CON TUERCA ANTIVIBRACIÓN
- RODACHINES EN GOMA
- FRENO DE SEGURIDAD

CALLE 6 No. 10-35 BARRIO LAS AVENIDAS. TELEFONO: 4358300
E-MAIL: ipsmedisaludsas@gmail.com
FLORENCIA - CAQUETA

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

**DATOS TECNICOS TERMOMETRO DIGITAL**




| | |
|---|---|
| MARCA: | **KEX- GERMANY** |
| MODELO: | **RT-803E** |
| ALARMA: | **Programable según necesidad** |
| TIPO DE ALARMA: | **Visual y auditiva** |
| FUENTE DE PODER: | **1 batería AAA ( incluida)** |
| INTERPRETACION DE TEMPERATURA: | **Grados centígrados y grados Fahrenheit incrementos de 0.1º C.** |
| CICLO DE MEDICION: | **Diez segundos** |
| SISTEMA DE MEDICION: | **Digital** |
| MODO DE INTERPRETACION: | **Temperatura actual, máxima y mínima del equipo** |
| RANGO DE TEMPERATURA: | **Nevera: -50 A 70º C. Ambiente: 0 A 50º C.** |
| DIMENSIONES EXTERNAS: | **63 X 63X15mm** |
| CLASE DE SENSOR: | **Externo, con cable 3.0 mts.** |

CALLE 6 No. 10-35 BARRIO LAS AVENIDAS. TELEFONO: 4358300
E-MAIL: ipsmedisaludsas@gmail.com
FLORENCIA - CAQUETA

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

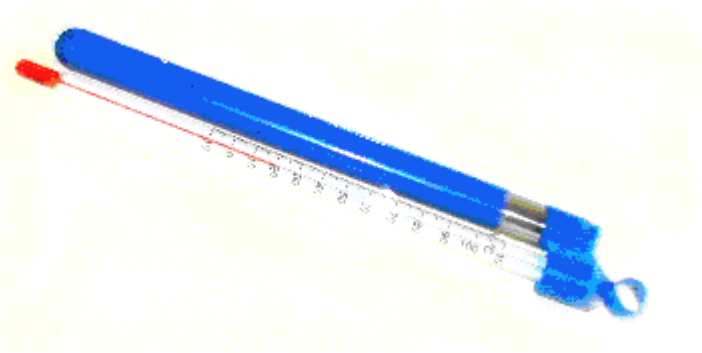
# TERMOHIGROMETRO DIGITAL IN/OUT
# REF RT812 MARCA KEX




- SELECTOR Cº / ºF.
- SELECTOR MAX /
- MIN. - RESET
- TEMPERATURA IN (AMBIENTE): -10º A 60º CENT.
- TEMPRERATURA OUT: -50º A 70º C. NEVERA
- SENSOR CABLE OUT: 1.50 mts.
- HUMEDAD RELATIVA 20% A 90%
- RESOLUCIÓN 0.1º CENT. - 1% H.R.
- TAMAÑO 135 X 70 X 18 mm
- MARCA KEX
- BATERÍA 1 “AA”
- GARANTÍA 01 AÑO
- MADE IN CHINA

CALLE 6 No. 10-35 BARRIO LAS AVENIDAS. TELEFONO: 4358300
E-MAIL: ipsmedisaludsas@gmail.com
FLORENCIA - CAQUETA

# TERMÓMETRO DE ALCOHOL
# GT 100-1

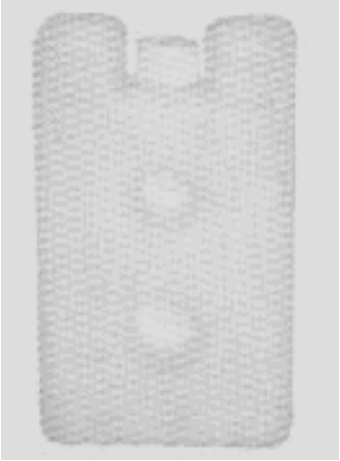


- TERMÓMETRO DE ALCHOHOL
- MARCA MENGTE
- FABRICADO EN TAIWAN
- REF BR800
- ESTUCHE TIPO ESFERO COLOR AZUL CON ORIFICIO PARA COLGAR Y GANCHO PARA ASEGURARLO DURANTE EL TRANSPORTE
- 6” DE LONGITUD
- RANGO DE TEMPERATURA: -10º A 110º C

CALLE 6 No. 10-35 BARRIO LAS AVENIDAS. TELEFONO: 4358300
E-MAIL: ipsmedisaludsas@gmail.com
FLORENCIA - CAQUETA

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

# DATOS TECNICOS BOTELLAS REFRIGERANTES



| | |
|---|---|
| PAIS DE FABRICACION: | **COLOMBIA** |
| MARCA: | **AMIHGO** |
| PESO VACIO: | **76 gramos** |
| PESO LLENO: | **450 gramos** |
| COLOR: | **Blanco Translucido** |
| CAPACIDAD: | **0.4 Litros** |
| DIMENSIONES: | **163 x 90 x 33 mm** |
| MATERIAL: | **Polietileno de alto impacto (Dexton HT-12)** |

**NOTA: Estas botellas sirven para los termos marca; Apex, AOV, Gio Style**

CALLE 6 No. 10-35 BARRIO LAS AVENIDAS. TELEFONO: 4358300
E-MAIL: ipsmedisaludsas@gmail.com
FLORENCIA - CAQUETA

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

**DATOS TECNICOS MALETÍN**




| | |
|---|---|
| PAIS DE FABRICACION: | **Colombia** |
| MARCA : | **IH Cadena de Frío** |
| COLOR: | **Azul** |
| MATERIAL: | **Seda fría, cocida con hilo bonder y cambre interior** |
| BOLSILLOS EXTERNOS: | **4 ( 2 bordados )** |
| DIMENSIONES: | **38 x 29 x 20 cms** |
| TIRANTAS: | **2 reatas de 1" acolchadas y expandibles con dos chapas** |
| MANIJA: | **1** |
| CREMALLERAS: | **4** |
| CIERRE: | **2 chapas yordado** |
| OJALETES: | **8** |
| CORDON DE CIERRE: | **1** |
| ESPALDAR: | **Con yumbolon y tela** |

CALLE 6 No. 10-35 BARRIO LAS AVENIDAS. TELEFONO: 4358300
E-MAIL: ipsmedisaludsas@gmail.com
FLORENCIA - CAQUETA

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

**RECOLECCION DE RESIDUOS**

Florencia 04/09/2023

Señores:
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURÍSTICO DEL HUILA –
REGONAL HUILA

PROCESO DE MINIMA CUANTIA No. MC-HIL-CDATH-027-2023

IPS MEDISALUD SAS, Certifica que la disposición final de residuos peligrosos. Es entregado por el receptor de los residuos peligrosos e indica la actividad de manejo de ese residuo.

Este es manejado en Guardianes corto punzantes debidamente sellados y bolsas rojas las cuales indican el peligro del residuo lo cual ya es manejado y tratado por el contratista de nuestra IPS.

´







Para veracidad del mismo se adjunta certificado del contratista y su proceso a realizar después de entregado el mismo.

Angela Mra Morales B.

Nombre: Ángela Maria Morales Bohórquez
Cargo: Representante Legal
Documento de Identidad: 34536086

Comserva

Comercializadora de servicios varios S.A E.S.P

# CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.112

| | |
|---|---|
| CONTRATANTE: | **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** |
| NIT: | 900617163-6 |
| Dirección | CL 6 # 9B -10 BR/LAS AVENIDAS |
| Correo electrónico | ipsmedisaludsas@gmail.com |
| Representante legal | **ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ** |
| Cedula Representante legal | 34536086 |
| Cargo: | Gerente – Representante Legal |
| CONTRATISTA: | **COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS VARIOS S.A.S E.S.P -- COMSERVA S.A.S E.S.P.** |
| Identificación del contratista: | NIT 828.002.730-1 |
| Representante legal | **GUILLERMO BALLESTEROS SAENZ** |
| identificación | 1.101.697.389 |
| Correo electrónico del contratista: | comserva_saesp@hotmail.com |
| Fecha de Inicio | 4 de Mayo de 2023 |
| Fecha de terminación | 3 de Mayo de 2024 |
| Plazo de la ejecución | 1 año |

Entre los suscritos está **ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ** identificada con cédula de ciudadanía No.34536086 representante legal de **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** CL 6 # 9B -10 BR/LAS AVENIDAS de Florencia - Caquetá, Teléfono 3174209711 Quien para efectos de este documento se denominará EL CONTRATANTE, por una parte y por la otra Ambiental **GUILLERMO BALLESTEROS SAENZ**, identificado con cédula de ciudadanía N.º 1.101.697.389 de Socorro - Santander, quien obra en calidad de representante Legal de la **COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS VARIOS S.A.S E.S.P - COMSERVA S.A.S E.S.P.** ubicada en la vereda San Juan del Barro KM 8,Teléfono 3218935005, de la ciudad de Florencia, departamento del Caquetá, con NIT. 828.002.730-1, Licencia Ambiental No. 0038 del 23 de enero de 2006 y quien para efectos de este documento se denominará EL CONTRATISTA, se ha celebrado el presente contrato de prestación de servicios, previa las siguientes cláusulas: -----**CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO-** PRESTAR EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RESIDUOS ESPECIALES GENERADOS POR **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** Florencia - Caquetá, **CLÁUSULA SEGUNDA: FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN**- El contratista se compromete a cumplir con el objeto del presente contrato, con una frecuencia de recolectando una vez (01) a la semana. **PARÁGRAFO:** el día de la frecuencia se establecerá de mutuo acuerdo entre las partes. -----**CLÁUSULA TERCERA: VALOR DEL CONTRATO. - .-** El valor básico de este contrato es de Trescientos mil pesos ($300.000) M/CTE. a razón de Veinticinco mil pesos ($25.000) M/CTE. Mensuales con tolerancia hasta 6 Kilos, más kilo adicional por un valor de TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS ($3.850) M/CTE cada uno. ------ **CLÁUSULA CUARTA: FORMA DE PAGO. -** El Contratante, previa presentación de factura y acta de incineración, se compromete a pagar el valor mensual al contratista en los Díez (10) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio. ------**CLÁUSULA QUINTA: DURACIÓN. -** Este contrato tiene una duración de Doce (12) Meses contados desde la fecha de perfeccionamiento del presente contrato y podrá ser prorrogado por un tiempo igual cuantas veces sea necesario, si 30 días antes del vencimiento ninguna de las partes manifiesta lo contrario. ------ **CLÁUSULA SEXTA – PERMANENCIA:** Sobre este contrato se establece la cláusula de permanencia, mínima de doce (12) meses, en caso de retiro anticipado, el usuario cancelara el valor de los meses restante hasta su fecha de terminación y/o vencimiento por terminación anticipada a solicitud del usuario. --- **CLAUSULA SÉPTIMA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO. -** Este Contrato se puede dar por terminado: a) Cuando una de las partes, dé por terminada su actividad comercial b) **Cuando** haya común acuerdo entre las partes. c) cuando no se establezca el pago de factura. ------**CLÁUSULA OCTAVA: CUMPLIMIENTO DE PAGOS. -** El incumplimiento o mora en los pagos por parte del contratante será causal de terminación de las obligaciones contractuales y generación de cobro jurídico.

# CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.112

**CLÁUSULA NOVENO: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE. -** Además de las obligaciones de este Contrato EL CONTRATANTE se obliga a: A) Presentar el documento "PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES" debidamente aprobado por las autoridades ambientales competentes. B) Cumplir las instrucciones y recomendaciones que COMSERVA S.A. E.S.P imparta durante el desarrollo de este contrato; C) A entregar los residuos generados debidamente clasificados de acuerdo a su peligrosidad, en Biosanitarios (gasas, apósitos, algodones, aplicadores, drenes, mechas, guantes, jeringas, etc.) Anatomopatológicos, Cortopunzantes y Residuos Químicos, **PARAGRAFO:** Los residuos Biosanitarios y Anatomopatológicos deben presentarse en doble bolsa de color rojo CON RESISTENCIA NO INFERIOR A LOS VEINTE (20) KILOS y **sin que su peso individual con residuos exceda los seis (06) KILOS**. Estas bolsas deben presentarse rotuladas con el nombre del generador y el tipo de residuos. Los residuos Cortopunzantes deben ser presentados en guardianes debidamente certificados como tal. **PARÁGRAFO: *COMSERVA S.A. E.S.P. se reserva el derecho a recolectar y/o incinerar/destruir residuos y desechos que contengan metales pesados, clorados, halogenados y radiactivos.*** ------**CLÁUSULA DÉCIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. -** EL CONTRATISTA se compromete a: A) Realizar la recolección y transporte de los residuos una vez a la semana de acuerdo a la programación realizada semanalmente por la empresa COMSERVA S.A E.S.P. B) A presentar el acta de incineración estipulando la cantidad de material incinerado, en kilos, y su disposición final; C) Presentar la respectiva cuenta de cobro dentro de los primeros cinco (5) días del mes siguiente a la Prestación del Servicio. -----**CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: DOMICILIO CONTRACTUAL. -** Para todos los efectos legales, el domicilio contractual es la Calle 11 Nº 9-34 B/La estrella de la ciudad de Florencia – Caquetá, teléfono 4358202------**CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA: CESION Y SUBCONTRATOS. -** EL CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar total o parcialmente este contrato sin autorización expresa y escrita del CONTRATANTE.-----**CLAUSULA DECIMA TERCERA: AUSENCIA DE SUBORDINACION LABORAL.-** El contratista tiene el carácter de contratista independiente y son de su exclusiva responsabilidad los salarios, prestaciones, indemnizaciones, retenciones en la fuente, aportes parafiscales, aportes al sistema de seguridad social o cualquier otro pago similar que se cause o deba hacerse a las personas que emplee para el cumplimiento de sus obligaciones.----**CLAUSULA DECIMA CUARTA: PENAL PECUNIARIA.-** Si a alguna de las partes se le declara caducidad del contrato, por incumplimiento de sus obligaciones contractuales, podrá hacer efectiva una multa hasta por la suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato por los posibles perjuicios que por razón de incumplimiento puedan presentarse.----- **CLAUSULA DECIMA QUINTA: INTERPRETACION.-** En caso de inconformismo, de no entendimiento o discrepancias de alguna de las partes sobre una o más cláusulas del presente contrato, se acuerdan entre las mismas acudir a la CÁMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETÁ por intermedio de los mecanismos de resolución de conflictos de la CONCILIACIÓN para dirimir el asunto suscitado. ---- **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: OTRAS ESTIPULACIONES. -** En todo caso, el presente contrato se regirá para todos los efectos por lo dispuesto en el Código Civil y de Comercio, Estatutos de la empresa y demás normas concordantes. ------**CLAUSULA DECIMA SÉPTIMO: EFECTOS DEL CONTRATO. -** El presente CONTRATO regula en su integridad las relaciones jurídicas entre las partes y en consecuencia, deja sin efecto cualquier otro convenio o estipulación acordada con anterioridad. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVO: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. -** El presente contrato se perfecciona con las firmas de las partes como manifestación del acuerdo de voluntades en él contenidas. Para constancia se firma en Florencia, Departamento del Caquetá, a los un (4) días del mes de Mayo del año dos mil veintitrés (2023)

Contratantes

Angela Mª Morales B

**ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ**
**I.P.S MEDI SALUD S.A.S**
Representante legal

Contratista

Guillermo Ballesteros Saenz

**GUILLERMO BALLESTEROS SAENZ**
Representante Legal
COMSERVA S.A.S E.S.P

## ACTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS N.º 20289

***COMSERVA S.A.S E.S.P*** Certifica el Transporte, Almacenamiento, Tratamiento y/o Disposición Final de los residuos relacionados a continuación, conforme a lo establecido en la Licencia Ambiental **número 0038 del 23 de enero del 2006 y** Permiso de Emisiones Atmosféricas **número 1990 del 19 de diciembre de 2019** otorgadas bajo resolución por la autoridad ambiental **CORPOAMAZONIA**.

| | |
|---|---|
| **EMPRESA** | **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** |
| **NIT** | 900617163-6 |
| **CAMPO / BASE** | FLORENCIA |
| **PERIODO** | ABRIL 2023 |

| RESIDUOS RECEPCIONADOS | CANTIDAD | APROVECHAMIENTO, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL | DISPOSITOR FINAL |
|---|---|---|---|
| Biosanitarios | 3 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Cortopunzantes | 0,5 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Animal | 0 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Corrosivos | 0 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| RAEES | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Reactivos (Líquidos de Laboratorio) | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| **TOTAL, KILOGRAMOS** | **3,5 Kg** | **Según reportes N° 001** | |

De acuerdo a lo anterior ***COMSERVA S.A.S E.S.P.*** Se hace responsable del transporte y almacenamiento de los residuos mencionados anteriormente hasta la entrega a los diferentes dispositores para su aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final.

El tratamiento térmico (Incineración) consiste en la combustión completa del residuo, este proceso es realizado en el horno incinerador instalado en nuestra Planta de Incineración registrando temperaturas entre 800º C y 1200º C en las cámaras de combustión y postcombustión respectivamente, con sistema anti polución, por medio del cual se elimina la emisión de gases/humos tóxicos y partículas contaminantes al exterior, evitando así la contaminación ambiental.

Para constancia se firma en Florencia a los 30 días del mes de abril de 2023.

Guillermo Ballesteros Saens

***GUILLERMO BALLESTEROS SAENS***

## ACTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS N.º 19841

***COMSERVA S.A.S E.S.P*** Certifica el Transporte, Almacenamiento, Tratamiento y/o Disposición Final de los residuos relacionados a continuación, conforme a lo establecido en la Licencia Ambiental **número 0038 del 23 de enero del 2006 y** Permiso de Emisiones Atmosféricas **número 1990 del 19 de diciembre de 2019** otorgadas bajo resolución por la autoridad ambiental **CORPOAMAZONIA**.

| | |
|---|---|
| **EMPRESA** | **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** |
| **NIT** | 900617163-6 |
| **CAMPO / BASE** | FLORENCIA |
| **PERIODO** | MARZO 2023 |

| RESIDUOS RECEPCIONADOS | CANTIDAD | APROVECHAMIENTO, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL | DISPOSITOR FINAL |
|---|---|---|---|
| Biosanitarios | 2,8 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Cortopunzantes | 0,8 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Animal | 0 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Corrosivos | 0 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| RAEES | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Reactivos (Líquidos de Laboratorio) | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| **TOTAL, KILOGRAMOS** | **3,6 Kg** | **Según reportes N° 001** | |

De acuerdo a lo anterior ***COMSERVA S.A.S E.S.P.*** Se hace responsable del transporte y almacenamiento de los residuos mencionados anteriormente hasta la entrega a los diferentes dispositores para su aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final.

El tratamiento térmico (Incineración) consiste en la combustión completa del residuo, este proceso es realizado en el horno incinerador instalado en nuestra Planta de Incineración registrando temperaturas entre 800º C y 1200º C en las cámaras de combustión y postcombustión respectivamente, con sistema anti polución, por medio del cual se elimina la emisión de gases/humos tóxicos y partículas contaminantes al exterior, evitando así la contaminación ambiental.

Para constancia se firma en Florencia a los 31 días del mes de marzo de 2023**.**

Guillermo Ballesteros Saens

***GUILLERMO BALLESTEROS SAENS***

## ACTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS N.º 19218

***COMSERVA S.A.S E.S.P*** Certifica el Transporte, Almacenamiento, Tratamiento y/o Disposición Final de los residuos relacionados a continuación, conforme a lo establecido en la Licencia Ambiental **número 0038 del 23 de enero del 2006 y** Permiso de Emisiones Atmosféricas **número 1990 del 19 de diciembre de 2019** otorgadas bajo resolución por la autoridad ambiental **CORPOAMAZONIA**.

| | |
|---|---|
| **EMPRESA** | **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** |
| **NIT** | 900617163-6 |
| **CAMPO / BASE** | FLORENCIA |
| **PERIODO** | FEBRERO 2023 |

| RESIDUOS RECEPCIONADOS | CANTIDAD | APROVECHAMIENTO, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL | DISPOSITOR FINAL |
|---|---|---|---|
| Biosanitarios | 2,5 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Corrosivos | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Animal | 0 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Cortopunzantes | 1 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| RAEES | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Reactivos (Líquidos de Laboratorio) | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| **TOTAL, KILOGRAMOS** | **3,5 Kg** | **Según reportes N° 001** | |

De acuerdo a lo anterior ***COMSERVA S.A.S E.S.P.*** Se hace responsable del transporte y almacenamiento de los residuos mencionados anteriormente hasta la entrega a los diferentes dispositores para su aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final.

El tratamiento térmico (Incineración) consiste en la combustión completa del residuo, este proceso es realizado en el horno incinerador instalado en nuestra Planta de Incineración registrando temperaturas entre 800º C y 1200º C en las cámaras de combustión y postcombustión respectivamente, con sistema anti polución, por medio del cual se elimina la emisión de gases/humos tóxicos y partículas contaminantes al exterior, evitando así la contaminación ambiental.

Para constancia se firma en Florencia a los 28 días del mes de febrero de 2023.

Guillermo Ballesteros Saens

***GUILLERMO BALLESTEROS SAENS***

## ACTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS N.º 18882

***COMSERVA S.A.S E.S.P*** Certifica el Transporte, Almacenamiento, Tratamiento y/o Disposición Final de los residuos relacionados a continuación, conforme a lo establecido en la Licencia Ambiental **número 0038 del 23 de enero del 2006 y** Permiso de Emisiones Atmosféricas **número 1990 del 19 de diciembre de 2019** otorgadas bajo resolución por la autoridad ambiental **CORPOAMAZONIA**.

| | |
|---|---|
| **EMPRESA** | **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** |
| **NIT** | 900.617.163-6 |
| **CAMPO / BASE** | FLORENCIA |
| **PERIODO** | ENERO 2023 |

| RESIDUOS RECEPCIONADOS | CANTIDAD | APROVECHAMIENTO, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL | DISPOSITOR FINAL |
|---|---|---|---|
| Biosanitarios | 2 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Corrosivos | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Animal | 0 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Cortopunzantes | 1,2 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| RAEES | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Líquidos de Laboratorio | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| **TOTAL, KILOGRAMOS** | **3,2 Kg** | **Según reportes N° 001** | |

De acuerdo a lo anterior ***COMSERVA S.A.S E.S.P.*** Se hace responsable del transporte y almacenamiento de los residuos mencionados anteriormente hasta la entrega a los diferentes dispositores para su aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final.

El tratamiento térmico (Incineración) consiste en la combustión completa del residuo, este proceso es realizado en el horno incinerador instalado en nuestra Planta de Incineración registrando temperaturas entre 800º C y 1200º C en las cámaras de combustión y postcombustión respectivamente, con sistema anti polución, por medio del cual se elimina la emisión de gases/humos tóxicos y partículas contaminantes al exterior, evitando así la contaminación ambiental.

Para constancia se firma en Florencia a los 31 días del mes de enero de 2023.

Guillermo Ballesteros Saens

***GUILLERMO BALLESTEROS SAENS***

ComServa
Comercializadora de Servicios Varios S.A. E.S.P.

**COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS VARIOS S.A.S. E.S.P - SERVICIO ESPECIAL DE ASEO** Nº 9755 -23

**Nit. 828.002.730-1**

**Licencia Ambiental No 0038 del 23/01/2006 - Permiso de Emisiones Atmosfericas No. 1990 del 19/12/2019**

**FORMULARIO RHPS "RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES"**

| | | | |
|---|---|---|---|
| GENERADOR: I.P.S Medi Salud | MES: Septiembre | AÑO: 2023 | PERIODICIDAD: |
| CIUDAD/MUNICIPIO Florencia | NIT___CC.___900617163 | | DIRECCIÓN: |

| DÍA | HORA | TOTAL KILOS | RESIDUOS BIOLÓGICOS - INFECCIOSOS - PELIGROSOS | | | | OTROS RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS | | | | RAEES | No. DE BOLSAS | No. GUARDIANES | RESPONSABLE DE LA ENTREGA | FUNCIONARIO DE COMSERVA | PLACA DEL VEHÍCULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | BIO | CORTO | ANATO | ANIMAL | CORROS | EXPLOS | REACT | TOX | | | | | | |
| 6 | 8.15 | 1.7 | 0.8 | 0.9 | | | | | | | | 1 | 1 | | Dm | 429 |
| 13 | 8.23 | 0.7 | 0.7 | | | | | | | | | 1 | | | Dm | 429 |
| 20 | 8.11 | 0.8 | 0.8 | | | | | | | | | 1 | | | Dm | 429 |
| 27 | 8.6 | 0.9 | 0.9 | | | | | | | | | 1 | | | Dm | 429 |
| TOTAL | | 3.6 | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

KM 8 Vereda San Juan del Barro Corregimiento San Martín del Municipio de Florencia Caquetá - Cel.321 893 5005 - 312 497 9097

Florencia - Caquetá
Oficina: Planta de Incineración;
Vereda San Juan del Barro Contiguo al Parque Ambiental Tayaru

Powered by CamScanner

| ComServa<br>Comercializadora de Servicios Varios S.A.S E.S.P | ACTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS | CGA – F – 001 | |
|---|---|---|---|
| | | Versión: 2 | 1/1 |
| | | 01 de Diciembre 2019 | |

## ACTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS N.° 22378

***COMSERVA S.A.S E.S.P*** Certifica el Transporte, Almacenamiento, Tratamiento y/o Disposición Final de los residuos relacionados a continuación, conforme a lo establecido en la Licencia Ambiental **número 0038 del 23 de enero del 2006 y** Permiso de Emisiones Atmosféricas **número 1990 del 19 de diciembre de 2019** otorgadas bajo resolución por la autoridad ambiental **CORPOAMAZONIA**.

| | |
|---|---|
| **EMPRESA** | **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** |
| **NIT** | 900617163-6 |
| **CAMPO / BASE** | FLORENCIA |
| **PERIODO** | SEPTIEMBRE 2023 |

| RESIDUOS RECEPCIONADOS | CANTIDAD | APROVECHAMIENTO, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL | DISPOSITOR FINAL |
|---|---|---|---|
| Biosanitarios | 3,2 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Corrosivos | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Animal | 0 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Cortopunzantes | 0,4 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| RAEES | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Reactivos (Líquidos de Laboratorio) | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| **TOTAL, KILOGRAMOS** | **3,6 Kg** | **Según reportes N° 001** | |

De acuerdo a lo anterior ***COMSERVA S.A.S E.S.P.*** Se hace responsable del transporte y almacenamiento de los residuos mencionados anteriormente hasta la entrega a los diferentes dispositores para su aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final.

El tratamiento térmico (Incineración) consiste en la combustión completa del residuo, este proceso es realizado en el horno incinerador instalado en nuestra Planta de Incineración registrando temperaturas entre 800° C y 1200° C en las cámaras de combustión y postcombustión respectivamente, con sistema anti polución, por medio del cual se elimina la emisión de gases/humos tóxicos y partículas contaminantes al exterior, evitando así la contaminación ambiental.

Para constancia se firma en Florencia a los 30 días del mes de septiembre de 2023.

José M. Vega Urquijo

***JOSE MIGUEL VEGA URQUIJO***

Powered by CamScanner

ComServa
Comercializadora de Servicios Varios S.A. E.S.P.

**COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS VARIOS S.A.S. E.S.P - SERVICIO ESPECIAL DE ASEO**
**Nit. 828.002.730-1**
**Licencia Ambiental No 0038 del 23/01/2006 - Permiso de Emisiones Atmosfericas No. 1990 del 19/12/2019**

Nº 10011-23

**FORMULARIO RHPS "RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES"**

| | | | |
|---|---|---|---|
| GENERADOR: I.P.S Medi Salud | MES: Octubre | AÑO: 2023 | PERIODICIDAD: |
| CIUDAD/MUNICIPIO Florencia | NIT___CC.___900617163 | | DIRECCIÓN: |

| DÍA | HORA | TOTAL KILOS | RESIDUOS BIOLÓGICOS - INFECCIOSOS - PELIGROSOS | | | | OTROS RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS | | | | RAEES | No. DE BOLSAS | No. GUARDIANES | RESPONSABLE DE LA ENTREGA | FUNCIONARIO DE COMSERVA | PLACA DEL VEHÍCULO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | BIO | CORTO | ANATO | ANIMAL | CORROS | EXPLOS | REACT | TOX | | | | | | |
| 4 | 8.35 | 0.8 | 0.8 | | | | | | | | | 1 | | | Du | 479 |
| 11 | 8.21 | 0.7 | 0.7 | | | | | | | | | 1 | | | Du | 479 |
| 18 | 8.42 | 1.2 | 0.5 | 0.7 | | | | | | | | 1 | 3 | | Du | 479 |
| 25 | 8.18 | 0.6 | 0.6 | | | | | | | | | 1 | | | Du | 479 |
| TOTAL | | 3.3 | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

KM 8 Vereda San Juan del Barro Corregimiento San Martín del Municipio de Florencia Caquetá - Cel.321 893 5005 - 312 497 9097

Tel: 3124979097 - 3218935005
Email: comserva_saesp@hotmail.com
Florencia - Caquetá

Powered by CamScanner

## ACTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS N.° 22640

***COMSERVA S.A.S E.S.P*** Certifica el Transporte, Almacenamiento, Tratamiento y/o Disposición Final de los residuos relacionados a continuación, conforme a lo establecido en la Licencia Ambiental número **0038 del 23 de enero del 2006 y** Permiso de Emisiones Atmosféricas **número 1990 del 19 de diciembre de 2019** otorgadas bajo resolución por la autoridad ambiental **CORPOAMAZONIA**.

| | |
|---|---|
| **EMPRESA** | **I.P.S MEDI SALUD S.A.S** |
| **NIT** | 900617163-6 |
| **CAMPO / BASE** | FLORENCIA |
| **PERIODO** | OCTUBRE 2023 |

| RESIDUOS RECEPCIONADOS | CANTIDAD | APROVECHAMIENTO, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL | DISPOSITOR FINAL |
|---|---|---|---|
| Biosanitarios | 2,6 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Corrosivos | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Animal | 0 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| Cortopunzantes | 0,7 Kg | Tratamiento Térmico (Incineración) | Comserva S.A.S E.S.P |
| RAEES | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| Reactivos (Líquidos de Laboratorio) | 0 Kg | Tratamiento Celdas de Seguridad | Sur Ambiental S.A.S |
| **TOTAL, KILOGRAMOS** | **3,3 Kg** | **Según reportes N° 001** | |

De acuerdo a lo anterior ***COMSERVA S.A.S E.S.P.*** Se hace responsable del transporte y almacenamiento de los residuos mencionados anteriormente hasta la entrega a los diferentes dispositores para su aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final.

El tratamiento térmico (Incineración) consiste en la combustión completa del residuo, este proceso es realizado en el horno incinerador instalado en nuestra Planta de Incineración registrando temperaturas entre 800° C y 1200° C en las cámaras de combustión y postcombustión respectivamente, con sistema anti polución, por medio del cual se elimina la emisión de gases/humos tóxicos y partículas contaminantes al exterior, evitando así la contaminación ambiental.

Para constancia se firma en Florencia a los 31 días del mes de octubre de 2023.

Jose M. Vega Urquijo

*JOSE MIGUEL VEGA URQUIJO*

Powered by CamScanner

| PROCESO |
| --- |
| DESARROLLO ORGANIZACIONAL |
| **NOMBRE DEL DOCUMENTO** |
| **INDUCCIÓN SIGA A EMPRESA CONTRATISTA VACUNAS IPS MEDISAUD DE DESARROLLOAGROEMPRESARIAL Y TURÍSTICO DEL HUILA** |

**Octubre del 2023**

**Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol**

## Tabla de contenido


1. **Introducción** ..... 3

2. **Objetivo** ..... 4

3. **Alcance** ..... 4

4. **Responsable** ..... 5

5. **Contenido** ..... 5

6. **Conclusión** ..... 8

7. **Registros fotográficos** ..... 9

8. **Presentación** ..... 9

9. **Asistencia a las capacitaciones** ..... 10

## 1. Introducción

La inducción es un proceso de orientación e integración del personal nuevo a la empresa y su puesto de trabajo. La inducción permite al trabajador conocer la cultura, las políticas, la historia y otros aspectos relevantes de la organización o el área específica a la que pertenece. En este sentido, presentamos a la empresa contratista Vacunas IPS Medisalud el Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol (SIGA) como una herramienta clave para mejorar la calidad y el rendimiento institucional. El SIGA se basa en una gestión por procesos que busca satisfacer las necesidades, intereses y expectativas de las partes interesadas, que incluyen desde clientes y grupos de interés hasta entidades reguladoras y el gobierno.

De acuerdo con el marco normativo relacionado con la Seguridad y Salud en el Trabajo, establecido en el “Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.11 Parágrafo 2”, que obliga a los empleadores a proporcionar una inducción a todos los trabajadores antes de iniciar sus actividades, cumplimos con este requisito legal con un proceso de inducción integral. Esta iniciativa no solo se adapta a las normas vigentes, sino que también resalta nuestro compromiso con la seguridad y el bienestar de nuestro equipo, al encargarse de la identificación y control de peligros y riesgos laborales, así como de la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

## 2. Objetivo

El objetivo de esta capacitación integral es capacitar a los empleados de la Empresa Contratista Vacunas IPS Medisaud, en el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila. Esta capacitación cubre áreas esenciales que incluyen la higiene y seguridad industrial, la medicina preventiva del trabajo y la promoción de un clima laboral mentalmente saludable. Nuestra meta principal es proveer a los colaboradores con los conocimientos y habilidades necesarios para conservar un ambiente de trabajo seguro, promover la salud tanto física como mental, y estimular un alto nivel de bienestar en el lugar de trabajo.

## 3. Alcance

El propósito de este programa es sensibilizar al personal de la Empresa Contratista Vacunas IPS Medisalud, en relación con la crucial importancia de evitar accidentes y enfermedades laborales que puedan ocurrir durante el desarrollo de sus actividades. Este programa de sensibilización se orienta a cada individuo de forma personalizada, con el objetivo principal de promover la seguridad y el bienestar de cada empleado, asegurando que estén totalmente informados sobre las medidas de prevención y los procedimientos a seguir en caso de accidentes o situaciones de riesgo en su ambiente laboral.

## 4. Responsable

Responsable Equipo SIGA del Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila conformado por Profesional de HySI, Dinamizador SIGA Ambiental y Energético.

## 5. Contenido

El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), liderado por Yuly Paola Medina Rios junto a la dinamizadora SIGA Eliana Andrea Medina Hernández , invita a todos los integrantes del personal de la Empresa Contratista Vacunas IPS Medisalud, a una sesión introductoria esencial sobre Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Asimismo, abordaremos el protocolo de bioseguridad y el enfoque ambiental necesario para desarrollar nuestras actividades en el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila.

Iniciaremos esta sesión fundamental presentando la agenda del día, que incluirá una visión general de los temas principales que exploraremos. También compartiremos nuestra Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, que establece nuestro compromiso inquebrantable con la seguridad y el bienestar de todos los que trabajan en nuestra organización. Los objetivos del subsistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo serán explicados, destacando la importancia de

cumplir con los estándares más altos en este ámbito.

A continuación, profundizaremos en la estructura del Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Explicaremos detalladamente cada uno de sus componentes y las responsabilidades que recaen sobre todos nuestros trabajadores. Esto asegurará que todos comprendan su papel crucial en la promoción de un entorno de trabajo seguro y saludable.

Para una comprensión más completa, abordaremos los conceptos de peligro y riesgo, aclarando sus diferencias y su relevancia en nuestro contexto laboral. Identificaremos los peligros específicos a los que se enfrenta nuestra fuerza laboral en el centro de formación, lo que servirá como base para nuestras futuras medidas de prevención.

Además, presentaremos al equipo de brigadistas de seguridad del centro y destacaremos su función esencial en situaciones de emergencia. También enfatizaremos la importancia de los Elementos de Protección Personal (EPP) como una barrera de protección crucial entre los trabajadores y los peligros laborales. Es fundamental que todos comprendan la importancia de usar los EPP adecuados y mantenerlos limpios y almacenados en áreas designadas.

Continuaremos proporcionando información detallada sobre los procedimientos a

de entorno y su importancia en la detección temprana de condiciones peligrosas o situaciones de riesgo.

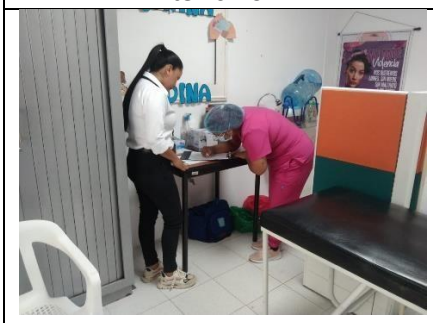
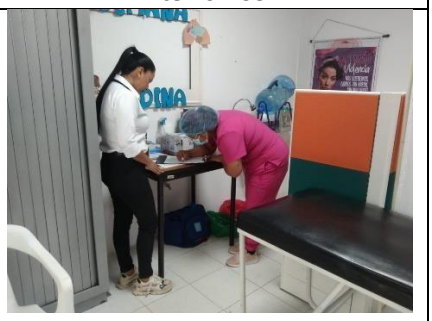
Luego, nos sumergiremos en los Protocolos de Bioseguridad específicos para el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila. Esto incluirá una exploración detallada de las medidas generales que debemos seguir para prevenir la propagación de enfermedades y garantizar la seguridad en el entorno laboral. Haremos hincapié en la importancia del lavado de manos, que es fundamental para cumplir con las nuevas normativas de bioseguridad. Además, informaremos sobre la disponibilidad de lavamanos portátiles con jabón y toallas desechables en la cafetería, que están debidamente señalizados y marcados según el protocolo de bioseguridad.

Finalmente, compartiremos las medidas específicas que se aplican a las diversas áreas del centro de formación, incluyendo las aulas de formación, la biblioteca, el auditorio, la cafetería, el gimnasio y las oficinas administrativas. Esto garantizará que todos los empleados estén completamente informados sobre las precauciones y procedimientos que deben seguir en su entorno de trabajo particular.

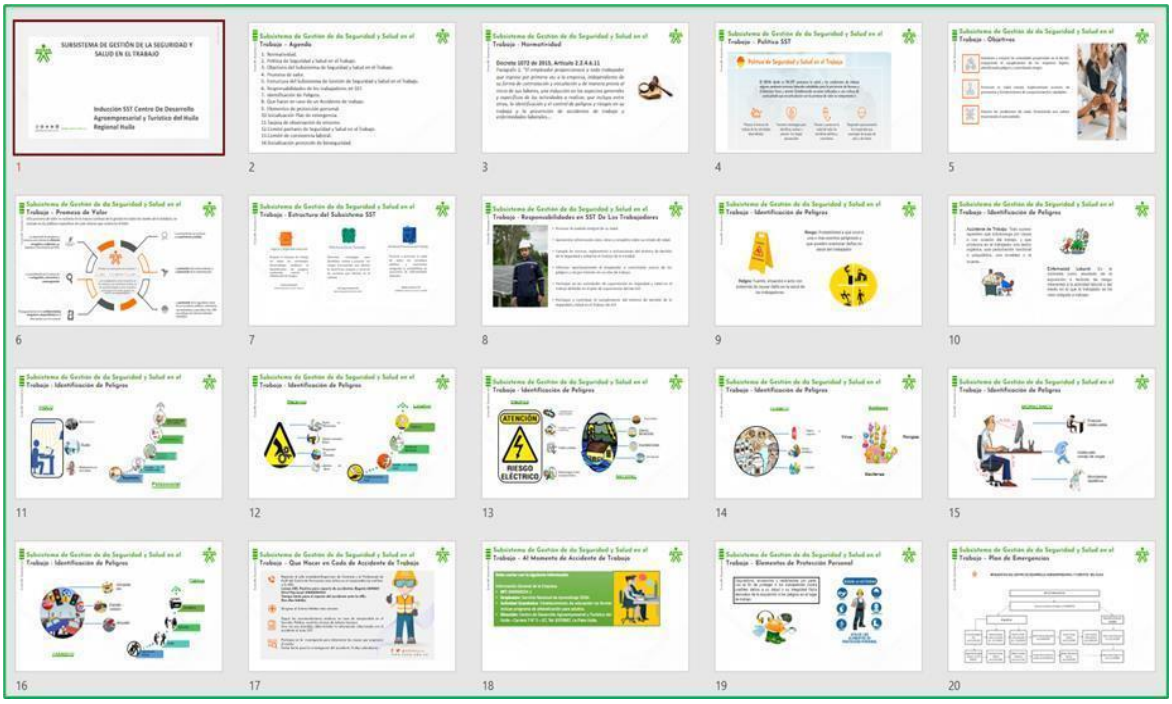
## 6. Conclusión

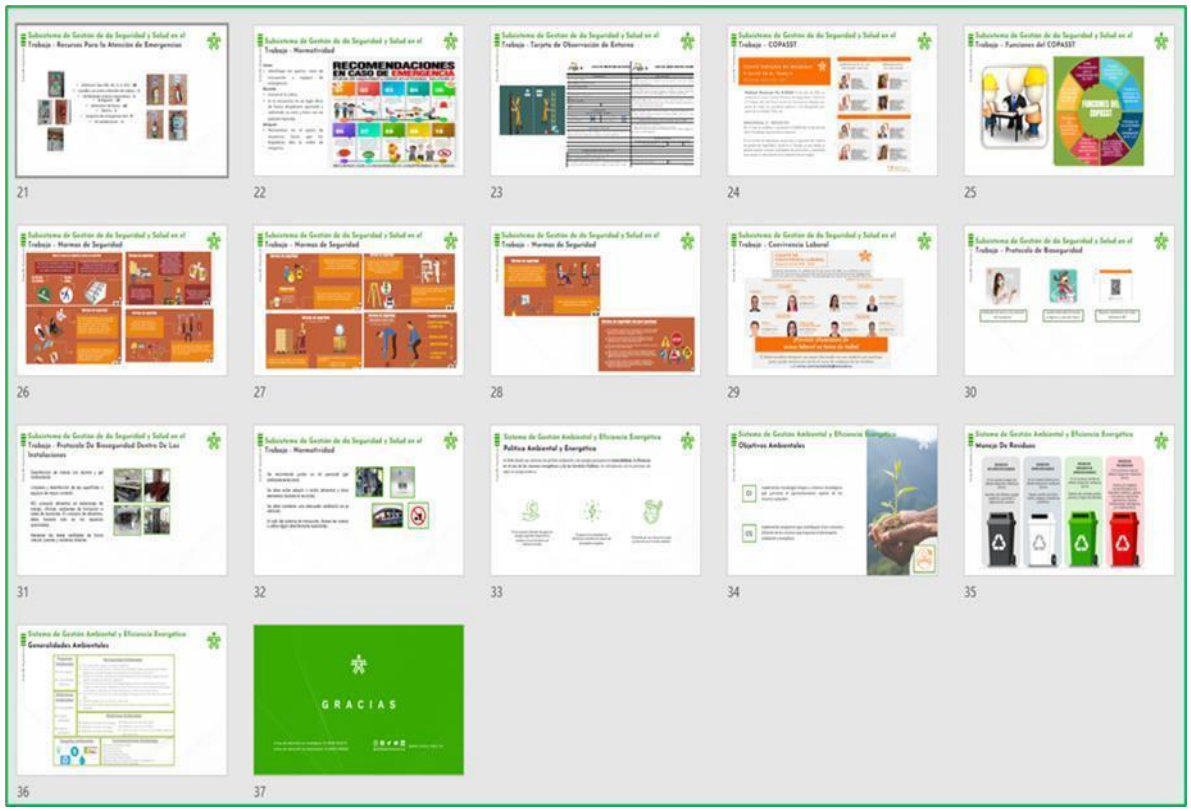
La capacitación integral en SST y bioseguridad fue una estrategia clave para orientar e integrar al personal de la Empresa Contratista Vacunas IPS Medisalud, que presta servicios de vacunación en el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila. Mediante esta capacitación, se logró presentar el Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol (SIGA) como una herramienta de mejora continua y satisfacción de las partes interesadas. Asimismo, se cumplió con el marco normativo vigente y se demostró el compromiso de la organización con la seguridad y el bienestar de sus colaboradores. Además, se sensibilizó al personal sobre la prevención y el control de riesgos laborales, se instruyó sobre el uso de los elementos de protección personal y se brindó información sobre los protocolos de bioseguridad y ambientales. De esta forma, se contribuyó a crear un ambiente laboral más seguro, saludable y productivo, acorde con la cultura y los objetivos de la organización.

## 7. Registro Fotográfico

| Items No 1 | Items No 2 | Items No3 |
|---|---|---|
|  |  |  |

## 8. Presentación






**9. Asistencia a las capacitaciones**

Elaboro: Yuly Paola Medina Rios

Elaboro: Eliana Andrea Medina Hernández

SENA

| REGISTRO DE ASISTENCIA Y APROBACIÓN DEL ACTA No DEL DÍA 5 DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2023 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETIVO (S) | Realizar Inducción SIGA a empresa contratista vacunas IPS MEDISALUD del Centro De Desarrollo Agroempresarial y Turístico Del Huila | | | | | | | | | |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO /EXT.SENA | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
| 1 | Leidy Correa Rojo | 1117547537 | | X | | IPS Medisalud | leidycorrea...@gmail.com | | N/A | Leidy Rojo |
| 2 | | | | | | | | | N/A | |
| 3 | | | | | | | | | N/A | |
| 4 | | | | | | | | | N/A | |
| 5 | | | | | | | | | N/A | |
| 6 | | | | | | | | | N/A | |
| 7 | | | | | | | | | N/A | |
| 8 | | | | | | | | | N/A | |
| 9 | | | | | | | | | N/A | |
| 10 | | | | | | | | | N/A | |

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
6802524

PAEZ ARTUNDUAGA
APELLIDOS

CLIMACO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1981
BELEN DE LOS ANDAQUIES
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
O- G. S. RH
M SEXO

29-NOV-2000 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-4400100-67068392-M-0006802524-20010601 02909 01151A 01 098875700

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

158211-T



CLIMACO
PAEZ ARTUNDUAGA
C.C. 6802524
RESOLUCION INSCRIPCION 107 FECHA 07/04/2011
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA

PRESIDENTE

MAURICIO ESPAÑOL LEON 168840

FIRMA DEL TITULAR 84053

Esta tarjeta es el unico 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 Comercio Industria y Turismo, Junta Central de Contadores.

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

# CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, **ANGELA MARIA MORALEZ BOHORQUEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 34.536.086, en mi condición de Representante Legal de la empresa **IPS MEDI-SALUD S.A.S** identificada con Nit **900.617.163-6,** certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide en la ciudad de Florencia (Caquetá) a los Cinco días (05) del mes de Septiembre de 2023.

.

.

Angela Mra Morales B.

ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ
Representante legal

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

***EL SUSCRITO CONTADOR, EN USO DE SUS FACULTADES CONFERIDAS POR LA LEY.***

***CERTIFICA***

1. Que la empresa **I.P.S MEDI-SALUD IPS S.A.S identificada con Nit. 900.467.163-6,** está inscrita en la cámara de comercio de Florencia "Caquetá" con el N° 83707 y domicilio en el municipio de Florencia.

2. Que la empresa **I.P.S MEDI-SALUD IPS S.A.S,** se encuentra a paz y salvo por concepto de salarios, prestaciones sociales, seguridad social y aportes de nómina así:

   - A la caja de compensación familiar, al instituto colombiano de bienestar familiar "ICBF" y al servicio nacional de aprendizaje "SENA"
   - a las entidades promotoras de salud "EPS"
   - A las entidades administradoras de fondos de pensiones.
   - A las entidades administradoras de riesgos laborales.
   - A las entidades administradoras de fondo de cesantías.

La presente se expide en la ciudad de Florencia (Caquetá) a los Cinco (05) del mes de Septiembre de 2023.

IPS MEDI-SALUD S.A.S.
NIT. 900.617.163-6
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL Y VACUNACIÓN

***CLIMACO PAEZ ARTUNDUAGA***
***CONTADOR PÚBLICO***
***TP. 158211-T***

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

***EL SUSCRITO CONTADOR, EN USO DE SUS FACULTADES CONFERIDAS POR LA LEY.***

***CERTIFICA***

Que la empresa **I.P.S MEDI-SALUD IPS S.A.S identificada con Nit. 900.467.163-6,** está inscrita en la cámara de comercio de Florencia "Caquetá" con el N° 83707 y domicilio en el municipio de Florencia.

Se encuentra exonerada de los aportes que sobre la nómina se efectúan a "SENA – I.C.B.F y los obligatorios a salud, todos a cargo del empleador para aquellos contribuyentes responsables del impuesto sobre la renta para la equidad "CREE" beneficios creados con la **ley 1607 de 2012.** De igual manera la **ley 1819 del 29 diciembre de 2016 en su art 65** mantiene dicha exoneración para las personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios**.**

La presente se expide en la ciudad de Florencia (Caquetá) a los Cinco días (05) del mes de Septimbre de 2023.

IPS MEDI-SALUD S.A.S.
NIT. 900.617.163-6
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL Y VACUNACIÓN

***CLIMACO PAEZ ARTUNDUAGA***
*CONTADOR PÚBLICO*
***TP. 158211-T***

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9DD3993 2D0791EE9E

**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 **CLIMACO PAEZ ARTUNDUAGA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 6802524 de FLORENCIA (CAQUETA) Y Tarjeta Profesional No 158211-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Septiembre de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

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

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900617163 | 6 | IPS MEDI SALUD SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | IPS MEDI SALUD SAS | CL 6 9 B 10 | FLORENCIA-CAQUETA | 4358300 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-10 | 2023-11 | 288493977 | 9459081092 | E | 2023/11/16 | 2023/11/20 | BANCOLOMBIA | 4 | $1,231,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1117539292 | BERNAL MARCY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF13 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $306,700 |
| 2 | CC | 1061725253 | CARVAJAL CRISTIAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF13 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $306,700 |
| 3 | CC | 1117547537 | HOYOS LEIDY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF13 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $306,700 |
| 4 | CC | 1117527339 | ORTIZ NEIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF13 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $306,700 |
| **Total** | **Afiliados( 4)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,640,000 | $742,400 | | | $4,640,000 | $185,600 | | | $4,640,000 | $185,600 | | | $4,640,000 | $113,200 | | $0 | $0 | | $1,226,800 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900617163 | 6 | IPS MEDI SALUD SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | IPS MEDI SALUD SAS | CL 6 9 B 10 | FLORENCIA-CAQUETA | 4358300 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-10 | 2023-11 | 288493977 | 9459081092 | E | 2023/11/16 | 2023/11/20 | BANCOLOMBIA | 4 | $1,231,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $742,400 | $3,000 | $0 | $745,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 4 | $742,400 | $3,000 | $0 | $745,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $113,200 | $500 | $0 | $113,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 4 | $113,200 | $500 | $0 | $113,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 4 | $185,600 | $800 | $0 | $186,400 |
| COMFACA | CCF13 | 891,190,047 | 2 | 4 | $185,600 | $800 | $0 | $186,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 4 | $185,600 | $800 | $0 | $186,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 3 | $139,200 | $600 | $0 | $139,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $46,400 | $200 | $0 | $46,600 |
| **TOTAL** | | | | **4** | **$1,226,800** | **$5,100** | **$0** | **$1,231,900** |

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

# INFORME AL CONTRATO

Florencia 15 Noviembre del 2023

Señora:
GREICY LORENA BERNAL SERRATO
Supervisor Contrato
Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila del SENA
Regional Huila.

Asunto: Informe contrato N° CO1.PCCNTR.5365316

De manera atenta me permito adjuntar registro fotográfico y evidencia de asistencia de los aprendices vacunados del Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila del SENA, cuyo objeto se basaba en: "Prestar el servicio de suministro y aplicación de vacunas a los aprendices del Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila del SENA, Regional Huila Presentando planillas de las Jornadas de vacunación realizadas en las instalaciones del sena Plata Huila.

| BIOLOGICOS | CANTIDAD APLICADA |
|---|---|
| Hepatitis B | 47 |
| Varicela | 26 |
| Toxoide Tetanico | 6 |
| Inluenza | 24 |

Conforme a lo anterior se firma a los 20 días del mes de Noviembre del 2023

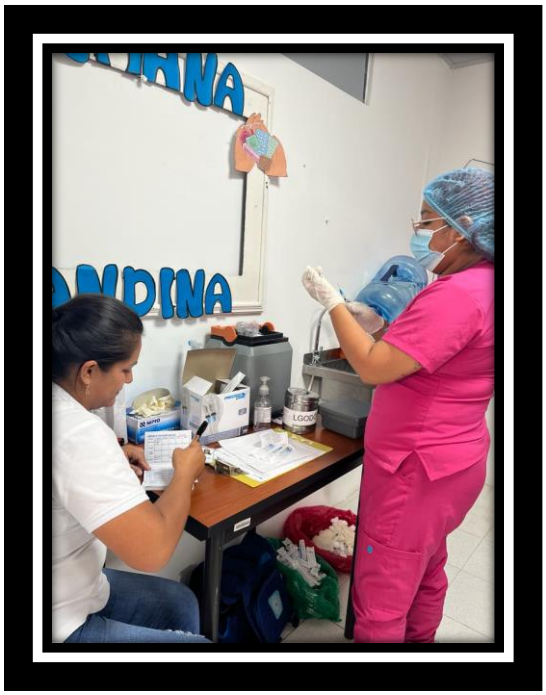
Angela Mª Morales B

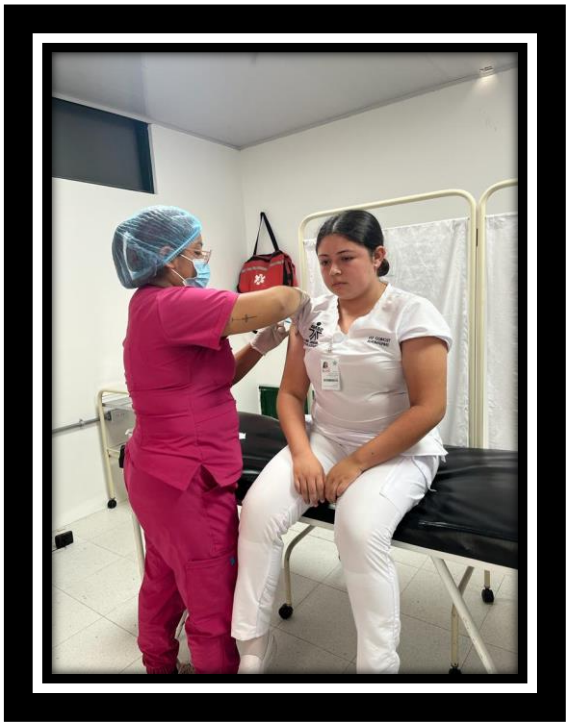
**ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ**
**Representante Legal**
**IPS MEDISALUD S.A.S**

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

# REGISTRO FOTOGRAFICO









**HOJA DE VIDA**



## Datos Personales

| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | **Leidy Vanesa Hoyos Pérez** |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.117.547.537 de Florencia** |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **31 de Octubre de 1996** |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | **Florencia Caquetá** |
| **ESTADO CIVIL** | **Soltera** |
| **CIUDAD** | **Florencia Caquetá** |
| **DIRECCIÓN** | **Carrera 18 N° 12-12 B/ Alfonso Lopez** |
| **TELÉFONO** | **3016633921** |

## Referencias Familiares

Rodrigo Hoyos Díaz
Conductor
Cel. 3152973908
Papa

Orfelid Hoyos Díaz
Ama de casa
Cel. 3134573576
Tía

## Referencias Personales

Diana Marcela Escobar
Auxiliar de Enfermería
Cel. 3102181360

Esneider Ordoñez
Militar
Cel. 3164732530

LEIDY VANESA HOYOS PEREZ
C.C 1.117.547.537 DE FLORENCIA CAQUETA
CEL. 3016633921

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.117.547.537**

**HOYOS PEREZ**

APELLIDOS

**LEIDY VANESA**

NOMBRES

leidy vanesa H. P

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1996**

**FLORENCIA**
**(CAQUETA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.59** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**17-JUL-2015 FLORENCIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4400100-00732512-F-1117547537-20150812 **0045**784380A 1 44384431

La República de Colombia
y en su nombre, la

# Institución Educativa
# Juan Bautista "La Salle"

Florencia - Caquetá

Creada mediante Decreto No. 000494 del Diciembre 31 de 2002
Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal de Florencia,
según Resolución No. 643 del 10 de Noviembre de 2005

Confiere a:

## Leidy Vanesa Hoyos Pérez

El presente:

# Certificado

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a la

# Educación Básica



Según los planes y programas vigentes y la habilita para continuar la Educación Media, o acceder al Servicio Especial de Educación Laboral, de acuerdo con el Decreto No. 1860 del 3 de Agosto de 1994 y el Decreto 1290 del 16 de abril de 2009

Jairo Eliécer Durango Londoño
C.C. No. 17.626.282 de Florencia
Rector

Clara Inés Rojo de Pardo
C.C. No. 20.617.712 de Florencia
Secretaria Ejecutiva

Dado en Florencia 5 días Diciembre 2013

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

República de Colombia
Departamento del Caquetá

## Colegio Pedagógico de Colombia

Educación Formal, Básica y Media Académica Semipresencial
Aprobado por la Secretaría de Educación Municipal de Florencia
Según resolución No. 055 del 03 de febrero de 2010; decreto 3011 de 1997 de gobierno nacional

NIT. 900338935-8
CÓDIGO DANE: 318001004077

En la ciudad de Florencia-Caquetá, a los 28 días del mes de Noviembre del año 2015, siendo las 09:00 de la mañana se reunieron la Suscrita Directora y la Secretaria de la Institución con el fin de definir la situación académica de la Quincuagésima Cuarta promoción de estudiantes a graduar que han cumplido debidamente con los parámetros y programa establecido por el Centro Educativo, de conformidad a lo reglamentado por los decretos 3011 de 1997 y 1290 de 2009, una vez reunidos se procede a comprobar la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la educación Media Académica y se procede a otorgar el título de:

## Bachiller Académico

Al graduando cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación

*Hoyos Pérez Leidy Vanesa*

Idenficado(a) con C.C. No. 1.117.547.537 de Florencia

La presente es fiel copia tomada del Acta Original No. 054 de fecha 28 de Noviembre del 2015 que consta de 81 alumnos que comienzan con el nombre de AMAYA MAYERLI y se cierra con el nombre de VARON BERRUECOS JONATHAN ANDRES

Firmada y Sellada por la Doctora Claudia Patricia Bernal Gaitán (Directora) y Disney Hernández Tique (Secretaria).

Firmada y Sellada:

Dra. Claudia Patricia Bernal Gaitán
Directora

Disney Hernandez Tique
Secretaria

Dado en Florencia - Caquetá, a los 28 días del mes de Noviembre del año 2015

La República de Colombia
y en su nombre el

# Colegio Pedagógico de Colombia

Florencia - Caquetá
Educación Formal, Básica y Media Académica Semipresencial

Aprobado por la Secretaría de Educación Municipal de Florencia
Según resolución No. 055 del 03 de febrero de 2010; decreto 3011 de 1997 del Gobierno Nacional

Confiere a:

## Hoyos Pérez Leidy Vanesa

Idenficado(a) con C.C. No. 1.117.547.537 de Florencia

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Dra. Claudia Patricia Bernal Gaitán
C.C. No. 40.769.196 de Florencia
Directora

Disney Hernández Tique
C.C. No. 1.117.492.705 de Florencia
Secretaria

Dado en Florencia, Caquetá, a los 28 días del mes de Noviembre de 2015

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

Creando un Futuro Exitoso

# LA ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD ECSALUD

***Institución De Educación Para El Trabajo Y Desarrollo Humano***

## ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 040

*El Director y la secretaria de la Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano ECSALUD, con autorización oficial según Resolución No. 0446 del 26 de Noviembre del año 2014 de la Secretaria de Educación Municipal del Departamento del Caquetá y Acuerdo Ejecutivo No. 30 del 02 de Diciembre de 1998 emanado por el comité ejecutivo del Ministerio de la Protección Social.*

## CERTIFICAN

*Que el día doce (12) del mes de mayo del año dos mil diecisiete (2017), siendo las 11:00 de la mañana se reunió el Concejo de Dirección de la Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano - ECSALUD, para otorgar el* **CERTIFICADO** *de:*

## TECNICO LABORAL
## AUXILIAR EN ENFERMERIA
## APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS

*A:*

## LEIDY VANESA HOYOS PEREZ

***C.C. No. 1.117.547.537 de Florencia - Caquetá***

*Quien terminó satisfactoriamente sus estudios en el presente año. Este certificado se otorga en atención a que la alumna cursó y aprobó en ECSALUD, el Programa Técnico Laboral Auxiliar Enfermería aptitud ocupacional por competencias de acuerdo a las normas emanadas por el Ministerio de la Protección Social.*

*Presidio la Reunión el Dr. JOSE RICARDO VIDAL OSSA.*

*Dado en Florencia - Caquetá, a los veintiséis (26) días del mes de Mayo del año dos mil* diecisiete *(2017).*

**JOSE RICARDO VIDAL OSSA**
*DIRECTOR GENERAL*

**NEFFY ALEJANDRA LUGO.**
*SECRETARIA*

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

**LA ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD**

# ECSALUD

*Institución De Educación Para El Trabajo Y El Desarrollo Humano*
*Con autorización oficial según Resolución No. 0446 del 26 de Noviembre del año 2014 de la Secretaria de Educación Municipal del Departamento del Caquetá y Acuerdo Ejecutivo No. 30 del 02 de Diciembre de 1998 emanado por el comité ejecutivo del Ministerio de la Protección Social.*

Certifica Que

*Leidy Vanesa Hoyos Perez*

*C.C. No. 1.117.547.537 de Florencia - Caquetá*

*Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la institución y le confiere el Certificado de:*

## TÉCNICO LABORAL
## AUXILIAR EN ENFERMERÍA
### Aptitud Ocupacional por Competencias

*Realizado en la ciudad de Florencia - Caquetá con una intensidad horaria de 1.800 Horas.*

*Dado en Florencia a los 26 dias del mes Mayo del año 2017*

JOSE RICARDO VIDAL OSSA
DIRECTOR GENERAL

JELMU ENRIQUE POLO PEREA
COORDINADOR ACADÉMICO

*Acta de Grado No. 040 Fecha 12-05/2017 Libro de Registro 001 Folio No. 0145 - 147*

GOBERNACION DEL CAQUETA
**SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**
**NIT. 800091594-4**

**RESOLUCION NUMERO 18 DEL 2017**
**- - - 00223**

**POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL**

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

De conformidad con el Decreto 001875 de Agosto de 1994, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, modificado por el Decreto 1352 del 12 Julio de 2000 y

**CONSIDERANDO**

Que: **LEIDY VANESA HOYOS PEREZ,** identificada con C.C No. 1.117.547.537, ha solicitado autorización e inscripción para ejercer la profesión como: **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Título que le otorgó **ECSALUD**

Que dicho título se encuentra debidamente registrado con Acta de Grado No 040 folio No. 0145-147 Y Libro No 001 del 26/05/2017 por **ECSALUD**

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Registrar el Título que Autoriza a: **LEIDY VANESA HOYOS PEREZ** Identificado (a) con C.C No 1.117.547.537 Para ejercer la profesión de **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA,** con base a lo establecido en el Artículo Primero del Decreto 1352 de 2000, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTICULO SEGUNDO:** El presente Acto Administrativo rige para todo el Territorio Nacional, en cumplimiento de la ley 1164 de 2007 y la Resolución 3030 de 2014.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Florencia (Caquetá) 05 JUL 2017

**TITO MENDEZ MADRID**

**Secretario**

Reviso: Aldemar Casadiegos Jaime
Director Tecnico Direccion Desarrollo de Servicios-Encargado Resol. 000863 15 Mayo 2017
Reviso: Mónica Andrea Rico – Juridica- Dirección Desarrollo de Servicios
Proyecto: Nydia Sánchez Conde

Fundación
Banca de Información & Servicios
Construyendo La Educación en Colombia
Reg. 00384 Secretaria de Salud Departamental del Caqueta
320 815 3292 - 436 53 64

Otorga la presente acta a:

# LEIDY VANESA HOYOS PEREZ

Con Documento de Identidad CC. 1117547537 de Florencia Caquetá

POR SU PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE EN ACCIONES DE:

## Formacion Continua en Soporte Vital Basico de Vida SVBV, dirigido para Personal de Salud

Con una Intensidad de **24** horas Teórico-Práctico.
En cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Este curso se dictó en atención a las exigencias del Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a la resolución 3100 de 2019, del cual define los Procedimientos y Condiciones de Inscripción de los Prestadores de Servicios de Habilitación en Salud y Estándar de Recursos Humanos, para efectos de Vinculación y/o Contratación. Dentro de la Metodología, se aplicó la técnica Enseñanza Interactiva y Acción Participativa de forma **Presencial**, donde al participante se le suministro el material didáctico previamente a la capacitación, desarrollándole las destrezas en las competencias laborales.

**Esta capacitación se realizó el pasado 03 de Diciembre de 2021 y registro de verificación F4050/314/21**

Esta capacitación no requiere registro por parte de la secretaria de Educación de la Entidad Territorial Certificada, teniendo en cuenta que impartimos educación Informal, con una duración inferior a 160 horas según el decreto 4904 de 2009, Capitulo 5 Numeral 5.8 del Ministerio de Educación Nacional.

Se entrega en Florencia Caquetá, el 03 de Diciembre de 2021

Vence: 03 de Diciembre de 2023

Esp. JHON ALEX RICO CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CALDERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 1006229412 - BD 025

**Código F4050/314/21**
**Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.**

**También lo puede verificar mediante solicitud al correo** bancadeinformación@gmail.com **o al Celular** 3208153292

Escaneado con CamScanner

# Fundación Banca de Información & Servicios

Construyendo la Educacion en Colombia

320 815 3292 - 435 53 64

## HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

# LEIDY VANESA HOYOS PEREZ

Con documento de Identidad CC: 1117547537 de Florencia Caquetá

## DONDE EFECTUO ACCIONES DE

**Formacion Continua en Soporte Vital Basico de Vida SVBV, dirigido para Personal de Salud**

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social
Decreto 4904 del 2009 Capitulo 05 Numeral 5.8 Ministerio de Educación Nacional
Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: **24 Horas**
Esta capacitación la efectuó el docente bajo código F4050/314/21 y Referencia al Curso: SVBV-005
*Esta constancia fue generada en: 03 de Diciembre de 2021*
Constancia valida por dos años|

Registro de Verificación del Certificado No.F4050/314/21

Esp. JHON ALEX RICO CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CALDERÓN DAGUA
COORDINADORA ACADEMICO
Reg. 1006[illegible] - BD 025

Código de Registro: SVBV-005 Acta: F4050/314/21
**También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208153292**

Código F4050/314/21
**Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.**

Escaneado con CamScanner

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015*
*otorga*
*Certificado de Competencia Laboral a*

## LEIDY VANESA HOYOS PEREZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1117547537

Quien demostró su Competencia Laboral en la
*Norma*

**Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL INTERMEDIO**

*Código: 230101257 - Versión: 2*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en FLORENCIA. A los once (11) días del mes de Marzo de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por



1524339 - 11/03/2023
No Y FECHA REGISTRO

DANNY LOPEZ SEGURA
Subdirector CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA
REGIONAL CAQUETÁ

Vigencia:
hasta el 11 de Marzo de 2026

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 951600230101257222CC1117547537C.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015*
*otorga*
*Certificado de Competencia Laboral a*

## LEIDY VANESA HOYOS PEREZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1117547537

Quien demostró su Competencia Laboral en la
*Norma*

## NIVEL AVANZADO - Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud

*Código: 230101257 - Versión: 2*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en FLORENCIA. A los veintiseis (26) días del mes de Agosto de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por



636841 - 26/08/2019
No Y FECHA REGISTRO

IRMA OMAIRA MAYA
Subdirectora (E) CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA
REGIONAL CAQUETÁ

Vigencia:
hasta el 26 de Agosto de 2022

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9516002301012 57CC1117547537C.

Search

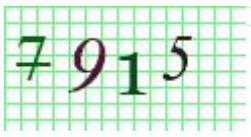
SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam… 1

Cédula de Ciudadanía | 1117547537 | leidy

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7924

Verificar Registro en ReTHUS

**Resultado General -2021-11-03→!**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1117547537 | LEIDY | VANESA | HOYOS |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las ba constató que el (la) señor(a) LEIDY VANESA HOYOS PEREZ identificado(a) c**

**2021-11-03→5:11:20 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio eje Acto Administr |
|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2017-07-05 |

**de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El tale área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que s territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tar Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:**
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
**Horario de atención:**
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

IPS MEDISALUD S.A.S

NIT. 900.617.163-6

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Por medio de La presente hago constar que el señora **LEIDY VANESA HOYOS PEREZ** identificada con cedula de ciudadanía 1**.117.547.537** expedida en Florencia Caquetá labora en nuestra empresa **IPS MEDI-SALUD S.A.S.** bajo contrato término indefinido desde el 13 agosto del 2018, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE VACUNACION.**

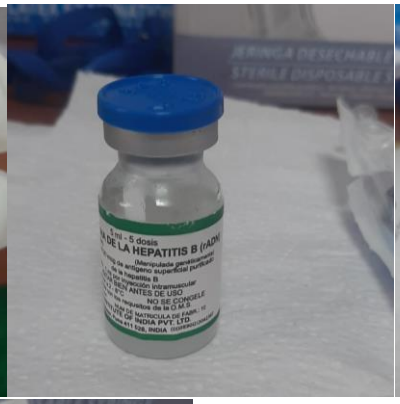
Se expide en Florencia Caquetá a los doce (30) días del mes de Noviembre de 2021

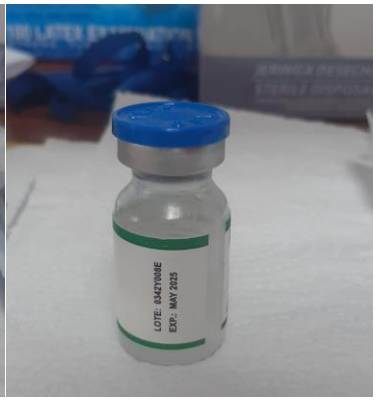
IPS MEDI-SALUD S.A.S.
NIT. 900.617.163-6
SERVICIOS DE
SAL OCUPACIONAL
UNACION

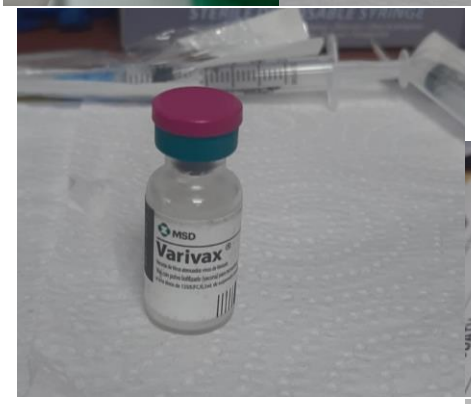
**ANGELA MARIA MORALES BOHORQUEZ**
**REPRESENTANTE LEGAL**

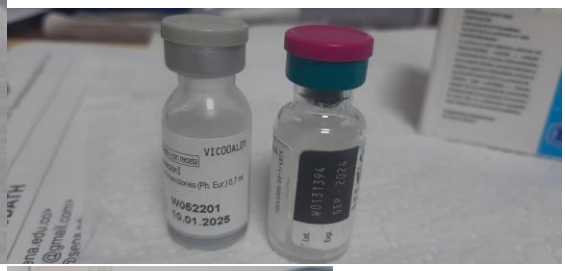
ANEXOS FOTOGRAFICOS

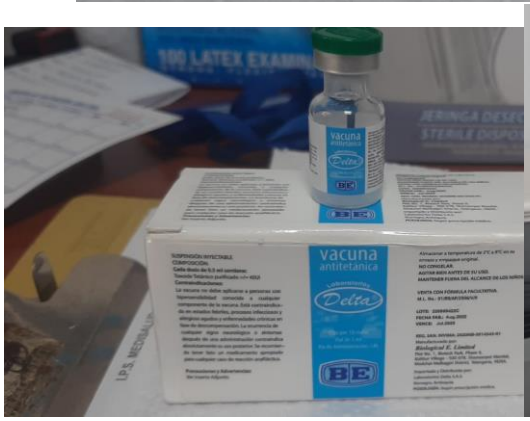


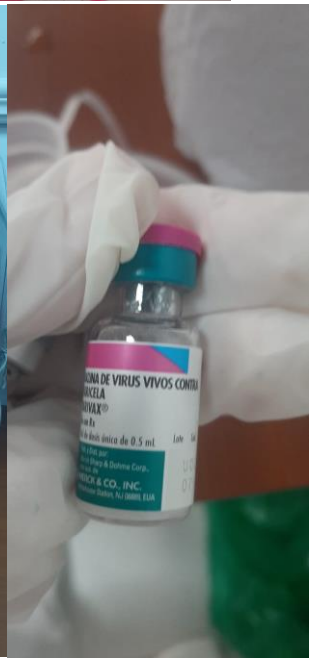












NA


# Factura Electrónica De Venta

## FEMS No. 3680

**Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764053328590 que habilita desde FEMS 3390 hasta FEMS 10000. Vence 2024-08-09**

**Responsables de IVA No somos Agentes de Retención de IVA**

**No somos Grandes Contribuyentes**

**Actividad Económica ICA 8621 8.00 X 1000**

## Ips Medi Salud

**Nit 900617163**

| | |
|---|---|
| **CLIENTE** | Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA" |
| **NIT** | 899999034 1 |

| **DIRECCIÓN** | **CIUDAD** | **TELÉFONO** |
|---|---|---|
| CL 57 8 69 Torre Central Piso 6 | Bogota D.C. | 5461500 |

**POR CONCEPTO DE**

#$36-02-00-041-952610;CO1.PCCNTR.5365316;glbernal@sena.edu.co#$

| **FECHA FACTURA** | **FECHA VENCIMIENTO** | **VENDEDOR** | **FORMA DE PAGO** | **MEDIO DE PAGO** |
|---|---|---|---|---|
| 20/11/2023 | 20/12/2023 | Leidy Vanesa Hoyos Perez | Credito | |

| Item | Código | Descripción | Cantidad | U Medida | Valor Unitario | IVA | Valor IVA | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Vac - 3 | Agripal " Influenza" | 24 | Und. | 32.500 | 0% | 0 | 780.000 |
| 2 | Vac - 1 | Texoide Tetanico " Tetano" | 6 | Und. | 10.250 | 0% | 0 | 61.500 |
| 3 | Vac - 8 | Varicela | 26 | Und. | 103.950 | 0% | 0 | 2.702.700 |
| 4 | Vac - 2 | Hepavax "Hepatitis B" | 47 | Und. | 23.250 | 0% | 0 | 1.092.750 |

Total líneas o ítems: 4

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | **4.636.950** |
| **DESCUENTO** | **0** |
| **IVA** | **0** |
| **TOTAL DE LA OPERACIÓN** | **4.636.950** |
| **RETEFUENTE** | **0** |
| **RETEIVA** | **0** |
| **RETEICA** | **0** |
| **TOTAL MENOS RETENCIONES** | **4.636.950** |

**Valor en Letras**

CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

**Nota: Favor Abstenerse de practicar retencion en la fuente a titulo de renta e industria y comercio, Pertenecemos al regimen de tributacion Simple (RST)Art 74 Ley 2010 de 2019.**

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

Fecha y Hora de Generación: 20/11/2023 20:41:11

**cl 6 9 b 10 Teléfono 4358300**

**Correo Electrónico ipsmedisaludsas@gmail.com**

CUFE: ae953c9ad5192b41b573ddb0a3064a3b81a1253c57118c0f861a057feb0f73fa045ba13ccdb1ca655e79325514f15789--Expedición:20/11/2023 04:03 PM