| MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO | **INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN** | Código: F-CT-032 |
|---|---|---|
| | | Versión: 06 |
| | | Fecha: 26/01/2023 |
| | | Página 1 de 7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO CONVENIO** | X☐ ☐ | NÚMERO: | 2024.10.05.05.004.009 |
| | | FECHA DE SUSCRIPCIÓN: | Fecha [27/02/2024] |
| **OBJETO:** Prestación de servicios para la implementación y seguimiento de los temas relacionados con medicina del trabajo a los servidores públicos del Municipio de La Ceja del Tambo | | | |
| **DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:** | | Departamento Administrativo General y de Servicios Administrativos-Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo | |
| **CONTRATISTA / ASOCIADO** | | NOMBRE: | IPS CORRIENTE VITAL |
| | | CEDULA / NIT | 900.520.548-1 |
| **VALOR INICIAL** [$]: | | Diez millones de pesos ML ($10.000.000 ) IVA incluido | |
| **PLAZO:** | | diez meses sin exceder el 31 de diciembre de 2024 | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:** | | SECOP II CO1.PCCNTR.6009630 | |

| **1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO** |
|---|
| **Periodo de Cobro:** Factura 20165 18 de junio al 3 de agosto del 2024 |

| **2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO** | | |
|---|---|---|
| **Registro Presupuestal:** | **Nº.** 672 | **Fecha: Día: Mes: Año: (27/02/2024)** |
| **Requiere Pólizas de Garantías (*)** | SI_x_ NO__ | **Fecha: Día: Mes: Año:** (**29/02/2024**) |
| **Fecha de inicio (*):** **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio** | Fecha: Día: Mes: Año: (01/03/2024) | |
| **Duración total del contrato:** | 10 (diez meses) | |
| **Fecha de terminación del contrato:** | **Fecha: Día: Mes: Año:** (31/12/2024) | |

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

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

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

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

El contrato estipuló pago anticipado: SÍ: _____NO: _____

| CUENTA | Corriente | x | Ahorros | | Número Cuenta: 02384003319 | Banco: BANCOLOMBIA |
|---|---|---|---|---|---|---|

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

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

| 3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | |
|---|---|
| 1. Valor Contrato: | $10.000.000 |
| 2. Valor Cofinanciación (Para convenios): | $ |
| 3. Valor Anticipo o Pago anticipado. | $ |
| 4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista) | $ 2.178.399 |
| 5. Valor ejecución del contrato a la fecha del informe (Debe ser igual a los valores de las facturas o cuentas de cobro presentadas por el Contratista, más el anticipo si lo hubo). | $7.077.389 |

**3.1 RENDIMIENTOS**

El contrato o convenio generó rendimientos: SÍ_____NO_____

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

**4. COMPONENTE ADMINISTRATIVO**

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

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

SI ___ NO ___

No. Planilla:

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

| SI | NO |
|---|---|
| _x | ___ |
| | |

**4.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE**

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

SI X___ NO ___

(Marque X)

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

| 5. COMPONENTE TÉCNICO | |
|---|---|
| **5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO** | |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO** | 70.77% |

Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades. TRANSCRIBIR

| Nº | Actividades u obligaciones | **Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades) |
|---|---|---|
| 1 | Realizar exámenes médicos ocupacionales (Ingreso, retiro, periódicos, post incapacidad), además de las pruebas paraclínicas establecidas en el Profesiograma de la Administración del Municipio de La Ceja, a los empleados y trabajadores oficiales | En este periodo de facturación se requirió 12 valoraciones de exámenes médicos ocupacionales, 12 visiometrías, 2 glicemia, 2 audiometría tamiz, 2 prueba de detección de sustancia, hemograma 2, perfil lipídico 2, 2 prueba psicosensométrica para conductores, 1 evaluación medica ocupacional, 8 valoraciones de seguimiento a recomendaciones. |
| 2 | Solicitar al trabajador su consentimiento informado para realizar la evaluación médica y las pruebas complementarias | En cada uno de los procesos que se realizó con los funcionarios se solicitó la firma del consentimiento informado |
| 3 | Generar por parte del médico especialista el certificado de aptitud individual como resultado de la valoración, indicando las restricciones existentes y las recomendaciones o condiciones que se requiere adaptar para que el trabajador pueda desempeñar la labor | Se generaron 8 conceptos médicos ocupacionales |
| 4 | Los hallazgos específicos y resultados de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias relacionados con los riesgos ocupacionales existentes se consignarán en los formatos que suministre el proveedor o en los que la empresa determine apropiados desde el punto de vista documental y técnico, que aseguren el suministro de la información pertinente y necesaria para alimentar los Sistemas de vigilancia Epidemiológica y programas de Prevención y Promoción que tenga implementada la empresa. | Con la información suministrada, se viene alimentando los respectivos sistemas de vigilancia. |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | Consignar en los formatos que suministre el proveedor o en los que la empresa determine apropiados desde el punto de vista documental y técnico, los hallazgos específicos y resultados de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias relacionados con los riesgos ocupacionales existentes para asegurar el suministro de la información pertinente y necesaria para alimentar los Sistemas de vigilancia Epidemiológica y programas de Prevención y Promoción de la Entidad. | Con la información suministrada, se viene alimentando los respectivos sistemas de vigilancia. |
| 6 | Acompañar en las mesas laborales programadas con el Líder de Gestión Humana, Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el trabajo, empleados y trabajadores oficiales en procesos de rehabilitación laboral. | En este periodo de facturación se realizó 1 mesa de laboral, para la ejecución de 1 horas de asesoría por parte del médico especialista |
| 7 | Realizar análisis de puesto de trabajo de los casos críticos relacionados con los trabajadores oficiales y empleados con recomendaciones médicas y restricciones laborales de acuerdo a la necesidad del proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o a solicitud de los diferentes entes de control, E.P.S y ARL entre otros | En este periodo de facturación no se requirió de este servicio |
| 8 | Las demás necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. | Acompañamiento psicológico a los funcionarios de las comisarías de familia para un total de 5 atenciones. |

**OBSERVACIONES:** (Diligenciar en el evento de tener alguna observación frente al cumplimiento de las actividades)

**5.2. SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS CONTRACTUALES**

¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI: NO:_X_

En el evento que la respuesta sea afirmativa, se requiere anexar el correspondiente soporte documental donde se clarifique la situación presentada conducente a que el riesgo se materialice, esto para su posterior ajuste y tratamiento, el cual deberá ser verificado por el supervisor del contrato en los siguientes informes de supervisión.

**5.3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

Se termina el Contrato: SI NO X

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

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

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

| ACTA DE PAGO No | FECHA Y NÚMERO DE COMPROBANTE DE EGRESO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

## 5.4 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

Se liquida el contrato: SI NO x

**5.4.1 Resumen del Balance:**

| BALANCE GENERAL DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **MONTO** |
| Valor inicial del contrato | |
| Valor de la adición No X (inserte tantas filas como adiciones haya tenido el contrato o convenio) | |
| Valor Total (del Contrato o Convenio) | |
| Valor pagado a la fecha | |
| Valor que falta por cancelar | |
| Valor que falta por ejecutar | |
| Rendimientos financieros (si aplica) | |

**5.4.2 Aprobación de liquidación**

Posterior al pago adeudado, apruebo que se proceda SI ___ NO____ con su liquidación, así:

| BALANCE GENERAL DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **MONTO** |
| Valor total del contrato | |
| Valor pendiente de pago | |
| Saldo a liberar | **$0** |

**5.4.3.** Se recibe la siguiente información relevante para el Municipio, la cual hace parte de la gestión desarrollada por el Contratista en cumplimiento del Objeto Contractual: (en este ítem se deberán relacionar los documentos, carpetas, sistemas de información, plataformas web, correos electrónicos y demás sistemas utilizados en la gestión contractual, así como procesos y/o procedimientos, documentos, formatos etc., del

Sistema Integrado de Gestión Organizacional SIGO en los que interviene el contratista para el desarrollo de actividades contempladas en el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión)

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

## 6. ANEXOS

1 Factura presentada por el proveedor

2 Informe de actividades

3 Certificado de paz y salvo por pago de Seguridad Social, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes Parafiscales, firmado por el Revisor Fiscal y/o el Representante Legal de la Entidad. Copia de la cedula y antecedentes del contador

## 7. VALIDACIÓN DEL PAGO

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

**SANTIAGO ANDRÉS GUTIÉRREZ RAMÍREZ**
**Nombre del Ordenador del gasto**

**Firma del Ordenador del Gasto**
**Cédula Nro: 15387033**

**LEIDY BIBIANA ARBELAEZ MUÑOZ**
**Nombre del Supervisor y/o Interventor**

**Firma Supervisor y/o Interventor**
**Cédula Nro: 21.627.683**

**IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS**
NIT 900.520.548-1
CALLE 17 #18-66
Tel: (604) 4483968
La Ceja - Colombia
info@ipscorrientevital.com
www.ipscorrientevital.com

Factura electrónica de venta
**No. S 20165**

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

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 02/08/2024, 13:02 |
| **Expedición** | 02/08/2024, 15:08 |
| **Vencimiento** | 02/08/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Valor desc. | Impto. Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | VISIOMETRÍA | 12.00 | 9,000.00 | 0.00 | 0 % | 108,000.00 |
| 2 | GLICEMIA | 2.00 | 15,000.00 | 0.00 | 0 % | 30,000.00 |
| 3 | AUDIOMETRÍA TAMIZ | 2.00 | 19,000.00 | 0.00 | 0 % | 38,000.00 |
| 4 | HEMOGRAMA | 2.00 | 20,500.00 | 0.00 | 0 % | 41,000.00 |
| 5 | PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS X 2 (COC,THC) | 2.00 | 25,000.00 | 0.00 | 0 % | 50,000.00 |
| 6 | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | 12.00 | 32,700.00 | 0.00 | 0 % | 392,400.00 |
| 7 | PERFIL LIPÍDICO | 2.00 | 35,000.00 | 0.00 | 0 % | 70,000.00 |
| 8 | PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES | 2.00 | 42,000.00 | 0.00 | 0 % | 84,000.00 |
| 9 | EVALUACION PSICOLOGICA | 5.00 | 70,000.00 | 0.00 | 0 % | 350,000.00 |
| 10 | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL | 1.00 | 95,000.00 | 0.00 | 0 % | 95,000.00 |
| 11 | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 8.00 | 100,000.00 | 0.00 | 0 % | 800,000.00 |
| 12 | HORA DE ASESORÍA POR MÉDICO ESPECIALISTA SST (27 jun) | 1.00 | 100,840.00 | 0.00 | 19 % | 119,999.60 |

**Total items:** 12

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 2,159,240.00 |
| IVA 19% | 19,159.60 |
| **Total a Pagar** | 2,178,399.60 |

**Valor en Letras:**
Dos millones ciento setenta y ocho mil trescientos noventa y nueve pesos m/cte con sesenta cent.

**Condiciones de Pago:**
Contado - Cuota No. 001 vence el 2024-08-02 por $ 2,178,399.60

**Observaciones:**

Vb

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764074018548 aprobado en 20240628 prefijo S desde el número 15001 al 30000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
**CUFE:** c1fe348fa2f6a54899ab11b11ec3c2b2ad8cb15731ac41c2ba0ba29f860aa67a1a64a9b4bb5a8338164b4189b8fab127

## RELACION DE PACIENTES FACTURADOS
## IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS

**Número de Factura : 20165**

**Empresa: MUNICIPIO DE LA CEJA**

**Nit: 890981207**

| | Identificación / Fecha | Paciente / Cargo / Ciudad | Empresa / Tipo Examen / Servicios | Valor |
|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE LA CEJA | | | | |
| 1 | 39191851<br>25/06/2024 | DIANA MARYORY ARIAS JIMENEZ<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>CONSULTA POR PSICOLOGÍA<br>EVALUACION PSICOLOGICA | 70.000.00 |
| MUNICIPIO DE LA CEJA | | | | |
| 2 | 39190563<br>25/06/2024 | MARISOL ZAPATA VALENCIA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>CONSULTA POR PSICOLOGÍA<br>EVALUACION PSICOLOGICA | 70.000.00 |
| MUNICIPIO DE LA CEJA | | | | |
| 3 | 43713469<br>27/06/2024 | SANDRA PATRICIA BETANCUR SOTO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>INGRESO<br>VISIOMETRÍA, EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | 41.700.00 |
| MUNICIPIO DE LA CEJA | | | | |
| 4 | 1152442046<br>2/07/2024 | DANIEL ESTEBAN QUINTERO ANGEL<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>PARACLINICOS OCUPACIONALES<br>AUDIOMETRÍA TAMIZ, PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS X 2 (COC,THC), PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES, GLICEMIA, PERFIL LIPÍDICO, HEMOGRAMA | 156.500.00 |
| 5 | 39186670<br>2/07/2024 | SILVIA OCAMPO QUINTERO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>INGRESO<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 41.700.00 |
| 6 | 1038411000<br>4/07/2024 | JEANNETTE DAHIANA RAMIREZ SALAZAR<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>CONSULTA POR PSICOLOGÍA<br>EVALUACION PSICOLOGICA | 70.000.00 |
| 7 | 1037616973<br>4/07/2024 | JUAN CAMILO NARANJO NARANJO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>CONSULTA POR PSICOLOGÍA<br>EVALUACION PSICOLOGICA | 70.000.00 |
| 8 | 39189620<br>4/07/2024 | MARICELY RIOS CORREA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>CONSULTA POR PSICOLOGÍA<br>EVALUACION PSICOLOGICA | 70.000.00 |
| MUNICIPIO DE LA CEJA | | | | |
| 9 | 39186460<br>16/07/2024 | NUBIA ELENA GAVIRIA LOPEZ<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL<br>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL | 95.000.00 |
| 10 | 15441458<br>25/07/2024 | GABRIEL ANGEL MUÑOZ MARTINEZ<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 100.000.00 |
| 11 | 1040035371<br>25/07/2024 | MARIA ARACELY TOBON TOBON<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>PERIÓDICO<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 41.700.00 |
| 12 | 39184509<br>25/07/2024 | MONICA MARIA RIOS OSORIO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>PERIÓDICO<br>VISIOMETRÍA, EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | 41.700.00 |

| | Identificación / Fecha | Paciente / Cargo / Ciudad | Empresa / Tipo Examen / Servicios | Valor |
|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE LA CEJA | | | | |
| 13 | 1040040275<br>25/07/2024 | CLARA SUAREZ URREGO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>PERIÓDICO<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 41.700.00 |
| 14 | 43459703<br>25/07/2024 | DIANA COLOMBIA CASTRO LONDOÑO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 100.000.00 |
| 15 | 70080450<br>25/07/2024 | EVELIO ANTONIO ALZATE AGUDELO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>PERIÓDICO<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 41.700.00 |
| 16 | 8689624<br>25/07/2024 | GUILLERMO LEON BEDOYA ALVAREZ<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>PERIÓDICO<br>VISIOMETRÍA, EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | 41.700.00 |
| 17 | 1040032537<br>25/07/2024 | LEYDY YOHANA BUITRAGO GAVIRIA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>PERIÓDICO<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 41.700.00 |
| 18 | 1017197747<br>25/07/2024 | SULHAY ALVAREZ VALENCIA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>PERIÓDICO<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 41.700.00 |
| 19 | 1040037092<br>25/07/2024 | YISELL TERESA CARDONA VALENCIA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA -<br>PERIÓDICO<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 41.700.00 |
| MUNICIPIO DE LA CEJA | | | | |
| 20 | 15378415<br>30/07/2024 | DELIO DE JESUS GOMEZ VILLADA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES MÉDICAS<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 100.000.00 |
| 21 | 70080450<br>30/07/2024 | EVELIO ANTONIO ALZATE AGUDELO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES MÉDICAS<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 100.000.00 |
| 22 | 15380579<br>30/07/2024 | JESUS ORLANDO MUÑETON YARCE<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES MÉDICAS<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 100.000.00 |
| 23 | 15379870<br>30/07/2024 | JOSE ABELARDO QUINTERO LONDOÑO<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES MÉDICAS<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 100.000.00 |
| 24 | 15381016<br>30/07/2024 | ORLANDO ANTONIO RUIZ GAVIRIA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES MÉDICAS<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 100.000.00 |
| 25 | 15378928<br>30/07/2024 | ORLANDO DE JESUS LOPEZ MONTOYA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES MÉDICAS<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES | 100.000.00 |
| 26 | 15382875<br>31/07/2024 | JUAN DAVID LEON VALENCIA<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>PERIÓDICO CONDUCTOR<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA TAMIZ, PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA, HEMOGRAMA, PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES, PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS X 2 (COC,THC) | 198.200.00 |
| 27 | 15448568<br>1/08/2024 | STEVEN ADELMO RIOS VARGAS<br>LA CEJA | MUNICIPIO DE LA CEJA<br>INGRESO<br>EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 41.700.00 |

Fecha: 2 de agosto de 2024

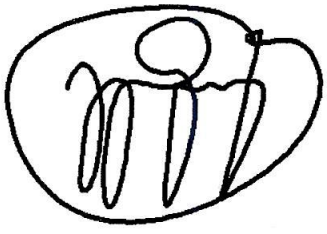
INFORME DE ACTIVIDADES

FACTURA: S-20165

Durante los meses de junio, julio y a la fecha, prestaron lo siguiente servicios: 12 visiometrías, 2 glicemias, 2 audiometrías tamiz, 2 hemogramas, 2 pruebas de detección de sustancias psicoactivas, 12 exámenes médicos con énfasis osteomuscular, 2 perfiles lipídicos, 2 pruebas psicosensométricas para conductores, 5 evaluaciones psicológicas, 1 evaluación médica ocupacional, 8 exámenes de seguimiento a recomendaciones médicas ocupacionales..

El resumen por tipo de examen es el siguiente: 5 evaluaciones psicológicas, 1 evaluación médica ocupacional, 8 exámenes médicos de seguimiento a recomendaciones ocupacionales, 3 exámenes médicos ocupacionales de ingreso, 1 exámenes médicos ocupacionales periódico para conductor, 8 exámenes médicos periódicos de personal administrativo, 1 paraclínicos ocupacionales para concepto de conducción.

Además, se prestó el servicio de asesoría por médico especialista SST durante 1 hora para la revisión de casos médicos de salud especiales complejos de calificación de origen de enfermedad.



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

La Ceja, Antioquia, 2 de agosto de 2024

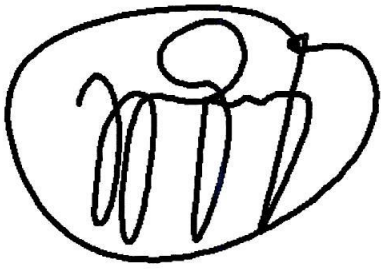
Señores
**MUNICIPIO DE LA CEJA**

**ASUNTO: CARTA DE CUMPLIMIENTOS DE APORTES PARAFISCALES**

El suscrito (Representante Legal o Revisor fiscal) de **IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES S.A.S con NIT 900.520.548-1**, certifica que al 31 de julio de 2024 se encuentra PAZ Y SALVO por concepto de aportes a las cajas de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, así como a los sistemas de Salud, Pensión y riesgos profesionales ARP (Artículo 50 de la ley 789 de 2002) correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses.

Cordialmente,

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



**Firma**

| MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO | **Evaluación de proveedores externos** | **Código:** F-CT- 002<br>**Versión:** 03<br>**Fecha:** 27/12/2022<br>**Página:** 1 de 1 |
|---|---|---|

| **CONTRATO NÚMERO** | **TIPO** |
|---|---|
| 2024.10.05.05.004.009 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |

| | | |
|---|---|---|
| **CONTRATO NÚMERO** | IPS CORRIENTE VITAL | **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** |
| **NIT O CÉDULA** | 900.520.548-1 | **01/03/2024** |
| **OBJETO** | Prestación de servicios para la implementación y seguimiento de los temas relacionados con medicina del trabajo a los servidores públicos del Municipio de La Ceja del Tambo | |
| **DEPENDENCIA** | Departamento Administrativo General y de Servicios Administrativos. | |

| **ACTIVIDADES A EVALUAR** | | **CALIF.** |
|---|---|---|
| **CALIDAD** | El contratista cumple con las especificaciones técnicas y/o actividades contratadas | 5 |
| **OPORTUNIDAD** | Cumplió con las entregas en los plazos acordados en los documentos del proceso | 5 |
| **CANTIDAD** | Realiza las entregas de los bienes y/o servicios acorde con lo pactado | 5 |
| **ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS** | Atiende los requerimientos efectuados por parte de la administración municipal que estén relacionados con el contrato | 5 |
| **CUMPLIMIENTO NORMATIVO** | Durante la ejecución del contrato cumplió con las normas relacionadas directamente con la ejecución del contrato y las de seguridad y salud en el trabajo requeridas para la actividad | 5 |
| **SERVICIO POST ENTREGA** | Atiendió de forma opotuna las reclamaciones realizadas posterior la la entrega de los bienes y servicios y resolvió las inconsistencias presentadas | 5 |

| **CRITERIOS DE CALIFICACIÓN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **N/A: NO APLICA** | **1. DEFICIENTE** | **3. ACEPTABLE** | | **5. EXCELENTE** | |
| Evaluación (%) = | Total puntos obtenidos/Total puntos posibles | 30<br>30 | X 100 = | **100** | |
| | Cantidad de preguntas aplicables | 6 | | | |

| **RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN** | **EVALUACIÓN** | | **RESULTADO** |
|---|---|---|---|
| LEIDY BIBIANA ARBELAEZ MUÑOZ | | | |
| **DEPENDENCIA** | EXCELENTE | 81-100 | EXCELENTE |
| Departamento Administrativo General y de Servicios Administrativos. | ACEPTABLE | 60-80 | |
| | DEFICIENTE | | |

| | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIONES:** | | |
| **PUNTAJE OBTENIDO** | **81 -100** | Altamente confiable, garantiza la calidad, oportunidad, cantidad, la atención a requerimientos, el cumplimiento normativo y los servicios post entrega, según aplique. |
| | **60 - 80** | Cumple con los requisitos básicos de calidad, oportunidad, cantidad, la atención a requerimientos, el cumplimiento normativo y los servicios post entrega, según aplique. |
| | **0 - 59** | Poco confiable en calidad, oportunidad, cantidad, la atención a requerimientos, el cumplimiento normativo y los servicios post entrega, según aplique. |

| **NOMBRE Y CARGO DEL EVALUADOR** | **FIRMA EVALUADOR** | **FECHA EVALUACIÓN** |
|---|---|---|
| | | 08/08/2024 |
| LEIDY BIBIANA ARBELAEZ MUÑOZ - PROFESIONAL UNIVERSITARIO SST | | |