| GOBERNACION DE ANTIOQUIA<br>REPUBLICA DE COLOMBIA | **INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN ESTATAL** | Código: FO-M7-P6-016<br>Versión: 03<br>Fecha de aprobación: 22/04/2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE INFORME** | No. 3 | | | | | |
| **SUPERVISIÓN** | X | | | | | |
| **INTERVENTORÍA** | ☐ | | | | | |
| **TIPO DE INFORME** | **PARCIAL** | ☐ | **PARA PAGO** | X | **FINAL** | ☐ |
| **PERIODO DE INFORME** | Desde: | 01/10/2024 | | Hasta: | 31/10/2024 | |
| **PERIODO PARA PAGO** | Desde: | 01/09/2024 | | Hasta: | 31/10/2024 | |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO / CONVENIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO CONVENIO** | ☐ | **NÚMERO:** | | **4600017326** | |
| | X | **FECHA DE SUSCRIPCION:** | | 09/08/2024 | |
| **MODALIDAD DE SELECCIÓN:** | | | | Contratación Directa – Convenio de Asociación Ley 489 | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:** | | | | 15876 | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:** | | | | 21/08/2024 | |
| **OBJETO:** Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Atrato Medio Antioqueño de Vigía del Fuerte, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud. | | | | | |
| **ORGANISMO CONTRATANTE /CONVENIANTE:** | | | | Departamento de Antioquia – Secretaría de Salud de Antioquia, Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios de salud | |
| **CONTRATISTA / CONVENIANTE** | | NOMBRE: | | E.S.E. HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO | |
| | | NIT | | 811.020.943-8 | |
| **VALOR** [$]: | | INICIAL: | | **OCHOCIENTOS MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/L ($800.138.735)** | |
| | | ADICIONES | **No.** | **VALOR ADICIONADO** | **% DE ADICION** |
| | | | | "N/A" | "N/A" |
| | | VALOR TOTAL: | | **OCHOCIENTOS MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/L ($800.138.735)** | |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | | RPC NUMERO: | | 4500063309 | |
| | | FECHA DE LIBERACION (IMPRESIÓN): | | 31/07/2024 | |
| **VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:** | | | | N/A | |
| **PLAZO:** | | INICIAL | | La duración del presente convenio será de cinco (5) meses y veinte (20) días, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024. | |
| | | | | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | | | | 21/08/2024 | 20/12/2024 |
| | | PRÓRROGAS | **No.** | **TIEMPO PRORROGADO** | **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | N/A | N/A | |
| **HISTORICO DE SUSPENSIONES:** | | **No.** | **FECHA INICIO SUSPENSIÓN** | **FECHA REANUDACIÓN** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | | | N/A | N/A | N/A |
| **FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL** | | N/A | | | |
| **TIENE GARANTÍAS VIGENTES, ACTUALIZADAS Y APROBADAS** | | | | N/A | |
| | | | | | |
| **SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR** | NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL: | LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA | | | |
| | NUMERO CONTRATO INTERVENTOR: | N/A | | | |
| | | | | | |
| **% DE EJECUCIÓN FÍSICA** | | 50% | | | |
| **% DE EJECUCIÓN DE RECURSOS** | | 90.9% | | | |

## 2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DE LAS PARTES

Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación:
1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requerido.
2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará la con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría.
3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta.
4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la Planilla Integrada Liquidación de Aportes (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción.

### 2.1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL CONTRATISTA/CONVENIANTE EJECUTOR.

### 2.1.1. EJECUCIÓN FÍSICA Y FINANCIERA DE LOS CONVENIOS/CONTRATOS DERIVADOS DE CONFORMIDAD CON LO INFORMADO POR EL CONVENIANTE O CONTRATISTA EJECUTOR

Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.

PAC FORMA DE PAGO

| FONDO | 0-PS3031 | A-PS3031 |
|---|---|---|
| JULIO | 504.938.000 | 4.239.900 |
| AGOSTO | 72.134.000 | 605.700 |
| SEPTIEMBRE | 72.134.000 | 605.700 |
| OCTUBRE | 72.134.000 | 605.700 |

| | | |
|---|---|---|
| NOVIEMBRE | 33.135.283 | 606.452 |
| DICIEMBRE | 39.000.000 | 0 |

| | |
|---|---|
| **% DE EJECUCIÓN FÍSICA CONSOLIDADA DE LOS CONTRATOS/CONVENIOS DERIVADOS** | 50% ejecución física consolidada del convenio. |
| **% DE EJECUCIÓN FINANCIERA CONSOLIDADA DE LOS CONTRATOS/CONVENIOS DERIVADOS** | El giro de los recursos se realiza de acuerdo con las doceavas giradas al departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la disponibilidad de los mismos en el PAC, para este pago corresponde al 91% del 100% de los recursos disponibles del convenio. |

## 2.1.2. SEGUIMIENTO TÉCNICO DEL CONTRATO/CONVENIO:

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE TÉCNICO | % EJECUCIÓN DEL PERIODO INFORMADO | % EJECUCIÓN ACUMULADO | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| **1).** Garantizar la operación y la prestación del servicio de salud en la institución, de acuerdo con los horarios definidos y los servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores (REPS); incluyendo la prestación del servicio de urgencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana. De tal forma que la sede opere y preste sus servicios en condiciones de calidad para la población de su jurisdicción. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | La entidad presta servicios de manera permanente en el horario 7:00 am a 5:00pm y se cumple con el servicio de urgencias 24/7 |
| **2)** Cumplir las normas generales que aplican para los prestadores de servicios de salud en Colombia y aplicar las directrices que son emitidas por los organismos de regulación y de control del sector. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | Se prestan los servicios de salud de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigentes y se cumple con los reportes normativos |
| **3)** Atender los pacientes que sean clasificados como sospechosos o que sean confirmados con diagnóstico de la enfermedad COVID-19, cumpliendo estrictamente los protocolos y las directrices emanados del Ministerio de Salud y Protección Social. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | Se cumple con los protocolos de atención para los pacientes sospechosos y confirmados y se realizan las respectivas notificaciones al INS en los casos correspondientes |
| 4) Cumplir con la totalidad de los | **100%** | **100%** | PC/Informe | El reporte se realiza |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| reportes establecidos en el Sistema de Información para la Salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los procesos de atención a las personas en cada uno de los servicios de la institución, incluyendo los reportes de gestión de la demanda inducida y las acciones de protección específica y detección temprana definidos en la resolución 4505 de 2012 que apliquen para la población no afiliada de Antioquia. | | | seguimiento / carpeta física | de manera oportuna trimestre vencido a la Secretaría de Salud Municipal |
| 5) Dar cumplimiento estricto a lo establecido en el Decreto 064 de 2020.Por el cual se modifican artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13; 2.1.5.1; 2.1 2.1.7.7. 2.1.7.8. y 2.1.3.17 y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 2016, en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones.<br>Igualmente cumplir con lo establecido en el Decreto 616 de 2022 que incorpora la contribución solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado.<br>En coherencia con lo anterior, toda persona que solicite atención en salud en la institución y cumpla los requisitos para ser afiliado al Régimen subsidiado, debe afiliarse y ser atendida con cargo a los recursos del aseguramiento, facturando las atenciones a la Entidad administradora de Planes de Beneficios que tenga presencia en el municipio. El Prestador realizará el trámite establecido para garantizar lo anterior. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | En articulación con el área de aseguramiento de la secretaria De Salud Municipal se realizan las afiliaciones oficiosas |
| 6) Aplicar lo establecido en la Resolución 1178 de 2021, en lo que corresponda a los prestadores de servicios de salud, una vez se expida la reglamentación específica por parte de la autoridad competente, en materia de trámites para facilitar la afiliación de la población migrante en condición irregular, con ocasión de la expedición del Estatuto de Protección Temporal para Migrantes Venezolanos. | **100%** | **100%** | PC/Informe seguimiento / carpeta física | En articulación con el área de aseguramiento de la secretaria De Salud Municipal se realizan las afiliaciones de la población migrante |
| **TOTAL** | | | | |

**2.1.2.1 SEGUIMIENTO COMPONENTE SOCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO:**
N/A.

**2.1.2.2 SEGUIMIENTO COMPONENTE AMBIENTAL DEL CONTRATO/CONVENIO:**
N/A.

**2.1.2.3 SEGUIMIENTO AL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATO/CONVENIO:**

Para el desarrollo del convenio deberá tener implementado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), y además tener en cuenta las normas que regulan el tema de Seguridad y Salud en trabajo, entre las cuales están:
· Decreto 1072 de 2015 #Único reglamentario del sector trabajo#
· Resolución 0312 de 2019 #Por la cual se definen estándares mínimos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo#
· Decreto ley 1295 de 1994 #Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales#
· Ley 1562 de 2015 #Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional#.
· Manual de Salud y Seguridad en el Trabajo del Departamento de Antioquia.

**Nota:** El SST debe ser implementado por las personas jurídicas y por las personas naturales que tengan personal a cargo conforme a los requisitos señalados en la Resolución 0312 de 2019. Para ello deberá presentar la autoevaluación vigente debidamente firmada por el representante legal y el responsable del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, junto con su tarjeta profesional vigente.
El Departamento de Antioquia podrá en cualquier momento pedir información adicional que permita verificar los requisitos de la autoevaluación o el cumplimiento de la normatividad en estándares de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**2.1.3. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO Y LEGAL DEL CONTRATO/CONVENIO:**

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y LEGAL | CUMPLE/NO CUMPLE | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| 1) Presentar al Supervisor del convenio los soportes que den cuenta de que se encuentra a paz y salvo con el pago de sus obligaciones frente a la seguridad social, riesgos profesionales, pensiones y aportes parafiscales, conforme al artículo 50 de la ley 789 de 2002 y artículo 1 de la Ley 828 de 2003 y demás normas que apliquen; si quien certifica es contador o revisor fiscal, presentar copia cedula ciudadanía, copia de la Tarjeta Profesional y certificado de la Junta Central de Contadores vigente. | CUMPLE | SECOPII y Carpeta del expediente físico | **Se anexa soporte** |
| 2) Realizar los ajustes presupuestales y contables a que haya lugar, frente a la ejecución de los recursos del componente de Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud asignados en el marco del presente convenio. | Pendiente Validar | | |
| 3) Presentar una vez firmado el convenio, la certificación de la cuenta **bancaria de ahorros** de uso | CUMPLE | Certificado Bancario de la cuenta de | Esta cuenta debe generar rendimientos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| exclusivo para los recursos del subsidio a la oferta, a la cual se hará la transferencia de los recursos asignados. Los rendimientos financieros que se generen deben ser devueltos a la Gobernación de Antioquia al final de la vigencia. | | ahorros de la institución /carpeta expediente físico del convenio | financieros, a reintegrar al final del periodo a cuenta maestra de la SSSA. |
| 4) Cumplir los indicadores y metas establecidos en la Resolución 484 de 2024: Artículo 5. Indicadores y metas. Las metas que se definen para los indicadores de que trata el artículo 2.4.2.7. del Decreto 780 de 2016 sustituido parcialmente por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020; o la norma que la modifique, adicione o derogue. | Pendiente Validar | | |
| 5) Elaborar una propuesta de inversión de los recursos del subsidio a la oferta asignados mediante el presente convenio, la inversión debe estar orientada a fortalecer la operación de la prestación de servicios de salud, con especial énfasis en el talento humano institucional. La misma debe ser presentada en los primeros 10 días de vigencia contractual a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a través de la Supervisión del convenio, para su revisión y aprobación de la inversión de los recursos; | CUMPLE | Plan de inversión de los recursos de Subsidio a la oferta y acta de aprobación del Plan | El plan fue revisado y aprobado mediante acta debidamente firmada por el director de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud, por el rol técnico y por la supervisora del convenio. |
| 6) Ejecutar los recursos del convenio en concordancia con la propuesta aprobada por la Secretaría y entregar a la supervisión los soportes de dicha ejecución. | Pendiente Validar | | |
| 7) Cumplir con los requisitos para la prevención de accidentes y enfermedades laborales del personal propio y/o el de los subcontratistas de acuerdo con lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que rijan la materia, dando aplicación en lo que corresponda al Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo dirigido a Contratistas del Departamento de Antioquia | Pendiente Validar | | |

## 2.2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O COMPROMISOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

| OBLIGACIONES/COMPROMISOS PACTADOS | CUMPLE/NO CUMPLE | MEDIO DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|
| **1)** Incorporar en el presupuesto de la actual vigencia, los recursos que se comprometen en el presente convenio | CUMPLE | Decreto 2023070005515 del 15 dic 2023 Presupuesto Inicial 2024 y Decreto 2024070002625 del 30/05/2024 Adición recursos once doceavas | Información que puede ser validada en la Dirección Administrativa y Financiera |
| **2)** Emitir certificado de disponibilidad presupuestal | CUMPLE | SECOPII y Carpeta del expediente físico | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **3)** Designar el supervisor del Convenio | CUMPLE | SECOPII y Carpeta del expediente físico | |
| **4)** Realizar seguimiento, verificación y control del cumplimiento de los indicadores, metas y las obligaciones pactadas y la liquidación del convenio | EN PROCESO | | |
| **5)** Realizar los ajustes presupuestales, contables y de tesorería que se requieran para garantizar la adecuada ejecución de los recursos y el cierre de presupuestal de los mismos al final de la vigencia. | EN PROCESO | | |

## 2.3. SEGUIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE DEL CONTRATO / CONVENIO:

| RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ENTIDAD** | **DEPARTAMENTO** | **ASOCIADO(S) si aplica** | **OTROS** | **TOTAL** |
| 1. Recursos iniciales comprometidos | $800,138,735 | $0 | $0 | $800,138,735 |
| 2. Adiciones | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **3. TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS** | $800,138,735 | **$0** | **$0** | $800,138,735 |
| 4. Anticipos | $0 | $0 | $0 | $0 |
| 5. Recursos pagados / desembolsados | $581,917,600 | $0 | $0 | $581,917,600 |
| **6. TOTAL RECURSOS ENTREGADOS** | $581,917,600 | **$0** | **$0** | $581,917,600 |
| 7. Recursos ejecutados | $727,397,000 | $0 | $0 | $727,397,000 |
| 8. Recursos no ejecutados | $72,741,735 | $0 | $0 | $72,741,735 |

**2.4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**: Con este informe de seguimiento se realizan los pagos correspondientes a los meses de septiembre y octubre 2024, cada uno por $72.739.700.

## 3. REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE SEGUIMIENTO

| FECHA | TIPO DE REUNIÓN Y/O VISITA | CONCLUSIONES/OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 3/05/2024 | Reunión Preliminar de contratación vía teams | Se solicito el envió de los requisitos para iniciar el Proceso de Contratación |
| 21/08/2024 | Acta de reunión firmada por director de aseguramiento y prestación de servicios de salud, el rol técnico y la supervisión del convenio. | Aprobación del plan de inversión periodo 2024. |
| 09/10/2024 | Se realizó reunión informativa, por plataforma teams, sobre la facturación a la SSSA por servicios prestados a la población PNA. | Las atenciones prestadas a la población PNA pueden ser facturadas con cargo a la SSSA de la gobernación de Antioquia, mediante facturación electrónica. |

## 4. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

FORMA DE PAGO O DESEMBOLSO:
El giro de los recursos a la E.S.E., será realizado por la Dirección Administrativa y Financiera de SSSA, de acuerdo con las doceavas giradas al Departamento de Antioquia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, previa verificación del cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E, que deben evidenciarse en el informe de supervisión.

**PARAGRAFO:** Para el pago, se debe presentar la siguiente documentación: 1) Informe de seguimiento a la Contratación Estatal elaborado por el supervisor del convenio en el cual conste que el conveniado presentó los soportes de información requeridos; 2) Certificación del supervisor del convenio, donde conste que el conveniado presentó a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el Plan de Inversión que realizará con los recursos del subsidio a la oferta y que dicho plan fue aprobado por la Secretaría ; 3) Certificado de la cuenta bancaria maestra de ahorros, en la cual se hará la transferencia de los recursos de subsidio a la oferta; 4) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la planilla de pago (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción. **Los requisitos 2 y 3, sólo se necesitan para el primer desembolso**
**Los desembolsos estarán supeditados a la existencia de recursos en el PAC.**

| CONCEPTO | FECHA | VALOR CONTRATO | VALOR PAGO / DESEMBOLSO | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | VALOR NETO A PAGAR | SALDO | COMPROBANTE DE EGRESO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Inicial** | 21/08/2024 | $800,138,735 | | $0 | | $800,138,735 | |
| **Adiciones** | N/A | N/A | | | | N/A | |
| Pago No.1 / Desembolso | 26/08/2024 | | $581,917,600 | $0 | $0 | $218,221,135 | 4300125067 |
| Pago No.2 / Desembolso | 16/10/2024 | | $0 | $0 | $145,479,400 | $72,741,735 | |
| **TOTALES** | | $800,138,735 | $581,917,600 | $0 | $145,479,400 | | |

De conformidad con el Recibo a Satisfacción anexo al informe; el supervisor/interventor autoriza el pago/desembolso No.02 al contratista/conveniante, por valor de: Ciento cuarenta y cinco millones cuatrocientos setenta y nueve mil cuatrocientos pesos ($145,479,400), el cual se relaciona en la tabla anterior.

## 5. VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES

El contratista/conveniante acredita que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARL y parafiscales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Adicionalmente, el supervisor/interventor verificó y revisó las planillas y demás soportes entregados por el conveniante/contratista que acreditan el pago por concepto de seguridad social y parafiscales del recurso humano contratado.

## 6. CONTROL Y MITIGACIÓN DE RIESGOS

De conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y el Manual de identificación y cobertura del riesgo expedido por Colombia Compra Eficiente, la Entidad deberá realizar el control y mitigación de los riesgos identificados y clasificados para el proceso de contratación en la matriz de riesgos del estudio y documentos previos, razón por la cual esta supervisión ha realizado las siguientes acciones de control y seguimiento a los riesgos previsibles que se han presentado durante la ejecución y liquidación del presente contrato/convenio.

Así mismo, si durante la ejecución del contrato se presentan riesgos imprevisibles, que por su misma naturaleza no fueron contemplados en la matriz de riesgos, también se deberá diligenciar la tabla con los controles y tratamientos respectivos a que hubiere lugar.

| RIESGO | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO/ RIESGO | QUIEN TIENE ASIGNADO EL RIESGO | TRATAMIENTO/ MITIGACIÓN | CUANDO Y COMO SE REALIZÓ EL MONITOREO | EVIDENCIA |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | | | | | |

## 7. CONTROL Y MITIGACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS

N/A

## 8. ANOTACIONES ADICIONALES

NINGUNA

## 9. ANEXOS

1) Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, expedido por el Revisor Fiscal, fotocopia de la cedula de revisor fiscal, tarjeta profesional del revisor fiscal y copia del certificado de Junta Central de Contadores, igualmente se debe incluir la Planilla Integrada Liquidación de Aportes (PILA), con fecha correspondiente al mes en que se realiza la transacción.
2) Certificado de Egresos por valor de $441,699,042
3) Factura electrónica por valor $145,479,400

Para constancia, se firma la presente acta el 16/10/2024

LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA
**SUPERVISORA CONVENIO 4600017326**

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

# Gobernación de Antioquia

## RECIBO A SATISFACCION



## NUMERO DE DOCUMENTO : 5000238147

| | | |
|---|---|---|
| **FACTURA:** FEV HAM-4282 | **Nro ACTA:** | **DOC CAUSACION:** |
| **CODIGO PROVEEDOR:** 2400000040 | **NIT:** 8110209438 | **NOMBRE / RAZON SOCIAL :** E.S.E HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQU VIGIA DEL FUERTE |
| **Nro CONTRATO:** 4600017326 | **DEPENDENCIA:** SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC | |
| **FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:** 09.08.2024 | **OBSERVACION:** | |

**PEDIDO:** 1. 4500063309 SRIA SECCI DE SALUD Y PROT SOC

| PED | POS PED | ANT | FONDO | CODIGO MATERIAL / SERVICIO | DESCRIPCION | CANTIDAD | UMB | V/R UNI. SIN IVA | % IVA | V/R UNI. INC. IVA | TOTAL INC. IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | | 0-PS3031 | 1002452 | PRESTACIÓN DE SERVICIO SSSA* | 145479400 | UN | 1.000 | 0% | 1.0000 | 145,479,400.000 |

| | |
|---|---|
| **V/R TOTAL NETO** | 145,479,400.000 |
| **V/R TOTAL IVA** | 0.000 |
| **V/R TOTAL** | 145,479,400.000 |

**REVISIÓN DE SOPORTES Y REQUISITOS DIRECCIÓN DE CONTABILIDAD**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Factura Original | ☐ V.Bo. | 8. Firma y tel. Supervisor, # factura, contrato, fecha, y acta | ☐ V.Bo. | Estampillas | |
| 2. Resolución de facturación vigente | ☐ V.Bo. | 9. Porcentaje de particiación si es consorcio o unión Tem. | ☐ V.Bo. | Contribución Especial | |
| 3. Cumple requisitos de factura Art. 617 E.T. | ☐ V.Bo. | 10. T.P y antecedentes disciplinarios contador Per.Jurid. | ☐ V.Bo. | Retención de IVA | |
| 4. Recibo a satisfacción por fondo | ☐ V.Bo. | 11. Informe de seguimiento | ☐ V.Bo. | Retención en la Fuente | |
| 5. RPC del pago | ☐ V.Bo. | 12. Certificado de Industria y Comercio si se requiere | ☐ V.Bo. | Retención en la Fuente Obra Púb. | |
| 6. Contrato y Rut actualizado. | ☐ V.Bo. | 13. En caso de adición se deben anexar Otro Sí o Adición | ☐ V.Bo. | Retención Empleados 1070 | |
| 7. Soportes del pago a seguridad social | ☐ V.Bo. | 14. Elaborar Documento Equivalente si se requiere | ☐ V.Bo. | Retención Industria y Comercio | |
| | | 15. Rut Consorciados o integrantes de unión la temporal | ☐ V.Bo. | | |

**MOVIMIENTO REALIZADO POR:** Juan David Rodriguez Barrera

**SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES)**

Luz Stella Franco Gaviria

E.S.E. Hospital Atrato Medio Antioqueño

NIT. 811020943-8

| | |
|---|---|
| Factura Electrónica de Venta | HAM-4282 |
| Fecha generación | 2024-10-02 14:31:05-05:00 |
| Fecha validación | 2024-10-02 15:26:41-05:00 |
| Moneda | COP |
| Tipo operación | Estandar |

| | | | |
|---|---|---|---|
| dquiriente | DIRECCIÒN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA | Teléfono | 4099000 |
| ocumento/Nit | 890900286-0 | Código Postal | 050001 |
| irección | CL 42B 52 106 ALPUJARRA | Tipo Doc | 31-NIT |
| orreo | esehamaasistencial@esehama-vigiadelfuerte-antioquia.gov.co;facturaciongant@antioquia.gov.co | Ciudad | Medellín-Antioquia |

| Id | Código | Cantidad | Unidad | Descripción | V/Unitario | Subtotal | V/Impuesto | Tarifa | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 001 | 1.00 | unidad | Financiar los gastos de operación de laEmpresa Social del Estado E.S.E.Hospital Atrato Medio Antioqueño deVigía del Fuerte, representados engastos de personal y la adquisición debienes y de servicios para la operacióncorriente de la entidad, destinados a laprestación de servicios desalud. Desembolso correspondienteal mes de septiembre y octubre de 2024. | 145.479.400.00 | 145.479.400.00 | 0.00 | 0 | 145.479.400.( |

## Formas y medios de pago:

| orma | Vencimiento | Codigo | Medio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| ontado | 2024-12-02 | ZZZ | Acuerdo mutuo | 0 |

## Totales

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | 145.479.400.( |
| Total mas Impuesto | 145.479.400.( |
| Total Operación | 145.479.400.( |

## Observaciones

Valor en letras: CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS 00 /100 COP

Observación:

Esta factura de venta se asemeja para todos sus efectos legales a una letra de cambio según Ley 1231 Julio 17/2008, Art. 772-774 del Cód.Cio. Esta factura de venta causara intereses moratorios a la tasa máxima legal autorizada (Art. 884), por mes apartir de la fecha de vencimiento. La firma puesta por terceros en representación, mandato u otra calidad similar a nombre del comprador, implica su obligación de acuerdo con el inciso 3° del Art. 640 de Cód.Cio. e igualmente constancia de la entrega real y material de la mercancía y/o servicios prestados descritos en este titulo valor. La transferencia de derecho de propiedad de estos artículos, productos o maquinarias, se darán efectivamente a la cancelación de la correspondiente factura de venta, mientras tanto nos reservamos el derecho de dominio total oparcial sobre los mismos. Autorizo expresamente a E.S.E. HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar o divulgar a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos mi comportamiento comercial. Así mismo acepto pagar los honorarios que se le genere a mi acreedor por conceptode cobro pre jurídico o judicial que tenga que iniciar en mi contra, así como los gastos y costos que se le genere por el retiro y/o actualización de las bases de datos en la que me encuentre reportado por la causa de mi incumplimiento o mora.



Cufe/Cude:8e8299c2887a8327391bcfc1a4217ceada8056382e119a0728111a2b2159e859ad11e18588383111a9bac3153225a911

Kiai Facturación, producto de SOFTGIC S.A.S. NIT 900395252, Proveedor Tecnológico Autorizado por la Dian www.kiai.co

| Paciente 1 | |
|---|---|
| digo prestador | 058730436301 |
| o documento | N/A |
| cumento | N/A |
| mer apellido | N/A |
| gundo apellido | N/A |
| mer nombre | N/A |
| gundo nombre | N/A |
| o Usuario | |
| idalidad intratracion pago | 12 |
| bertura plan | |
| mero orización | N/A |
| mero Mipres | |
| Mipres | |
| mero contrato | N/A |
| mero poliza | N/A |
| cha inicio | 2/10/2024 12:00:00 a. m. |
| cha final | 2/10/2024 12:00:00 a. m. |
| pago | 0.00 |
| cia moderadora | 0.00 |
| cia recuperación | 0.00 |
| gos compartidos | 0.00 |


Cufe/Cude:8e8299c2887a8327391bcfc1a4217ceada8056382e119a0728111a2b2159e859ad11e18588383111a9bac3153225a911
Kiai Facturación, producto de SOFTGIC S.A.S. NIT 900395252, Proveedor Tecnológico Autorizado por la Dian www.kiai.co
Medellín-Colombia

Banco de Bogotá

WILDER PALACIOS

Fecha/Hora Último Ingreso: 2024/10/09 13:55

**Detalle**

| Servicio | Tipo Producto | Nombre Producto Origen |
|---|---|---|
| Transferencias - Internas, Aval y otros Bancos | Cuenta Ahorros | CAH4535 |
| **No. Producto** | **Fecha Inicial** | **Fecha Final** |
| *****4535 | 2024/09/01 | 2024/09/30 |
| **Estado** | | |
| Todos | | |

| | |
|---|---|
| **Canal** | WEB |
| **Tipo Producto** | Cuenta Ahorros |
| **Nombre Producto** | CAH4535 |
| **Nro. Producto** | *****4535 |
| **Fecha Transferencia** | 2024/09/23 |
| **Nombre Destinatario** | ESE HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO |
| **Tipo Identificación** | NIT Persona Jurídica |
| **Nro. Identificación** | 8110209438 |
| **Valor Transferencia** | $15,000,000.00 |
| **Entidad Financiera** | Banco de Bogotá |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Corriente |

| | |
|---|---|
| **Nro. Producto Destino** | 584171474 |
| **Referencia / Nro. Factura** | |
| **Información Adicional** | TRASLADO |
| **Estado** | Exitosa |
| **Nro. Autorización** | 33371508 |
| **Fecha de Emisión** | 2024/09/23 |
| **Exonerar Transacción de GMF** | N/A |
| **Usuario Crea** | WILDER PALACIOS PALACIOS |
| **Código de Error** | N/A |
| **Descripción de Código de Error** | N/A |

Banco de Bogotá

WILDER PALACIOS

Fecha/Hora Último Ingreso: 2024/10/09 13:57

## Detalle

| Servicio | Tipo Producto | Nombre Producto Origen |
|---|---|---|
| Transferencias - Internas, Aval y otros Bancos | Cuenta Ahorros | CAH4535 |
| **No. Producto** | **Fecha Inicial** | **Fecha Final** |
| *****4535 | 2024/10/01 | 2024/10/09 |
| **Estado** | | |
| Todos | | |

| | |
|---|---|
| **Canal** | WEB |
| **Tipo Producto** | Cuenta Ahorros |
| **Nombre Producto** | CAH4535 |
| **Nro. Producto** | *****4535 |
| **Fecha Transferencia** | 2024/10/08 |
| **Nombre Destinatario** | ESE HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO |
| **Tipo Identificación** | NIT Persona Jurídica |
| **Nro. Identificación** | 8110209438 |
| **Valor Transferencia** | $31,000,000.00 |
| **Entidad Financiera** | Banco de Bogotá |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Corriente |

| | |
|---|---|
| **Nro. Producto Destino** | 584171474 |
| **Referencia / Nro. Factura** | |
| **Información Adicional** | TRASLADO DE NOMINA |
| **Estado** | Exitosa |
| **Nro. Autorización** | 22400904 |
| **Fecha de Emisión** | 2024/10/08 |
| **Exonerar Transacción de GMF** | N/A |
| **Usuario Crea** | WILDER PALACIOS PALACIOS |
| **Código de Error** | N/A |
| **Descripción de Código de Error** | N/A |

Banco de Bogotá

WILDER PALACIOS

Fecha/Hora Último Ingreso: 2024/10/09 12:28

## Detalle

| Servicio | Tipo Producto | Nombre Producto Origen |
|---|---|---|
| Transferencias - Internas, Aval y otros Bancos | Cuenta Ahorros | CAH4535 |
| **No. Producto** | **Fecha Inicial** | **Fecha Final** |
| *****4535 | 2024/08/26 | 2024/09/06 |
| **Estado** | | |
| Todos | | |

| | |
|---|---|
| **Canal** | WEB |
| **Tipo Producto** | Cuenta Ahorros |
| **Nombre Producto** | CAH4535 |
| **Nro. Producto** | *****4535 |
| **Fecha Transferencia** | 2024/08/30 |
| **Nombre Destinatario** | ESE HOPSITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO |
| **Tipo Identificación** | NIT Persona Jurídica |
| **Nro. Identificación** | 8110209438 |
| **Valor Transferencia** | $153,257,171.00 |
| **Entidad Financiera** | Banco de Bogotá |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Corriente |

| | |
|---|---|
| **Nro. Producto Destino** | 584171474 |
| **Referencia / Nro. Factura** | |
| **Información Adicional** | TRASLADO PRESTAMO CONVEN |
| **Estado** | Exitosa |
| **Nro. Autorización** | 57223974 |
| **Fecha de Emisión** | 2024/08/30 |
| **Exonerar Transacción de GMF** | N/A |
| **Usuario Crea** | WILDER PALACIOS PALACIOS |
| **Código de Error** | N/A |
| **Descripción de Código de Error** | N/A |

NOMINA EMPLEADOS VIGIA DEL FUERTE

| Nombre del Beneficiario (Maximo 18 caracteres) | Numero de Identificacion Beneficiario | Tipo de Cuenta Destino | Numero Cuenta Destino (Maximo 17 digitos) | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|---|
| GLADYS PEREA ALLIN | 32195444 | 2 | 54964557988 | 1572186 |
| MIGUEL ANTONIO CUESTA CUESTA | 11806771 | 2 | 131959303 | 2329648 |
| ANA CECILIA MOSQUERA VALENCIA | 35603842 | 2 | 95960444711 | 2329648 |
| YILMAR CUESTA MOSQUERA | 1004012504 | 2 | 53600000553 | 2576000 |
| LASTENIA ASPRILLA CALVO | 32195357 | 2 | 10315113638 | 2329648 |
| WILDER PALACIOS PALACIOS | 1017230236 | 2 | 558552717 | 7620911 |
| ISAAC MOSQUERA RENTERIA | 11813197 | 2 | 53670253071 | 3862261 |
| ISOLINA MOYA PALACIOS | 26384601 | 2 | 238236947 | 2329648 |
| PORFIRIO CUESTA ROMANA | 1584889 | 2 | 1466088141 | 1144000 |
| ROSA AYDES PANESSO PALACIOS | 32195470 | 2 | 53613112886 | 3818973 |
| MILFA GUTIERREZ | 1047419872 | 2 | 204138671 | 2958567 |
| RENE MENA PALACIOS | 1077473602 | 2 | 53600008389 | 6634279 |
| MAYBIS MANUELA MORENO IBARGUEN | 1000290144 | 2 | 3052580995 | 3702063 |
| RAQUEL MENA BONILLA | 32195057 | 2 | 1466121017 | 1144000 |
| BETTY ZULIA ROMANA MORENO | 39309038 | 2 | 53634594091 | 2329648 |
| ADRIANA MARCELA HEREDIA BARCOS | 1152460644 | 2 | 43240530385 | 3624058 |
| YANITZA CHALA TAPIAS | 1152456160 | 2 | 53694650496 | 4600525 |
| DIOCELINA RIVAS SALAS | 39315539 | 2 | 1466089482 | 2329648 |
| DORILA MENA CUESTA | 26260512 | 2 | 53663785865 | 2153776 |
| OLIVER ECHAVARRIA ESPINOSA | 1075090196 | 2 | 54997521911 | 1184150 |
| MAYELIS CUESTA SANTA CRUZ | 1193326280 | 2 | 53600006260 | 2329648 |
| LUZ MILA PEREA MOSQUERA | 1214734787 | 2 | 53600000882 | 2329648 |
| BIVIAN LISED RENTERIA RAGA | 1010096714 | 2 | 800006255 | 3444289 |
| KAROL YULISSA CORDOBA PALACIOS | 107748170 | 2 | 91231649951 | 1909509 |
| ONNIX MARIA ORTIZ RIVAS | 54255772 | 2 | 3104413028 | 2153775 |
| NURY CORREA RIVAS | 32195349 | 2 | 1466087773 | 2153775 |
| JOSE SANTOS SERNA | 1193549531 | 2 | 618107080 | 2153775 |
| LUZ ELENNY CAICEDO CHAVERRA | 32195511 | 2 | 1466094435 | 2153775 |
| LUISA ALBINA PLACIOS PEREZ | 1042733166 | 2 | 53600012509 | 2153775 |
| MARIA YAMILETH ARROYO MOSQUERA | 35603827 | 2 | 1466086475 | 2153775 |
| LUCINA LEZCANO CUESTA | 1037591118 | 2 | 36096864366 | 2153775 |
| CARLOS ANDRES MORENO MENESES | 1010080731 | 2 | 31644107526 | 6634279 |
| ELAYNE MADRID TOUS | 1143398253 | 2 | 91248162991 | 5875465 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *Número ID Dispersor* | | | |
| | *Número Cta Origen/dispersora* | | | |
| | *Fecha aplicar Dispersión* | Año | Mes | Día |
| | | 2024 | SEPTIEMBRE | 30 |

| | |
|---|---|
| *Valor Total* | $ 43,912,030.00 |
| *CONTRATADOS 2024 Cantidad de Registros* | 17 |

| Nombre del Beneficiario (Maximo 40 caracteres) | Número de Identificación Beneficiario | Tipo de Cuenta Destino | Número Cuenta Destino (Cuenta a Abonar) | Valor a Pagar | Código Entidad Financiera Destino | Referencia1 (Factura) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FRANCISCO M | 1193526129 | 2 | 53631654521 | 2224010 | 7 | |
| HELVER PERE | 1017192250 | 2 | 34700000769 | 4750000 | 7 | |
| SANDRA PATR | 32195469 | 2 | 31081415458 | 4275000 | 7 | |
| EDITH ROCIO | 1193237822 | 2 | 53665350602 | 2224010 | 7 | |
| VIRGELINA MC | 32195737 | 2 | 31000001878 | 1900000 | 7 | |
| KEIVI VANESS | 1042732564 | 2 | 53600012886 | 1615000 | 7 | |
| MARICELA MA | 1042732177 | 2 | 3136371030 | 1615000 | 7 | |
| EUCLIDES SAI | 8115967 | 2 | 24566183613 | 2375000 | 7 | |
| DANIEL HUMB | 71718145 | 2 | 12701200 | 4750000 | | |
| VICTOR VICEN | 71990007 | 2 | 3103660530 | 1710000 | 7 | |
| BLAS ENRIQUI | 11808302 | 2 | 53628842864 | 2850000 | 7 | |
| PAOLA ANDRE | 1148203804 | 2 | 3106639188 | 2224010 | | |
| YINDI SERNA I | 1193566295 | 2 | 3215976045 | 1615000 | 7 | |
| CARLOS ROBE | 1077437445 | 2 | 3218474119 | 1710000 | 7 | |
| EDWAR ROMA | 1042733125 | 2 | 3128764260 | 1710000 | 7 | |
| FERNEY BANC | 98665871 | 2 | 21870275002 | 4750000 | 7 | |
| LEOFANOR PE | 8115541 | 2 | 13122101840 | 1615000 | 7 | |

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-10-18, 08:42:26 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 73229915

**Periodo Cotización:** agosto de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

**PAGADO 08/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ESE HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUENO | **Nombre Sucursal** | SUCURSAL1 | **Código Sucursal** | 001 |
| **Documento** | NI811020943 | **Dirección** | CR PRINCIPAL BRR PUERTO CARIBE | | |
| **Tipo de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 8678034 | | |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | | |
| **Ciudad** | VIGIA DEL FUERTE | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **Representante Legal** | CUESTA SANTOS EIBER ELIDIO | **Identificación** | CC 1152447005 | | |
| **Total Afiliados** | 14 | **ARP** | LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA | | |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días ACP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| C 1017230036 | WILDER PALACIOS PALACIOS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 7.826.380 | $ 1.330.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 7.826.380 | $ 978.300 | 0,522 | $ 7.826.380 | $ 40.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 7.826.380 | $ 313.100 | $ 156.600 | $ 234.800 | $ 0 | $ 0 | $ 3.084.400 |
| C 1143358253 | ELAYNE MADRID TOUS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 7.413.453 | $ 1.260.400 | (CCFC33) EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | $ 7.413.453 | $ 926.700 | 2,436 | $ 7.413.453 | $ 180.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 7.413.453 | $ 296.500 | $ 148.300 | $ 222.500 | $ 0 | $ 0 | $ 3.035.100 |
| C 1152456166 | YANITZA CHALA TAPIAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 3.851.721 | $ 616.300 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 3.851.721 | $ 461.500 | 2,436 | $ 3.851.721 | $ 93.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.851.721 | $ 154.100 | $ 77.100 | $ 115.600 | $ 0 | $ 0 | $ 1.538.500 |
| C 11808771 | MIGUEL ANTONIO CUESTA CUESTA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.283.754 | $ 365.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.283.754 | $ 285.500 | 2,436 | $ 2.283.754 | $ 55.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.283.754 | $ 91.400 | $ 45.700 | $ 68.600 | $ 0 | $ 0 | $ 912.400 |
| C 11813197 | ISAAC MOSQUERA RENTERIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 4.566.000 | $ 730.600 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 4.566.000 | $ 570.800 | 0,522 | $ 4.566.000 | $ 23.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.566.000 | $ 182.700 | $ 91.400 | $ 137.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.798.400 |
| C 1193326280 | MAYELIS CUESTA SANTACRUZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 2.283.782 | $ 365.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 2.283.782 | $ 285.500 | 2,436 | $ 2.283.782 | $ 55.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.283.782 | $ 91.400 | $ 45.700 | $ 68.600 | $ 0 | $ 0 | $ 912.400 |
| C 1214734787 | LUZ MILA PEREA MOSQUERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.283.782 | $ 365.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.283.782 | $ 285.500 | 2,436 | $ 2.283.782 | $ 55.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.283.782 | $ 91.400 | $ 45.700 | $ 68.600 | $ 0 | $ 0 | $ 912.400 |
| C 26364501 | ISOLINA MOYA PALACIOS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 2.283.754 | $ 365.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.283.754 | $ 285.500 | 2,436 | $ 2.283.754 | $ 55.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.283.754 | $ 91.400 | $ 45.700 | $ 68.600 | $ 0 | $ 0 | $ 912.400 |
| C 32195357 | LASTENIA ASPRILLA CALVO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 2.283.754 | $ 365.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.283.754 | $ 285.500 | 2,436 | $ 2.283.754 | $ 55.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.283.754 | $ 91.400 | $ 45.700 | $ 68.600 | $ 0 | $ 0 | $ 912.400 |
| C 32195444 | GLADYS PEREA ALLIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.459.457 | $ 233.600 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.459.457 | $ 182.500 | 0,522 | $ 1.459.457 | $ 7.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.459.457 | $ 58.400 | $ 29.200 | $ 43.800 | $ 0 | $ 0 | $ 585.200 |
| C 32195478 | ROSA AYDES PANESSO PALACIOS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 3.743.740 | $ 599.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 3.743.740 | $ 468.000 | 2,436 | $ 3.743.740 | $ 91.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.743.740 | $ 149.800 | $ 74.900 | $ 112.400 | $ 0 | $ 0 | $ 1.485.300 |
| C 39803642 | ANA CECILIA MOSQUERA VALENCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.283.754 | $ 365.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 2.283.754 | $ 285.500 | 2,436 | $ 2.283.754 | $ 55.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.283.754 | $ 91.400 | $ 45.700 | $ 68.600 | $ 0 | $ 0 | $ 912.400 |
| C 39306038 | BETTY ZULIA ROMAÑA MORENO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.283.754 | $ 365.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.283.754 | $ 285.500 | 2,436 | $ 2.283.754 | $ 55.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.283.754 | $ 91.400 | $ 45.700 | $ 68.600 | $ 0 | $ 0 | $ 912.400 |
| C 39315539 | DIOCELINA RIVAS SALAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.283.754 | $ 365.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.283.754 | $ 285.500 | 2,436 | $ 2.283.754 | $ 55.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.283.754 | $ 91.400 | $ 45.700 | $ 68.600 | $ 0 | $ 0 | $ 912.400 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 60 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 47.130.839 | $ 47.130.839 | $ 47.130.839 | $ 47.130.839 | $ 7.694.600 | $ 5.891.800 | $ 883.800 | $ 1.885.900 | $ 943.100 | $ 1.414.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 18.714.100 | $ 382.200 | $ 19.096.300 |

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-10-18, 08:52:06 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 73229916

**Periodo Cotización:** agosto de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

## PAGADO 08/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### . DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ESE HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUENO | **Nombre Sucursal** | SUCURSAL2 | **Código Sucursal** | 002 |
| **Documento** | NI811020943 | **Dirección** | CR PRINCIPAL BRR PUERTO CARIBE | | |
| **Tipo de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 8678034 | | |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | | |
| **Ciudad** | VIGIA DEL FUERTE | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **Representante Legal** | CUESTA SANTOS EIBER ELIDIO | **Identificación** | CC 1152447005 | | |
| **Total Afiliados** | 18 | **ARP** | LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA | | |

### I. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | INC | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 1800290144 | MAYBIS MANUELA MORENO BARQUEN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 4.023.981 | $ 643.800 | (EPS048) SANA SALUD | $ 4.023.981 | $ 503.000 | 2,436 | $ 4.023.981 | $ 98.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.023.981 | $ 161.000 | $ 80.500 | $ 120.800 | $ 0 | $ 0 | $ 1.007.300 |
| 1004012604 | YILMAR CUESTA MOSQUERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.800.000 | $ 448.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 2.800.000 | $ 350.000 | 0,522 | $ 2.800.000 | $ 14.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.800.000 | $ 112.000 | $ 56.000 | $ 84.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.064.700 |
| 1010090731 | CARLOS ANDRES MORENO USNESES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 7.413.453 | $ 1.260.400 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 7.413.453 | $ 926.700 | 2,436 | $ 7.413.453 | $ 180.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 7.413.453 | $ 296.600 | $ 148.300 | $ 222.500 | $ 0 | $ 0 | $ 3.035.100 |
| 1010096714 | BRIAN LISED RENTERIA RAGA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 3.743.740 | $ 599.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 3.743.740 | $ 468.000 | 2,436 | $ 3.743.740 | $ 91.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.743.740 | $ 149.800 | $ 74.900 | $ 112.400 | $ 0 | $ 0 | $ 1.495.300 |
| 1037581118 | LUCINA LEZCANO CUESTA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.341.060 | $ 374.600 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.341.060 | $ 292.700 | 2,436 | $ 2.341.060 | $ 57.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.341.060 | $ 93.700 | $ 46.900 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 935.300 |
| 1042732958 | YUSLEYDA PANESSO LENNIS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.800.000 | $ 448.000 | (EPS048) SANA SALUD | $ 2.800.000 | $ 350.000 | 0,522 | $ 2.800.000 | $ 14.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.800.000 | $ 112.000 | $ 56.000 | $ 84.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.064.700 |
| 1042733168 | LUISA ALBINA PALACIOS PEREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 2.341.060 | $ 374.600 | (EPS048) SANA SALUD | $ 2.341.060 | $ 292.700 | 2,436 | $ 2.341.060 | $ 57.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.341.060 | $ 93.700 | $ 46.900 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 935.300 |
| 1047419872 | MILFA GUTIERREZ VALDES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 3.215.787 | $ 514.600 | (ESS024) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 3.215.787 | $ 402.000 | 1,044 | $ 3.215.787 | $ 33.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.215.787 | $ 128.700 | $ 64.400 | $ 96.500 | $ 0 | $ 0 | $ 1.239.800 |
| 1075090196 | OLIVER ECHAVARRIA ESPINOSA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.300.000 | $ 52.000 | $ 26.000 | $ 39.000 | $ 0 | $ 0 | $ 519.200 |
| 1077473602 | RENE MENA PALACIOS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 7.413.453 | $ 1.260.400 | (EPS018) EPS SURA | $ 7.413.453 | $ 926.700 | 2,436 | $ 7.413.453 | $ 180.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 7.413.453 | $ 296.600 | $ 148.300 | $ 222.500 | $ 0 | $ 0 | $ 3.035.100 |
| 1077481178 | KAROL YULISSA CORDOBA PALACIOS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 4.151.059 | $ 664.200 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 4.151.059 | $ 518.900 | 2,436 | $ 4.151.059 | $ 101.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.151.059 | $ 166.100 | $ 83.100 | $ 124.600 | $ 0 | $ 0 | $ 1.658.100 |
| 1152480844 | ADRIANA MARCELA HEREDIA BARCO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 3.517.138 | $ 562.600 | (EPS040) SANA SALUD | $ 3.517.138 | $ 439.700 | 2,436 | $ 3.517.138 | $ 85.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.517.138 | $ 140.700 | $ 70.400 | $ 105.600 | $ 0 | $ 0 | $ 1.404.800 |
| 1193545531 | JOSE SANTOS SERNA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.341.060 | $ 374.600 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.341.060 | $ 292.700 | 2,436 | $ 2.341.060 | $ 57.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.341.060 | $ 93.700 | $ 46.900 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 935.300 |
| 25260512 | DORILA MENA CUESTA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.341.060 | $ 374.600 | (ESS024) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 2.341.060 | $ 292.700 | 2,436 | $ 2.341.060 | $ 57.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.341.060 | $ 93.700 | $ 46.900 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 935.300 |
| 32195349 | NURY CORREA RIVAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.341.060 | $ 374.600 | (EPS040) SANA SALUD | $ 2.341.060 | $ 292.700 | 2,436 | $ 2.341.060 | $ 57.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.341.060 | $ 93.700 | $ 46.900 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 935.300 |
| 32195511 | LUZ ELENNY CAICEDO CHAVERRA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.341.060 | $ 374.600 | (EPS048) SANA SALUD | $ 2.341.060 | $ 292.700 | 2,436 | $ 2.341.060 | $ 57.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.341.060 | $ 93.700 | $ 46.900 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 935.300 |
| 35603827 | MARIA YAUBLETH ARROYO MOSQUERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.341.060 | $ 374.600 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 2.341.060 | $ 292.700 | 2,436 | $ 2.341.060 | $ 57.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.341.060 | $ 93.700 | $ 46.900 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 935.300 |
| 54255772 | ONNIX MARIA ORTIZ RIVAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.341.060 | $ 374.600 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.341.060 | $ 292.700 | 2,436 | $ 2.341.060 | $ 57.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.341.060 | $ 93.700 | $ 46.900 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 935.300 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 59.107.091 | $ 59.107.091 | $ 59.107.091 | $ 59.107.091 | $ 9.606.100 | $ 7.389.100 | $ 1.288.900 | $ 2.365.100 | $ 1.183.100 | $ 1.774.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 23.606.600 | $ 481.800 | $ 24.088.400 |

E.S.E. Hospital Atrato Medio Antioqueño

NIT: 811020943-8

**EL CONTADOR DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO DEL MUNICIPIO DE VIGÍA DEL FUERTE – ANTIOQUIA**

**CERTIFICA:**

Que, la E.S.E. Hospital Atrato Medio Antioqueño del Municipio de Vigía del Fuerte - Antioquia, identificado con Nit. No. 811.020.943-8, a la fecha se encuentra a paz y salvo por todo concepto de Aportes a la Seguridad Social Integral (salud, pensiones y riesgos laborales) y Aportes Parafiscales (SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Caja de compensación Familiar) de sus empleados.

Así mismo, certifico que durante los últimos seis (6) meses, se han realizado los pagos oportunamente de los respectivos aportes a la seguridad social integral.

Dado en Vigía del Fuerte - Antioquia, a nueve (09) días del mes de octubre de 2024.

Atentamente,

**FERNEY BANQUET ALGARÍN**
Contador
TP No. 176667-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8544D072E67A1EA6

**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 **FERNEY BANQUET ALGARIN** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 98665871 de ENVIGADO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 176667-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 13 días del mes de Septiembre de 2024 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

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **98.665.871**

**BANQUET ALGARIN**

APELLIDOS

**FERNEY**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1978**

**NECOCLI**
**(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.70** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**14-NOV-1996 ENVIGADO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0123100-00279402-M-0098665871-20110131 0025653815A 1 29543248

República de Colombia

Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL

DE CONTADOR PUBLICO

**176667-T**



FERNEY

BANQUET ALCARAZ

C.C. 98665871

RESOLUCION INSCRIPCION 132

UNIVERSIDAD CORP. UNIV. REMINGTON

FECHA 11/04/2013

PRESIDENTE

LUIS EDUARDO FORERO VARGAS

187703

105232

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 comunicarse al PBX 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.

www.ideqs.com