LISTA DE CHEQUEO
DIVISIÓN JURÍDICA Y DE CONTRATACIÓN

COMPACESAR

PARA LA CELEBRACIÓN DE:

CONTRATO [X] CONVENIO [ ]

Modalidad: prestación de servicios

Tipo de Contratación: Directa [X] Inv. Privada [ ] Inv. Pública [ ]

Cuantía: Mínima [ ] Menor [X] Mayor [ ] Sin Cuantía [ ]

Valor del Contrato: $ 94.200.000

Contratista: #85 Asesores y consultorías S.A.S

Requisitos :

Comité Asesor	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[X]	
Comité Evaluador	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[X]	
Autorización Consejo Directivo Más de 600 SMMLV	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[X]	
Dos o más Propuestas Adjuntas	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[X]	
Evaluacion Jurídica:	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[X]	
Evaluacion Financiera:	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[X]	
Evaluacion Técnica:	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[X]	
Solicitante Competente:	SI	[X]	NO	[ ]	N.A.	[ ]	

Facultado para Contratar

Director [X] Subdirector [ ] Jefe División de Contratación [ ]

Documentos Contratista:

Persona Natural	SI	[ ]	NO	[ ]			
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía		[ ]		T.P o Matrícula Prof.		[ ]	
Inscripción en el Registro de Proveedores				[ ]			
Cámara de Comercio, vigencia máximo 3 meses y renovación 2020				[ ]			
Hoja de Vida, con soportes		[ ]		RUT acorde a la actividad		[ ]	
Propuesta [ ]	Anexos Propuesta	[ ]	Inf. Finan.	[ ]	Seg. Social	[ ]	
Declaratoria de Inhabilidades e incompatibilidades			SI	[ ]	NO	[ ]	
Cumple con las normas legales vigentes	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[ ]	
Persona Jurídica	SI	[X]	NO	[ ]			
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía Rep. Legal				[X]			
Aprobación Junta Directiva Contratista	SI	[ ]	NO	[ ]	N.A.	[X]	

Inscripción en el registro de proveedores [ ]

Camara de Comercio, vigencia máximo 3 meses y renovación 2020 [X]

Hoja de Vida, con soportes [ ] RUT acorde a la actividad [X]

Propuesta [X] Anexos Propuesta [ ] Inf. Finan. [ ] Seg. Social [X]

Declaración de inhabilidades e incompabilidades: SI [X] NO [ ]

Cumple con las normas legales vigentes SI [X] NO [ ] N.A. [ ]

Solicitud del Área con VoBo: [X]

VoBo Responsable: [X]

Anticipo con Vo Bo Financiera: SI [ ] N.A. [X]

Verificación Existencia de Recursos SI [X] N.A. [ ]

Convenio Marco Adjunto SI [ ] N.A. [X]

Justificacion técnica (contrato de Obra y Consultoría) SI [ ] NO [ ] N.A. [X]

EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Acta de inicio SI [ ] NO [ ]

Informes

MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12

MES 13	MES 14	MES 15	MES 16	MES 17	MES 18	MES 19	MES 20	MES 21	MES 22	MES 23	MES 24

Sanciones SI [ ] NO [ ]

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Liquidación del contrato SI [ ] NO [ ]

No de Folios: _____

Revisado Por: Karen Agudelo

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN FORMATO SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CONTRATO	Código: F-J-009 Versión: 5 Fecha: 28/02/2018

FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 31 MES 12 AÑO 2019

DEPENDENCIA: DIVISION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

NOMBRE DEL FUNCIONARIO: ANDRES DE LA HOZ ROSADO

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: (**Persona Natural** se anota, su número de cédula, calidad que ostenta para contratar, su profesión, tarjeta profesional y demás rasgos que permitan su individualización y que se aduzcan al contrato. **Persona Jurídica** se anota, su Nit, la resolución que la autoriza para funcionar, su representante legal, etc.)

La empresa H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S., con N.I.T. No 901.040.109-3 ; cuyo Representante Legal es Carlos Alberto González Armenta, identificado con C.C. No 15.173.753; quien ostenta el título de Administrador de Empresas.

OBJETO DEL CONTRATO: (De forma general lo que cubre la contratación).

Prestar servicios profesionales para la realización de exámenes médicos ocupacional periódicos, exámenes médicos ocupacional de ingreso y retiro, elaboración y presentación de diagnostico de condición de salud, valoraciones medicas para reubicacion, conceptos médicos laborales, apoyo y seguimiento a casos de salud AT, EL y las actividades de medicina ocupacional, y medicina del trabajo dirigido a todo el personal de COMFACESAR, para la vigencia 2020.

JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO: (De forma explicita, sustentar la necesidad y la conveniencia de la contratación a realizar).

Las Evaluaciones médicas ocupacionales, hacen parte del Programa de Salud Ocupacional de la empresa, son una herramienta importante para determinar las condiciones de salud de los trabajadores y poder diseñar estrategias de intervención efectiva, tendientes a preservar y mejorar la calidad de vida de la población trabajadora. El decreto 614 de 1984, en su artículo 28 establece que el Programa de Salud Ocupacional de una empresa, debe estar constituido entre otras, por actividades de Medicina Preventiva y actividades de medicina del trabajo. El artículo 30 establece que dentro de las actividades de Medicina Preventiva se encuentran los exámenes médicos ocupacionales clínicos y para-clínico. De igual manera la Resolución 2346

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: (Los compromisos que no se encuentran en la propuesta presentada, pero que se acordaron entre ambas partes).

- Presentar Informe de diagnóstico de las condiciones de salud con la base de datos de la población trabajadora, semestralmente.
- Examen Medico Ocupacional Periódico.
- Examen Medico Ocupacional de Retiro.
- Examen Medico Ocupacional de Ingreso.
- Elaboración y presentación de de diagnostico de condiciones de Salud. (Semestral).
- Valoraciones medicas para reubicacion.
- Conceptos médicos laborales.
- Apoyo y seguimiento a casos de salud AL, EP.
- Aportar el pago de afiliación a seguridad social. Pensión y ARP de sus trabajadores y constituir las demás garantías que se exijan en el contrato por COMFACESAR.
- Y otras que se especifiquen en el contrato.

OBLIGACIONES DE COMFACESAR: (Los compromisos que adquiere COMFACESAR, con la parte contratista).

- Cancelar el valor mensual del servicio recibido.
- Sufragar los gastos de trasporté a otras sedes, hospedaje, alimentación y demás derivados de la realización de las actividades.
- Capacitaciones para formación o actualizaciones (Congresos,Diplomados, seminarios entre otros).
- Y otras que se especifiquen en el contrato.

VALOR Y FORMA DE PAGO DEL CONTRATO: (Valor total del contrato, escrito en número y letras, además la forma de pago, especificando el valor correspondiente y su porcentaje, además que cubre el valor del contrato).

$94.200.000,oo Son: Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos, pagados en doce (12) cuotas iguales mensual vencida ($7.850.000,oo), de acuerdo al servicio efectivamente prestado y recibido a satisfacción por parte de COMFACESAR; previa presentación de la factura de venta , acompañada del informe de ejecución correspondiente.

Origen de los Recursos:
- GASTOS DE ADMINISTRACIÓN
- CONVENIOS DE COOPERACIÓN
- FONDOS DE LEY
- SALDO DE OBRAS Y PROGRAMAS DE BENEFICIO SOCIAL

DURACIÓN Y VIGENCIA: (Fecha de inicio y fecha de terminación, cuantos días hábiles o no hábiles y meses dura el contrato).

A partir de la suscripción del acta de inicio; hasta el 31 de Diciembre de 2020.

NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO DESIGNADO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA, Y/O INTERVENTORIA DEL CONTRATO. (Además se anota, si se cree conveniente las funciones especificas a cumplir).

Coordinador Gestión Humana

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN FORMATO SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CONTRATO	Código: F-J-009 Versión: 5 Fecha: 28/02/2018

El trámite para la elaboración de contratos será de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de recibo de la presente solicitud, en el entendido que se encuentre suscrita de forma correcta, clara, específica y de fácil entendimiento, además se encuentren anexos todos los documentos necesarios para el soporte del contrato, en caso de no ser así, será devuelta a más tardar dentro del día siguiente a su recibo, para su corrección y ser nuevamente presentada.

- Adjunto a ésta solicitud se debe anexar:

- En caso de ser PERSONA JURÍDICA

  - Propuesta u oferta de servicio firmada y suscrita por el representante legal de la entidad. (En hoja membreteada y la cual describa detalladamente los compromisos que adquiere y del cual se hace responsable al suscribir el contrato).
  - Documentos recientes que acrediten la existencia y representación legal (El documento debe ser en original y reciente).
  - En el evento que sea una entidad pública debe acreditarse la representación legal, con la copia autenticada del acto administrativo de nombramiento o elección y acta de posesión y la certificación del jefe de personal que a la fecha de presentación de la propuesta de de suscripción del contrato, según el caso, ejerce el cargo de representante legal).
  - Certificación y/o paz y salvo de que se encuentra al día con el pago de aportes parafiscales y por ende afiliado a una caja de compensación familiar.

- En caso de ser PERSONA NATURAL

  - Propuesta u oferta de servicios firmada y suscrita por el contratista. (La cual describa detalladamente los compromisos que adquiere y del cual se hace responsable al suscribir el contrato).
  - Documentos que acrediten la idoneidad profesional en el caso de que el contratista actúe en dicha calidad. (Documentos como diploma, acta de grado, tarjeta profesional).
  - Hoja de vida con los respectivos soportes de experiencia, estudios, etc.
  - Aportar los documentos que sirvan de prueba de que se encuentra afiliado a la seguridad social, la cual debe estar vigente durante toda la ejecución del contrato.

- Documentos para tener en cuenta según la naturaleza y cuantía del contrato:

  - Acta del Consejo Directivo.
  - Acta del Comité de Compras.
  - Invitación pública o privada o las correspondientes cotizaciones.
  - Términos de referencia o pliego de condiciones.

Detalle de la Correspondencia Interna

Correspondencia Leída

Marcada como Leída

Fecha de Radicación	02/01/2020
Hora de Radicación	08:18 AM
Sede	Administrativa
Vigencia	2020
Consecutivo	1
Folios	
Resumen	RE:SOLICITUD DISPONIBILIDAD RECURSOS

Remitentes:	USUARIO	CARGO	DEPENDENCIA
	CUADRADO HERRERA LISBETH PATRICIA	Coordinador(a) de Presupuesto	Coordinacion de presupuesto

Destinatarios ombre	Dependencia
RAMOS RAMOS LILIAN PAOLA	1110050-Coordinacion de Gestion Humana (Sede: Administrativa) (Original)
LILIBETH COSTA MENDEZ	1110100-Oficina Asesor Juridico (Sede: Administrativa) (Copia)
VICTOR MANUEL RUEDA RODRIGUEZ	1110100-Oficina Asesor Juridico (Sede: Administrativa) (Copia)
DE LA HOZ ROSADO ANDRES AVELINO	1110900-Division Financiera (Sede: Administrativa) (Copia)
KARELIS VEGA MOLINA	1110900-Division Financiera (Sede: Administrativa) (Copia)
RAFAEL SOLANO FERNANDEZ	1111000-Division Administrativa (Sede: Administrativa) (Copia)

Respuesta a Correspondencia Interna Recibida	Sede: Administrativa Vigencia: 2019 Consecutivo: 6590 Fecha Radicación: 31/12/2019 - 12:32 PM Resumen SOLICITUD DISPONIBILIDAD RECURSOS

'Memorando Interno'

iligenciada por el usuario que despachó la correspondencia.

Consecutivo Interno	2020 - 1
FECHA	02/01/2020
DE:	Lisbeth Cuadrado
PARA:	Andres De La Hoz
CONTENIDO	Buenos días En el presupuesto de la vigencia 2020 se encuentran incluidos los recursos disponibles para realizar contrato con H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS SAS. Nit: 901.040.109. Cuyo objeto es servicios profesionales para realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos, exámenes médicos ocupacionales de ingreso y retiro, valoraciones médicas para reubicación, conceptos médicos laborales para la vigencia 2020.Origen de los Recursos: Gastos de Administración. Fondos de Ley. Convenios de Cooperación. Saldos de Obras y Programas de Beneficio Social.Valor: $ 94.200.000.
FIRMA	
ADJUNTO	
ADJUNTO2	

Usuario Radicador	CUADRADO HERRERA LISBETH PATRICIA
Cantidad de Imágenes	0

COMFACESAR	**SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION** **FORMATO** **DECLARATORIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERÉS**	**Código:** F-GC-025 **Versión:** 2 **Fecha:** 15/05/2017

Fecha de diligenciamiento		
AAAA	MM	DD
2019	12	31

1 Alcance

La declaratoria de inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés es obligatoria para toda persona natural o jurídica que tenga la intención de celebrar cualquier tipo de acuerdo contractual con la Caja de Compensación Familiar del Cesar.

La persona que firma esta declaratoria a nombre propio o en la calidad de representante legal de una persona jurídica, entiende que es responsable de la veracidad y exactitud de información suministrada para dar pleno cumplimiento a lo consagrado en los Decreto Ley 2463 de 1981 y la Ley 789 de 2002. Evitar la contratación con personas con antecedentes y/o requerimientos judiciales, disciplinarios y fiscales.

Evitar la contratación con personas naturales o jurídicas con antecedentes y/o requerimientos judiciales, disciplinarios y fiscales.

2 Identificación

Nombre o Razón Social:	Cédula o Nit:
H&S Acciones y Consultorias S.A.S	901040109 - 3

3 Declaración

3.1 Declaro bajo mi responsabilidad que no tengo la calidad de empleado, miembro del Consejo Directivo, Director, Revisor Fiscal o funcionario de Asociaciones de Cajas, ni he desempeñado ninguno de estos cargos en el año inmediatamente anterior a la fecha de firma de este documento.

3.2 Declaro bajo mi responsabilidad que tampoco actúo en nombre de ninguna de las personas mencionadas en el numeral 3.1 de este documento.

3.3 Declaro bajo mi responsabilidad que con los empleados, miembros del Consejo Directivo, Director, Revisor Fiscal o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o con cualquier persona que ostentó estos cargos en el año inmediatamente anterior a la fecha de firma de este documento, no poseo ninguno de los siguientes vínculos: cónyuge, hijo, nieto, padre, abuelo, hermano, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo, padre o madre adoptante.

3.4 Declaro bajo mi responsabilidad que ni mi cónyuge ni yo tenemos asociación profesional, comunidad de oficina, sociedad de personas o limitada, o más del 40% de capital social en sociedad anónima o comanditaria con los empleados, miembros del Consejo Directivo, Director, Revisor Fiscal o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o con cualquier persona que ostentó estos cargos en el año inmediatamente anterior a la fecha de firma de este documento.

3.5 Declaro bajo mi responsabilidad que conozco las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de interés consagradas en el Decreto Ley 2463 de 1981 y Ley 789 de 2002, y que en caso de presentarse alguna de estas causales durante la formalización o ejecución del contrato, notificaré inmediatamente a la División Juridica y de Contratación de COMFACESAR.

3.6 Declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento, que conozco y no presento antecedentes ni requerimientos judiciales, disciplinarios y fiscales. Adicionalmente, autorizo a Comfacesar para su consulta y verificación ante los Órganos de Control.

4 Firmas

Orlando Gonzalez	Karen Alexandra
Firma Persona Natural / Representante Legal	Oficina de Contratación

H&S
ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S
Consultores en salud, Salud Ocupacional y medicina del trabajo
NIT 901040109-3

Valledupar, 27 de Diciembre de 2019

Señores
COMFACESAR
Atte. Dr. Andrés De La Hoz.
Valledupar

Cordial Saludo,

Por medio de la presente, coloco a su disposición, la siguiente propuesta de inversión para la realización de Actividades de Medicina Ocupacional y Medicina del Trabajo dirigido al personal administrativo de nómina y al personal docente de su empresa:

CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARMENTA
Representante legal

Calle 16A No. 9 – 74 Centro
Celular: 3183404914
Mail: eliorse_cdno@hotmail.com
Valledupar - Cesar

JUSTIFICACIÓN

Las Evaluaciones médicas ocupacionales, hacen parte del Programa de Salud Ocupacional de la empresa, son una herramienta importante para determinar las condiciones de salud de los trabajadores y poder diseñar estrategias de intervención efectiva, tendientes a preservar y mejorar la calidad de vida de la población trabajadora.

El decreto 614 de 1984, en su artículo 28 establece que el Programa de Salud Ocupacional de una empresa, debe estar constituido entre otras, por actividades de Medicina Preventiva y actividades de medicina del trabajo. El artículo 30 establece que dentro de las actividades de Medicina Preventiva se encuentran los exámenes médicos ocupacionales clínicos y paraclínicos. De igual manera la Resolución 2346 de 2007, "regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales".

ACTIVIDADES

1. Examen Médico Ocupacional Periódico
2. Examen Médico Ocupacional de Retiro
3. Examen Médico Ocupacional de Ingreso
4. Elaboración y presentación de diagnóstico de condiciones de Salud Semestral
5. Valoraciones Médicas para Reubicación
6. Conceptos Médicos Laborales
7. Apoyo y seguimiento casos de salud AL, EP.

H&S
ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S
Consultores en salud, Salud Ocupacional y medicina del trabajo
NIT 901040109-3

INVERSIÓN
Total Propuesta: $7.850.000.oo mensuales (Siete millones ochocientos cincuenta mil pesos m/cte).

TIEMPO DE EJECUCIÓN
Duración: Un (1) año

GASTOS DE EJECUCIÓN
Los gastos generados por la ejecución, tales como desplazamientos a otras sedes, hospedaje, alimentación y demás derivados de la realización de las actividades, entre otros, serán asumidos por la empresa. Así como las capacitaciones para formación o actualizaciones (congresos, diplomados, seminarios entre otros) a las que haya lugar para garantizar la calidad en la prestación del servicio y el cumplimiento de la legislación vigente.

ENTREGABLES
Certificado médico por cada uno de los empleados valorados

En espera de poder prestarle mis servicios,

CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARMENTA
Representante legal

Calle 16A No. 9 – 74 Centro
Celular: 3183404914
Mail: eliorse_cdno@hotmail.com
Valledupar - Cesar

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 31 de diciembre de 2019, a las 09:28:52, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	901040109
Código de Verificación	901040109[redacted]1231092852

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 31 de diciembre de 2019, a las 09:31:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	15173753
Código de Verificación	15173753191231093137

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 138949266

WEB
09:39:17

Bogotá DC, 31 de diciembre del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARMENTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 15173753:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:37:57 horas del 31/12/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **15173753**

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ ARMENTA CARLOS ALBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

Modified by Héctor Quintero

OFAC

Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

This Sanctions List Search application ("Sanctions List Search") is designed to facilitate the use of the Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the List of Persons Identified as Blocked Solely Pursuant to E.O. 13599, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Part 561 list, the Sectoral Sanctions Identifications List and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists, use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List

Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List

Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	H&S Acciones y Consultorias S.A	**City:**	
ID #:	901040109	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BELARUS	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100		Search Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score
Carlos Gonzalez	Your search has not returned any results.				

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 12/20/2019 9:56:04 AM
Non-SDN List last updated on: 6/19/2019 1:34:06 PM

OFAC

Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

The Sanctions List Search application ("Sanctions List Search") is designed to facilitate the use of the Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the List of Persons Identified as Blocked Solely Pursuant to E.O. 13599, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Part 561 list, the Sectoral Sanctions Identifications List and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists. use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List

Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List

Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	carlos alberto gonzales armenta	**City:**	
ID #:	15173753	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BELARUS	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100	Search	Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score
Carlos Alberto Gonzales Armenta	Your search has not returned any results.				

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 12/20/2018 8:56:04 AM
Non-SDN List last updated on: 6/19/2019 1:34:06 PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14653459802

(415)7707212489984(8020) 000001465345980 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 4 0 1 0 9	3	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

IDENTIFICACION

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
H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

41. Dirección principal
CR 19 A 2 6 C 49 BRR LOS MUSICOS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gustavocharris@hotmail.com		3 1 5 7 2 1 6 8 0 3	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 6 1 2 2 9	7 8 2 0	2 0 1 6 1 2 2 9	8 6 9 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

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: 2 0 1 9 0 8 2 3

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO


CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 15.173.753
GONZALEZ ARMENTA
APELLIDOS
CARLOS ALBERTO
NOMBRES
FIRMA
FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-1982
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
20-ENE-2000 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matriculas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 901040109-3
ADMINISTRACIÓN DIAN : VALLEDUPAR
DOMICILIO : VALLEDUPAR

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 141218
FECHA DE MATRÍCULA : DICIEMBRE 30 DE 2016
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : ENERO 07 DE 2020
ACTIVO TOTAL : 70,969,176.00
GRUPO NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CLL 16B 9 74 BRR CENTRO
MUNICIPIO / DOMICILIO: 20001 - VALLEDUPAR
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 3183404914
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : eliorse_cdno@hotmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CLL 16B 9 74 BRR CENTRO
MUNICIPIO : 20001 - VALLEDUPAR
TELÉFONO 1 : 3183404914
CORREO ELECTRÓNICO : eliorse_cdno@hotmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : eliorse_cdno@hotmail.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : M7020 - ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE GESTION
OTRAS ACTIVIDADES : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2016 DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 32412 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 30 DE DICIEMBRE DE 2016, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.

CERTIFICA - VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRA COMO OBJETO PRINCIPAL: PRESTAR ATENCION MEDICA A PERSONAS VINCULADAS O AFILIADAS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y A PERSONAS NO VINCULADAS; REALIZAR Y EJECUTAR PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD, SALUD OCUPACIONAL Y PLAN DE ATENCION BASICA. COMPRA Y VENTA DE INSUMOS HOSPITALARIOS, MEDICAMENTOS, LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO ASISTENCIAL MEDIANTE CONSULTAS EN MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA; EL ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMAS COMUNITARIOS, TENDIENTES A LOGRAR EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA MEDICINA, IMPLEMENTANDO PLANES DE HOSPITALIZACION, OTORGANDO EL SERVICIO DE CIRUGIA Y COMPLEMENTARIOS; PRESTAR EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO; PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS NIVELES DE ATENCION Y GRADO DE COMPLEJIDAD QUE AUTORICE EL MINISTERIO DE SALUD O LA ENTIDAD TERRITORIAL LEGATARIA. LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ACTIVIDADES DE PLANEACION Y EJECUCION DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS PARA LA REHABILITACION FISICA Y MENTAL. SERVICIOS DE TRATAMIENTOS EN DE FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA Y SIQUIATRIA MEDICINA NUCLEAR. AUDITORIA MEDICA; AUDITORIAS DE SERVICIOS EN SALUD; INTERVENTORIAS Y ASESORIAS SOBRE PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD; INTERVENTORIAS DEL MANEJO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 'SGSSS); CONSULTA EXTERNA EN GINECOLOGIA, OBSTETRICIA, INFERTILIDAD, PERINATOLOGIA, COLPOSCOPIA, NECOLOGIA, ECOGRAFIA 2, 3 Y 4, VAGINOPLASTIA, ALTO RIESGO OBSTETRICO, RADIOGRAFIA, GAMMAGRAFIA Y DEMAS IMAGENES O ESTUDIOS MEDICOS COMPLEMENTARIOS. REALIZAR Y EJECUTAR PROYECTOS DE SALUD QUE INVOLUCREN LOS NIVELES DE ATENCION I, II, III Y IV. CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS EN: PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA, CIRUGIA, MEDICINA GENERAL MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA ESTETICA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS, CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA Y TODO LO RELACIONADO. BRINDAR ASESORIAS EN TODOS LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE PROCESOS Y LA GESTION DE INSTITUCIONES DEL SECTOR DE LA SALUD; BRINDAR ASESORIAS EN EL MONTAJE DE LOS SISTEMAS DE GARANTIA DE LA CALIDAD, AUDITORIA MEDICA E INTERVENTORIA; LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA EN LOS MONTAJES DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION PARA IPS, EPS (SUBSIDIADA Y CONTRIBUTIVO) Y ENTES TERRITORIALES DE SALUD; EJECUCION DE ACCIONES EN PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD ENMARCADAS EN LOS PLANES MUNICIPALES DE SALUD PUBLICA Y OTROS PROYECTOS EN SALUD. PROCESOS DE VERIFICACION DE DERECHOS (ADMISION), DE FACTURACION, CARTERA, SUMINISTRO Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS. ODONTOLOGIA GENERAL (ASISTENCIA ODONTOLOGICA PREVENTIVA, CURATIVA Y CORRECTIVA EN GENERAL A TODOS LOS USUARIOS) REHABILITACION ORAL, ODONTOLOGIA ESTETICA CONSERVADORA, CIRUGIA ORAL, ENDODONCIA, PERIODONCIA (REMOCION DE CALCULO SUPRA GINGIVAL POR CUADRANTE, INGIVOPLASTIA / GINGIVECTOMIA (POR CUADRANTE, RASPADO Y ALISADO RADICULAR POR CUADRANTE, CIRUGIA MUCOGINGIVAL PARA EL MANEJO DE REBORDES, INJERTO OSEO/INJERTO GINGIVAL, ALARGAMIENTO DE CORONA CLINICA CON OSTEOTOMIA, REGENERACION GUIADA), CIRUGIA MAXILOFASCIAL, ORTODONCIA, ODONTOPEDIATRIA, PROTESIS DENTALES, CORONAS DENTALES, IMPLANTES DENTALES, DISEÑO DE SONRISA, BLANQUEAMIENTO DENTAL HIGIENE ORAL. CONSULTA DE OPTOMETRIA, VENTA DE LENTES Y MONTURAS, ADAPTACION DE PROTESIS OCULARES, VENTA DE SOLUCIONES, TERAPIAS, ORTOPTICA Y PLEOPTICAS, ADAPTACION Y VENTA DE LENTES DE CONTACTOS BLANDOS Y RIGIDOS, VENTA DE ACCESORIOS OPTICOS. PRESTACION DE SERVICIOS DE CONSULTA DE PTOMETRIA Y SUMINISTRO DE LENTES Y MONTURAS, TAMIZAJE VISUAL. TAMBIEN PODRA CONTRATAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENTIDADES DE CARACTER PUBLICO Y PRIVADO; Y TODAS LAS DEMAS ACTIVIDADES CIVILES Y COMERCIALES LICITAS TANTO EN COLOMBIA COMO EN EL EXTERIOR. 1) AUDITORIA MEDICA; 2) AUDITORIAS DE SERVICIOS EN SALUD; 3) INTERVENTORIAS Y ASESORIAS SOBRE PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD; 4) INTERVENTORIAS DEL MANEJO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS); 5) CHARLAS, CURSOS, SEMINARIOS, TALLERES EDUCATIVOS EN RELACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL; 6) INTERVENTORIAS Y ASESORIAS EN CONTRATOS IPS, EPS, ENTES MUNICIPALES Y DEPARTAMENTALES; 7) BRINDAR ASESORIAS EN TODOS LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE PROCESOS Y LA GESTION DE INSTITUCIONES DEL SECTOR DE LA SALUD; 8) BRINDAR ASESORIAS EN EL MONTAJE DE LOS SISTEMAS DE GARANTIA DE LA CALIDAD, AUDITORIA MEDICA E INTERVENTORIA; 9) LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA EN LOS MONTAJES DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION PARA IPS, EPS (SUBSIDIADA Y CONTRIBUTIVO) Y ENTES TERRITORIALES DE SALUD; 10) EJECUCION DE ACCIONES EN PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD ENMARCADAS EN LOS PLANES MUNICIPALES DE SALUD PUBLICA Y OTROS PROYECTOS EN SALUD. 11) PROCESOS DE VERIFICACION DE DERECHOS (ADMISION), DE FACTURACION, CARTERA, SUMINISTRO Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS. ; IMPORTACION, EXPORTACION Y COMERCIALIZACION DE TODA CLASE DE BIENES LICITOS, REALIZACION DE ACTIVIDADES AGROINDUSTRIALES, ASESORAMIENTO EN MATERIA AMBIENTAL, EVALUACION, DESARROLLO Y PUESTA EN MARCHA DE PROYECTOS DE INVERSION, FABRICACION Y VENTA DE MAQUINARIA INDUSTRIAL, SOLICITAR REGISTRAR, ADQUIRIR O POSEER EN CUALQUIER OTRA FORMA, USAR, DISFRUTAR EXPLORAR MARCAS DISEÑOS Y NOMBRES DE MARCAS. COMPRA, VENTA, IMPORTACIONES, EXPORTACIONES, SUMINISTRO, MANTENIMIENTO E INSTALACION, REPARACIONES DE EQUIPOS DE AIRES ACONDICIONADOS EN GENERAL, EN DESARROLLO DE ESTE OBJETO PODRAN REALIZAR PROYECTOS, CALCULO RELACIONADOS CON EL AREA, LO MISMO QUE INVERSIONES TENDIENTES A ENSANCHAR A TITULO DE INDUSTRIA LA ACTIVIDAD DESCRITA Y EN GENERAL TODAS LAS ACTIVIDADES QUE TENGAN RELACION DIRECTA CON EL RAMO; PARA LOS FINES COMERCIALES LA SOCIEDAD PODRA, COMPRAR, VENDER, ENAJENAR INMUEBLES, MUEBLES,

PERMUTADOS, GRAVARLOS O DARLOS EN ADMINISTRACION O ARRENDAMIENTO SIEMPRE QUE DICHOS ACTOS SEAN APROBADOS POR LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, SUMINISTRO DE MATERIALES ELECTRICOS Y DE FERRETERIA, SUMINISTRO DE EQUIPOS DE ENERGIA, CONSTRUCCION Y REMODELACION, AMPLIACION Y SUMINISTRO DE REDES ELECTRICAS Y SUS DERIVADOS, IMPERMEABILIZACION Y MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS, OBRAS CIVILES, ACABADOS Y PINTURA, MANTENIMIENTO DE DEPOSITO FLUVIALES Y PLOMERIA, MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTADORES Y TELECOMUNICACIONES, ARRIENDO DE TODA CLASE DE ANDAMIOS CERTIFICADOS. CONSTRUCCION DE OBRAS CIVIL, CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CARRETEAS, PUENTES TODO LO RELACIONADOS CON LA CONSTRUCCION, MANTENIMIENTO DE EDIFICIOS, INSTALACION Y MANTENIMIENTO DE REDES ELECTRICAS, MANTENIMIENTO DE REDES DE ALCANTARILLADO, SUMINISTROS DE TODOS LOS ELEMENTOS Y MATERIALES PARA LA CONSTRUCCION. SUMINISTROS DE ELEMENTOS ELECTRICOS Y DE FERRETERIA. COMERCIALIZACION DE ARTICULOS ELECTRICOS Y LAS ACTIVIDADES CONEXAS AL MISMO, COMERCIALIZACION DE HIERROS, ACERO, LAMINAS Y OTROS PRODUCTOS AFINES, COMERCIALIZACION DE TUBERIA GALVANIZADA PVC, ELABORACION DISEÑO, INSTALACION DE DRAYWOLL, GALVANIZADO, PISOS, BALDOSAS, SERVICIOS DE EBANISTERIA, CARPINTERIA Y TODO LO RELACIONADO CON LA CONSTRUCCION. LA SOCIEDAD PODRA IMPORTIAR LOS EQUIPOS, ELEMENTOS Y MATERIA PRIMA PARA EL FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA EMPRESA Y EN FIN DE TODOS AQUELLOS EQUIPOS, PRODUCTOS Y SUMINISTROS CUYA DISTRIBUCION Y COMERCIALIZACION TIENEN QUE VER CON EL OBJETO SOCIAL. DESARROLLAR ACTIVIDADES CONEXAS AUXILIARES O COMPLEMENTARIAS DE LAS MENCIONADAS EN LOS LITERALES ANTERIORES Y QUE UEDAN ASEGURAR LA EXPANSION DE LOS NEGOCIOS BIEN SEA DIRECTAMENTE O MEDIANTE OTRAS COMPAÑIAS CON LAS QUE HAYA POSTERIORMENTE VINCULOS DE SOCIEDAD O ACCIONISTAS. PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL LA EMPRESA PODRA EJECUTAR TODOS LOS ACTOS O CONTRATOS QUE FUEREN NECESARIOS O CONVENIENTES PARA EL CABAL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL Y QUE TENGAN RELACION DIRECTA CON EL MISMO, COMO SON LOS SIGUIENTES: COMPRAR TODA CLASE DE BIENES, MUEBLES E INMUEBLES, VEHICULOS DAR Y RECIBIR EN PRENDAS LOS UNOS Y EN HIPOTECA LOS OTROS, TOMARLOS Y DARLOS EN ARRENDAMIENTO, COMODATO, CONCESION O USUFRUCTO, INTERVENIR COMO ACREEDORA O DEUDORA EN TODA CLASE DE OPERACIONES DE CREDITO, RECIBIENDO Y DANDO LAS GARANTIAS DEL CASO, CELEBRAR EL CONTRATO DE CAMBIO EN TODA SUS MANIFESTACIONES COMO GIRAR, ACEPTIAR, ADQUIRIR, COBRAR, DESCONTAR, ENDOSAR, PROTESTAR, ANULAR, CANCELAR O NEGOCIAR TODA CLASE DE TITULOS VALORES Y EFECTOS DE COMERCIO, PARTICIPAR EN LICITACIONES PUBLICAS Y PRIVADAS, PRESENTAR PROPUESTAS Y CELEBRAR CONTRATOS, ABRIR CUENTAS BANCARIAS Y/O DEPOSITOS A TERMINO A NOMBRE DE LA EMPRESA, CONTRATAR PERSONAL TANTO EN EL PAIS COMO EN EL EXTERIOR.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	50.000.000,00	500,00	100.000,00
CAPITAL SUSCRITO	10.000.000,00	100,00	100.000,00
CAPITAL PAGADO	10.000.000,00	100,00	100.000,00

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 2 DEL 24 DE MARZO DE 2017 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 33558 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MAYO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	GONZALEZ ARMENTA CARLOS ALBERTO	CC 15;173;753

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

REPRESENTACION LEGAL: LA REPRESENTACION LEGAL DE LA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA ESTARA A CARGO DE UN REPRESENTANTE LEGAL, PERSONA NATURAL O JURIDICA, ACCIONISTA O NO, QUIEN PODRA TENER UN SUPLENTE O SUBGERENTE, DESIGNADO PARA UN TERMINO DE UN AÑO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. EL SUBGERENTE REMPLAZARA AL GERENTE EN SUS FALTAS TEMPORALES, ACCIDENTALES Y ABSOLUTAS LAS FUNCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL TERMINARAN EN CASO DE DIMISION O REVOCACION POR PARTE DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE DECESO O DE INCAPACIDAD EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL REPRESENTANTE LEGAL SEA UNA PERSONA NATURAL Y EN CASO DE LIQUIDACION PRIVADA O JUDICIAL, CUANDO EL REPRESENTANTE LEGAL SEA UNA PERSONA JURIDICA. LA CESACION DE LAS FUNCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL, POR CUALQUIER CAUSA, NO DA LUGAR A NINGUNA INDEMNIZACION DE CUALQUIER NATURALEZA, DIFERENTE DE AQUELLAS QUE LE CORRESPONDIEREN CONFORME A LA LEY LABORAL, SI FUERE EL CASO. LA REVOCACION POR PARTE DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS NO TENDRA QUE ESTAR MOTIVADA Y PODRA REALIZARSE EN CUALQUIER TIEMPO. EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL REPRESENTANTE LEGAL SEA UNA PERSONA JURIDICA, LAS FUNCIONES QUEDARAN A CARGO DEL REPRESENTANTE

LEGAL DE ESTA. TODA REMUNERACION A QUE TUVIERE DERECHO EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, DEBERA SER APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL.- LA SOCIEDAD SERA GERENCIADA, ADMINISTRADA Y REPRESENTADA LEGALMENTE ANTE TERCEROS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN NO TENDRA RESTRICCIONES DE CONTRATACION POR RAZON DE LA NATURALEZA NI DE LA CUANTIA DE LOS ACTOS QUE CELEBRE. POR LO TANTO, SE ENTENDERA QUE EL REPRESENTANTE LEGAL PODRA CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. EL REPRESENTANTE LEGAL SE ENTENDERA INVESTIDO DE LOS MAS AMPLIOS PODERES PARA ACTUAR EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD, CON EXCEPCION DE AQUELLAS FACULTADES QUE, DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS, SE HUBIEREN RESERVADO LOS ACCIONISTAS. EN LAS RELACIONES FRENTE A TERCEROS, LA SOCIEDAD QUEDARA OBLIGADA POR LOS ACTOS Y CONTRATOS CELEBRADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LE ESTA PROHIBIDO AL REPRESENTANTE LEGAL Y A LOS DEMAS ADMINISTRADORES DE LA SOCIEDAD, POR SI O POR INTERPUESTA PERSONA, OBTENER BAJO CUALQUIER FORMA O MODALIDAD JURIDICA PRESTAMOS POR PARTE DE LA SOCIEDAD U OBTENER DE PARTE DE LA SOCIEDAD AVAL, FIANZA O CUALQUIER OTRO TIPO DE GARANTIA DE SUS OBLIGACIONES PERSONALES.

CERTIFICA

INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,100

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE VALLEDUPAR PARA EL VALLE DEL RIO CESAR contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siivalledupar.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación SvqFmYPNs9

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

ESPACIO LIBRE EN BLANCO

ASOPAGOS s.a.

COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	CORREO	CIUDAD - DEPARTAMENTO	CELULAR
NI 901040109	3	HYS ACCIONES Y CONSULTORIAS SAS	B	0	ellorse_cdno@hotmail.com	20-1	3003749814

NUMERO PLANILLA	17040654		
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	17040654		
PAGO HASTA	DÍAS DE MORA	VALOR MORA	TOTAL A PAGAR
2020-01-07	0	$0	$ 415.200

ENTIDAD	AFILIADOS	TOTALES
Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	$ 132.500
PORVENIR	1	$ 132.500
CAJACOPI ATLANTICO EPS	1	$ 33.200
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 33.200
ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	2	$ 17.400
Caja de Compensacion Familiar del Cesar COMFACESAR	2	$ 66.400
SENA	0	$ 0
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	0	$ 0
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	0	$ 0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	$ 0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	DIRECCIÓN	CIUDAD - DEPARTAMENTO	TELÉFONO
NI 901040109	3	HYS ACCIONES Y CONSULTORIAS SAS	B	0	Cra 19A N 6C 49 BARRIO LOS M	20-1	3157216803

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO ID	PLANILLA	TIPO	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	FECHA PAGO	BANCO	DÍAS MORA	VALOR
2019-12	2020-01	901040109	17040654	E	17040654	2019-12-24	BANCO CAJA	0	$ 415.200

RESUMEN DE PAGO

ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2				2	$265.000	$0	$0	$0	$265.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	$132.500	$0	$0	$0	$132.500

ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
PORVENIR	230301	800224808	8	1	$132.500	$0	$0	$0	$132.500
EPS(Administradoras: 2				2	$66.400	$0	$0	$0	$66.400
EPS-S CAJACOPI	CCFC55	890102044	1	1	$33.200	$0	$0	$0	$33.200
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	$33.200	$0	$0	$0	$33.200
ARL(Administradoras: 1				2	$17.400	$0	$0	$0	$17.400
ARL SURA	14-11	800903790	5	2	$17.400	$0	$0	$0	$17.400
CCF(Administradoras: 1				2	$66.400	$0	$0	$0	$66.400
COMFACESAR	CCF15	892399989	8	2	$66.400	$0	$0	$0	$66.400
TOTAL					$415.200	$0	$0	$0	$415.200

PAGADO

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 002 DE 2020, CELEBRADO ENTRE COMFACESAR Y H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.

OBJETO: REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.

VALOR: NOVENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M.CTE ($94.200.000)

DURACIÓN: DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020.

RESPONSABLE: COORDINADOR GESTIÓN HUMANA.

Los suscritos **FRANK DAVID MONTERO VILLEGAS,** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.521.215 expedida en Bogotá, actuando como Director Administrativo de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR",** particularizada con NIT 892.399.989-8, entidad de derecho privado, sin ánimo de lucro, vigilada por la Superintendencia de Subsidio Familiar, con personería jurídica reconocida por el Departamento del Cesar, mediante Resolución 0121 del 2 de abril de 1968, parte que en adelante se denominará **COMFACESAR** y **CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARMENTA,** mayor de edad, quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 15.173.753 de Valledupar-Cesar, actuando en calidad de Gerente de la sociedad **H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S,** con matrícula mercantil número 141218 del 30 de diciembre de 2016, particularizada con NIT No: 901.040.109-3, según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal o de Inscripción de Documentos expedido por la Cámara de Comercio de Valledupar anexo, quien para los efectos de este acuerdo de voluntades se denominará **EL CONTRATISTA,** se reunieron para celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, con base en las disposiciones del Manual de Contratación de **COMFACESAR,** la legislación Civil, Comercial y las siguientes Cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO:** REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR. **SEGUNDA.-VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor de este contrato es hasta la suma de **NOVENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M.CTE ($94.200.000),** incluido el IVA si a ello hubiere lugar, los cuales se cancelarán en mensualidades por valor de **SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($7'850.000)** de acuerdo al servicio efectivamente prestado, con visto bueno por parte del Responsable como constancia de aprobación y recibo a satisfacción de los servicios pactados. A dicha cuenta de cobro o factura, **EL CONTRATISTA** deberá adjuntar constancia de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y ARL) e informe de ejecución correspondiente. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La Coordinadora de presupuesto certifica que existen recursos para la presente Contratación, cuyo origen es Gastos de administración, fondos de ley, convenios de cooperación, saldos de obras y programas de beneficio social, por valor de $ 94.200.000. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Con la suscripción de este documento, queda sin efecto cualquier negociación y/o propuesta previa, que sea diferente o contravenga las clausulas y estipulaciones acordadas por las partes en el presente contrato. **TERCERA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una duración desde la suscripción del acta de inicio hasta el 31 de diciembre de 2020. **CUARTA.- OBLIGACIONES DE LAS PARTES: A) OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: 1.** Prestar eficientemente y dentro del término establecido el servicio objeto del presente contrato. **2.** Practicar examen médico ocupacional periódico, de ingreso y retiro a todo el personal administrativo y docente de

ISO 9001 icontec
IQNet
VIGILADO Super Subsidio

COMFACESAR. **3.** Realizar valoraciones médicas para reubicación. **4.** Elaborar y presentar semestralmente diagnóstico de las condiciones de salud de los empleados de las distintas áreas de **COMFACESAR**. **5.** Proyectar conceptos médicos laborales cuando sea necesario y cada vez que **COMFACESAR** así lo requiera. **6.** Apoyar y hacer seguimiento a los casos de salud en donde se presenten enfermedades de origen profesional y accidentes laborales. **7.** Entregar a **COMFACESAR** certificado médico e informe de diagnóstico condiciones de salud por cada uno de los empleados valorados. **8.** Resolver las consultas que formule **COMFACESAR** y hacer las observaciones que estime pertinentes. **9.** Cumplir con las normas y requisitos aplicables a la prestación del servicio de salud. **10.** Garantizar la calidad en la prestación del servicio y el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de salud. **11.** Cumplir con las obligaciones contractuales adquiridas con el personal contratado para la ejecución de las actividades objeto del presente contrato, de conformidad con la normatividad vigente. **12.** Guardar absoluta reserva y confidencialidad sobre la información que maneje en desarrollo del presente contrato. **13.** Renovar la matrícula mercantil dentro del primer trimestre del año 2020, de conformidad con el artículo 33 del Código de Comercio. **14.** Constituir la garantía estipulada en la Cláusula Sexta de este contrato, a favor de entidades particulares y allegarla a la División Jurídica y de Contratación firmada por el tomador y con el recibo de pago original. **15.** Presentar junto con la cuenta de cobro o factura la constancia de estar a paz y salvo con los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral según la normatividad vigente. **16.** Comunicar a **COMFACESAR** cualquier incompatibilidad e inhabilidad sobreviniente o conflicto de intereses que se produzcan en desarrollo de la actividad contractual **17.** Cumplir todas aquellas obligaciones esenciales y naturales para el correcto funcionamiento del contrato **B) OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE: COMFACESAR** queda obligada a: **1.** Pagar las sumas pactadas en la cláusula segunda del presente contrato. **2.** Vigilar el desempeño de las actividades contratadas a través del Responsable o de la persona que **COMFACESAR** designe. **3.** Asumir los gastos de ejecución tales como desplazamiento, hospedaje, alimentación, capacitaciones para formación, actualizaciones y demás derivados de las actividades realizadas durante el cumplimiento del presente contrato. **QUINTA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN:** Se podrá dar por terminado en cualquier momento el presente contrato cuando se configure cualquiera de las siguientes causas: **1.** Por disolución y/o liquidación del **CONTRATISTA**. **2.** Por mutuo acuerdo. **3.** Por incumplimiento total o parcial de las obligaciones del presente contrato. **4.** De manera anticipada a su vencimiento. **5.** Por agotamiento del objeto contractual. **6.** Por la subcontratación o cesión del contrato no autorizada por parte de **COMFACESAR**. **7.** Cuando **EL CONTRATISTA** se abstenga de informar a **COMFACESAR** sobre las inhabilidades o incompatibilidades sobrevinientes durante la ejecución del contrato. **8.** En cualquier momento de la ejecución del Contrato, previa notificación de la decisión de terminación, la cual se hará con treinta (30) días de antelación a la fecha de terminación. **9.** Unilateralmente por **COMFACESAR** en los casos previstos en los numerales 1, 3, 5, 6 y 7 de esta Cláusula, eventos para los cuales **EL CONTRATISTA** autoriza expresamente a **COMFACESAR,** con la firma del contrato **SEXTA.- GARANTÍAS:** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en este contrato, **EL CONTRATISTA** se compromete a constituir a favor de **COMFACESAR** una garantía que será expedida por una compañía de seguros, con la siguiente cobertura: **1) CUMPLIMIENTO:** Equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, con vigencia igual a su duración y cuatro (4) meses más. **2) PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES:** Equivalente al cinco por ciento (5%) del valor total del contrato, con vigencia igual a su duración y tres (3) años más. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA** se compromete a ampliar la vigencia de la póliza en el evento que sea requerido por **COMFACESAR. SÉPTIMA.- CLÁUSULA PENAL:** En caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas por **EL CONTRATISTA** en razón del presente contrato, este deberá cancelar en calidad de sanción

o multa el equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del presente contrato, la cual podrá ser descontada o retenida de cualquier saldo a favor del **CONTRATISTA** o cobrada ejecutivamente, declarando las partes para estos efectos, que este documento prestará mérito ejecutivo con la sola presentación ante juez o funcionario competente. **PARÁGRAFO:** Las cantidades anteriores podrán ser tomadas de los saldos pendientes a favor del **CONTRATISTA. OCTAVA.- DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y RECURSOS: EL CONTRATISTA** manifiesta bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento, que todos aquellos bienes y recursos que destina, suministra y/o ejecuta en desarrollo del presente contrato, no son provenientes de actividades ilícitas, tales como narcotráfico, lavado de activos, estafa y demás conductas descritas por la ley como punibles. **NOVENA.- AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS:** En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, **EL CONTRATISTA** manifiesta que ha sido notificado de la política de privacidad de **COMFACESAR**, y los fines con los cuales se solicitan sus datos personales, que serán empleados para la ejecución del contrato y que autoriza el uso y verificación de los mismos. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA** manifiesta que la información que ha suministrado es cierta, que no ha sido omitida ni alterada y es consciente que la falsedad u omisión puede generar consecuencias civiles y penales. Así mismo, manifiesta que ha sido informado de sus derechos de conocer, acceder, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados, para solicitar su corrección y/o actualización en las bases de datos de **COMFACESAR. DÉCIMA.- RENUNCIA A REQUERIMIENTO: EL CONTRATISTA** manifiesta de manera libre y voluntaria con la firma del presente documento que renuncia al requerimiento previo para ser constituido en mora en caso de incumplir con sus obligaciones, facultando a **COMFACESAR** para hacer efectivos los cobros ejecutivos y las sanciones estipuladas en la cláusula penal y las demás sanciones sobrevinientes derivadas del incumplimiento de las obligaciones del presente contrato, de manera directa ante juez o autoridad competente. **UNDÉCIMA.- RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA** declara bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma de este contrato, que conoce y no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Ley y en el Manual de Contratación de **COMFACESAR**, y serán de su exclusiva responsabilidad las consecuencias que se deriven de las antecedentes o sobrevinientes. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA** autoriza a **COMFACESAR** para consultar y verificar dicha información frente a los organismos de control. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Cuando la inhabilidad o incompatibilidad sea sobreviniente, **EL CONTRATISTA** debe informarlo por escrito, en el cual debe manifestar su renuncia a la ejecución del contrato. **DUODÉCIMA.- CONFLICTO DE INTERESES:** Las partes bajo gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente escrito, manifiestan no estar incursas en ninguna de las prácticas que constituyen Conflicto de Intereses descritas en el Manual de Contratación y el Código de Buen Gobierno de **COMFACESAR,** en el evento de demostrarse lo contrario se dará por terminado el contrato, sin que esto ocasione perjuicio alguno a **COMFACESAR. DÉCIMA TERCERA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN:** Está prohibido al **CONTRATISTA** ceder el presente contrato sin la previa autorización por escrito de **COMFACESAR,** caso en el cual dará lugar a la terminación. **DÉCIMA CUARTA.- DESIGNACIÓN DEL RESPONSABLE:** La evaluación, seguimiento a la ejecución, cumplimiento de las obligaciones del contrato y demás aspectos determinados en el Capítulo IV del Manual de Contratación de **COMFACESAR,** estarán a cargo del **COORDINADOR DE GESTIÓN HUMANA,** quien adicionalmente deberá: **1.** Resolver las dudas que tenga **EL CONTRATISTA**. **2.** Presentar las observaciones que juzgue convenientes. **3.** Suministrar oportunamente la información que posea **COMFACESAR** y que sirva al **CONTRATISTA** para el desarrollo del objeto contractual. **4.** Verificar el pago de la Seguridad Social Integral a cargo del **CONTRATISTA. 5.** Informar por escrito a la División Jurídica y de

ISO 9001 icontec
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

Contratación, cualquier dificultad que surja durante la ejecución del presente contrato.**6.**Verificar que **EL CONTRATISTA** renueve la matricula mercantil durante el primer trimestre del año 2020. **7.** Las demás contenidas en el capítulo IV del Manual de Contratación de **COMFACESAR.** **DÉCIMA QUINTA.- INDEMNIDAD:** **EL CONTRATISTA** mantendrá indemne y defenderá a su costa a **COMFACESAR** de cualquier pleito, queja, demanda y responsabilidad de cualquier naturaleza, incluyendo costos y gastos provenientes de actos y omisiones de este frente a reclamaciones de terceros en el desarrollo del contrato. **El CONTRATISTA** se obliga a evitar que sus empleados y/o los familiares de los mismos, sus acreedores, sus proveedores y/o terceros, presenten reclamaciones (judiciales o extrajudiciales) contra **COMFACESAR**, con ocasión o por razón de acciones u omisiones suyas relacionadas con el contrato. **DÉCIMA SEXTA.- AUTONOMÍA DEL CONTRATISTA:** Por tratarse de un Contrato de Prestación de Servicios de carácter civil y/o comercial, **EL CONTRATISTA** actuará con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que adquiere por el presente contrato, por lo cual no contrae ningún vínculo de carácter laboral con **COMFACESAR.** El presente contrato en ningún caso causará el pago de prestaciones sociales y demás inherentes a la previsión social a favor del **CONTRATISTA**. **DÉCIMA SÉPTIMA.- ANEXOS:** Hacen parte integrante de este contrato los siguientes documentos: **1)** Declaratoria de Inhabilidades e Incompatibilidades y Conflictos de Interés. **2)** Propuesta **3)** RUT. **4)** Certificado de Existencia y Representación Legal o de inscripción de documentos expedido por la Cámara de Comercio de Valledupar. **5)** Las garantías exigidas. **6)** Documentos y actas que se produzcan en desarrollo de este contrato. **DÉCIMA OCTAVA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Las controversias o diferencias que surjan entre **EL CONTRATISTA** y **COMFACESAR** con ocasión de cualquier asunto relacionado con el presente contrato, serán sometidos a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a treinta (30) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán empleando los medios pertinentes para solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias surgidas de las actividades contractuales, para tal efecto al surgir la diferencia acudirán al empleo de los mecanismos alternativos de solución de controversias contractuales tales como la conciliación, amigable composición y transacción de acuerdo a las disposiciones legales vigentes. **DÉCIMA NOVENA.- MODIFICACIÓN DEL CONTRATO:** Cualquier modificación al contrato debe ser acordada por las partes. Sin embargo, **COMFACESAR** podrá realizar modificaciones al contrato o incluir cláusulas adicionales cuando se trate de cambio de razón social, errores en la elaboración del contrato, errores aritméticos, errores por cambio de palabra u omisión y errores en la designación del Responsable. **VIGÉSIMA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** La liquidación procederá con la finalización satisfactoria y oportuna del contrato o por cualquiera de las causales descritas en la cláusula quinta del presente documento. **COMFACESAR** elaborará y legalizará el acta respectiva dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la finalización de las actividades realizadas por **EL CONTRATISTA** y deberá dicha acta de liquidación contener la manifestación del **CONTRATISTA** que **COMFACESAR** cumplió todas las obligaciones derivadas del contrato y que en consecuencia renuncia a toda acción, reclamo o demanda contra **COMFACESAR** respecto al contrato. **PARÁGRAFO:** En aquellos casos en que no sea posible liquidar el contrato de común acuerdo, **COMFACESAR** procederá a liquidarlo unilateralmente con fundamento en el artículo 40 del Manual de Contratación de **COMFACESAR.** **VIGÉSIMA PRIMERA.- CONDICIÓN RESOLUTORIA:** Las partes acuerdan que en caso de comprobarse el incumplimiento parcial o total de las obligaciones contraídas en el presente contrato por parte del **CONTRATISTA**, **COMFACESAR** podrá terminar y liquidar unilateralmente el contrato y exigir la indemnización de los perjuicios a que haya lugar, de conformidad

con el contrato, la legislación civil y comercial. **VIGÉSIMA SEGUNDA.- DOMICILIO CONTRACTUAL:** Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos la ciudad de Valledupar - Cesar. **VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se perfecciona con la firma y para su ejecución se requiere la suscripción del acta de inicio. Para constancia de aceptación y compromiso se firma por los que en él intervienen, a los siete (7) días del mes de enero de dos mil veinte (2020).

Por COMFACESAR,

FRANK DAVID MONTERO VILLEGAS.
Director Administrativo.

Por EL CONTRATISTA,

CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARMENTA.
C.C. No. 15.173.753 de Valledupar.
Gerente de **H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.**

5

Proyectó: Karen Aguancha Araujo.
Revisó: Camila Moscote Araujo
Aprobó. Víctor Manuel Rueda Rodríguez

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE PARTICULARES

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza	Documento
VALLEDUPAR, 07 DE ENERO DE 2020	2540261-1	13073038

Intermediario	Código	Oficina	Referencia de Pago
RG ASESORIAS Y SEGUROS LTDA	11584	039	01213073038

TOMADOR

NIT	Razón Social y/o Nombres y Apellidos
9010401093	H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.

Dirección	Ciudad	Teléfono
CR 19 A # 2 - 06 C 49	VALLEDUPAR	3157216

GARANTIZADO

NIT	Nombres y Apellidos
9010401093	H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8923999898	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR COMFACESAR

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07-ENE-2020	07-MAY-2021	9.420.000,00	37.628,00
PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	07-ENE-2020	31-DIC-2023	4.710.000,00	46.906,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
07-ENE-2020	31-DIC-2023	1454	07-ENE-2020	31-DIC-2020	$84.534	$16.061	$100.595

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CIEN MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$14.130.000	$40.035	$14.130.000,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NUMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
312	NDX	039	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
11584	RG ASESORIAS Y SEGUROS LTDA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	84.534

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/08/2016	13 - 18	P	5	F-01-12-082
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-010

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO 002 DE 2020.
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDA A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR
COMFACESAR
ASESOR JURIDICO
ACEPTADA: 2540261-1
FECHA: 07-Enero-2020
FIRMA:

DIGITADO

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES PARTICULARES en la póliza 2540261-1 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.** y Asegurado y/o Beneficiario es **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR COMFACESAR** y su documento 13073038 expedida el día 07 de Enero de 2020 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$84,534
Impuestos	$	$16,061
Total	$	$100,595

Para constancia se firma en VALLEDUPAR a los 07 días del mes de Enero de 2020.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN FORMATO ACTA DE INICIO	Codigo: F- J- 001 Versión: 8 Fecha: 28/02/2018

Fecha:	07	01	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC Nº:		ODS No:		CONTRATO No:	002-2020	CONVENIO No.	

Objeto: (Se relaciona el objeto del contrato)

REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO, DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.

Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.**	**NIT/ CC / CE.:**	**901.040.109-3**
Interventor:	N.A	**NIT/ CC / CE.:**	N.A
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO; HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor del contrato:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	COMFACESAR-VALLEDUPAR.		

DATOS DEL RESPONSABLE

NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR (a) GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 Ext. 132/182**

A los **07** días del mes de **Enero** de **2020** se reunieron el señora **LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS** Identificada con la CC. Nº **49.787.236**, en calidad de RESPONSABLE del contrato de la referencia y el **señor CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARMENTA con el CC. Nº 15.173.753, quien actúa en calidad de Representante Legal de la sociedad H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S. Nit No 901.040.109-3**, quien actúa en calidad de CONTRATISTA, con el objeto de iniciar la ejecución del contrato citado, de conformidad con los términos establecidos en el mismo.

El CONTRATISTA, en cumplimiento a lo estipulado en la cláusula **SEXTA** del **contrato de referencia**, otorgó a favor de COMFACESAR,la póliza o garantía **No 2540261-1** expedida el día **07 de Enero de 2020** por **Seguros Generales Suramericana S.A.**; cuyos amparos definitivos son:

AMPAROS	NUMERO	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
		DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	2540261-1	7/01/2020	7/05/2021	$ 9.420.000
PAGOS DE SALARDS,PRESTACIONES SOCIALES E NDEMNIZACIONES	2540261-1	7/01/2020	31/12/2023	$ 4.710.000

Se dio a conocer al contratista la siguiente información y documentación que manejará durante la ejecución cada una de las partes:

N.A.

Se programó realizar reuniones de seguimiento en las siguientes fechas:

N.A.

Anexos: **N.A.**

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

EL CONTRATISTA

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	07	02	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	

Contratista:	H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.	NIT/ CC / CE.:	901.040.109-3
Interventor:	N.A.	NIT/ CC / CE.:	N.A.
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".		

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS		
CARGO:	COORDINADOR GESTION HUMANA	TEL. (Ext.):	5857777 EXT. 132/182

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	ENERO	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 17040654 Cancelada 24/12/2019
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.			X	
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	
12). Suscripción de acta de recibo final			X	

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 6.541.667,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 6.541.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 87.658.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó 154 valoraciones medicas.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado. en el periodo del 07 al 31 de Enero de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	13	03	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	
Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.** — **NIT/ CC / CE.:** **901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.** — **NIT/ CC / CE.:** **N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos
Anticipo:	N.A.
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	FEBRERO	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			**Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.**
2). Suscripción de acta inicio.	X			
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			**Planilla No 8605129179 Cancelada 05/02/2020**
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.			X	
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	
12). Suscripción de acta de recibo final			X	

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 14.391.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 79.808.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó 76 valoraciones medicas.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado, en el periodo del 01 al 29 de Febrero de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	17	03	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	
Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.** — **NIT/ CC / CE.:** **901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.** — **NIT/ CC / CE.:** **N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos
Anticipo:	N.A.
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	MARZO	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			**Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.**
2). Suscripción de acta inicio.	X			
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			**Planilla No 17479316 Cancelada 11/03/2020**
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.			X	
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	
12). Suscripción de acta de recibo final			X	

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 22.241.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 71.958.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó 30 valoraciones medicas.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado. en el periodo del 01 al 31 de Marzo de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	08	05	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	

Contratista:	H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.	NIT/ CC / CE.:	901.040.109-3
Interventor:	N.A.	NIT/ CC / CE.:	N.A.
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".		

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS		
CARGO:	COORDINADOR GESTION HUMANA	TEL. (Ext.):	5857777 EXT. 132/182

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	ABRIL	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 17596376 Cancelada 08/04/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.			X	
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	
12). Suscripción de acta de recibo final			X	

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 30.091.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 64.108.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Capacitacion en COVID-19 al personal de la Caja	Realizo las capacitaciones programadas para todo el personal.
Particiapacion en Comité laboral	Asistio a cuatro reuniones de Comites
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado, en el periodo del 01 al 30 de Abril de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	02	06	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)			
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.			
Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.**	**NIT/ CC / CE.:**	**901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.**	**NIT/ CC / CE.:**	**N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".		

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	MAYO	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Se suscribió el 07/01/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			El supervisor certifica que se cumplio el cronograma de trabajo durante el periodo
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			Se certifica la presentacion de informes parciales.
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 17804418 Cancelada 06/05/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			Se certifica que mensualmente con la presentacion de su factura, presenta informe de actividades
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	No se ha presentado modificaciones u Otro Si.
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	No se ha presentado modificaciones ni ampliacion de garantias.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			Se certifica el cumplimiento del objeto del contarto.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	No se han presentado irregularidade o in cumpliento hasta la fecha
12). Suscripción de acta de recibo final			X	Contrato aún vigente.

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor Inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 37.941.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 56.258.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social
Realizacion de examen de ingreso a personal.	Efectivamente realizó tres valoraciones de ingreso

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado, en el periodo del 01 al 31 de Mayo de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	06	07	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	

Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.**	**NIT/ CC / CE.:**	**901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.**	**NIT/ CC / CE.:**	**N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".		

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	JUNIO	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Se suscribió el 07/01/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			El supervisor certifica que se cumplio el cronograma de trabajo durante el periodo
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			Se certifica la presentacion de informes parciales.
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 18065075 Cancelada 03/06/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			Se certifica que mensualmente con la presentacion de su factura, presenta informe de actividades
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	No se ha presentado modificaciones u Otro Sl.
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	No se ha presentado modificaciones ni ampliacion de garantias.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			Se certifica el cumplimiento del objeto del contarto.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	No se han presentado irregularidade o In cumpliento hasta la fecha
12). Suscripción de acta de recibo final			X	Contrato aún vigente.

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 45.791.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 48.408.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social
Realizacion de examen de ingreso y egreso a personal.	Efectivamente realizó 3 de ingresos y 21 de egresos
Realizacion de examnes periodicos	Efectivamente realizó 251 valoraciones periodicas

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado. en el periodo del 01 al 30 de Junio de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	03	08	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	

Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.**	**NIT/ CC / CE.:**	**901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.**	**NIT/ CC / CE.:**	**N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".		

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	JULIO	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Se suscribió el 07/01/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			El supervisor certifica que se cumplio el cronograma de trabajo durante el periodo
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			Se certifica la presentacion de informes parciales.
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 18305438 Cancelada 15/07/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			Se certifica que mensulamente con la presentacion de su factura, presenta informe de actividades
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	No se ha presentado modificaciones u Otro Si.
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	No se ha presentado modificaciones ni ampliacion de garantias.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			Se certifica el cumplimiento del objeto del contrato.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	No se han presentado irregularidade o in cumpliento hasta la fecha
12). Suscripción de acta de recibo final			X	Contrato aún vigente.

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 53.641.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 40.558.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social
Realizacion de examen de ingreso y egreso a personal.	Efectivamente realizó 8 de ingresos y 38 de egresos
Realizacion de examnes periodicos	Efectivamente realizó 20 valoraciones periodicas

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado. en el periodo del 01 al 31 de Julio de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	01	09	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	

Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.**	**NIT/ CC / CE.:**	**901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.**	**NIT/ CC / CE.:**	**N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	07/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".		

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	AGOSTO	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Se suscribió el 07/01/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			El supervisor certifica que se cumplio el cronograma de trabajo durante el periodo
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			Se certifica la presentacion de informes parciales.
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 18563673 Cancelada 11/08/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			Se certifica que mensulamente con la presentacion de su factura, presenta informe de actividades
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	No se ha presentado modificaciones u Otro Si.
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	No se ha presentado modificaciones ni ampliacion de garantias.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			Se certifica el cumplimiento del objeto del contrato.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	No se han presentado irregularidade o in cumpliento hasta la fecha
12). Suscripción de acta de recibo final			X	Contrato aún vigente.

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 61.491.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 32.708.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social
Realizacion de examen de ingreso y egreso a personal.	Efectivamente realizó 8 de ingresos y 38 de egresos
Realizacion de examnes periodicos	Efectivamente realizó 20 valoraciones periodicas

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado, en el periodo del 01 al 31 de Agosto de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	30	09	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	

Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.**	**NIT/ CC / CE.:**	**901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.**	**NIT/ CC / CE.:**	**N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	7/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".		

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	SEPTIEMBRE	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Se suscribió el 07/01/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			El supervisor certifica que se cumplio el cronograma de trabajo durante el periodo
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			Se certifica la presentacion de informes parciales.
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 18708558 Cancelada 08/09/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			Se certifica que mensulamente con la presentacion de su factura, presenta informe de actividades
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	No se ha presentado modificaciones u Otro Si.
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	No se ha presentado modificaciones ni ampliacion de garantias.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			Se certifica el cumplimiento del objeto del contrato.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	No se han presentado irregularidade o in cumpliento hasta la fecha
12). Suscripción de acta de recibo final			X	Contrato aún vigente.

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 69.341.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 24.858.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social
Realizacion de examen de ingreso y egreso a personal.	Efectivamente realizó 8 de ingresos y 38 de egresos
Realizacion de examnes periodicos	Efectivamente realizó 20 valoraciones periodicas

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado, **en el periodo del 01 al 30 de Septiembre de 2020.**

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	04	11	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	
Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.** — **NIT/ CC / CE.:** **901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.** — **NIT/ CC / CE.:** **N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	7/01/2020
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos
Anticipo:	N.A.
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	OCTUBRE	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Se suscribió el 07/01/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			El supervisor certifica que se cumplio el cronograma de trabajo durante el periodo
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			Se certifica la presentacion de informes parciales.
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 18932551 Cancelada 03/11/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			Se certifica que mensualmente con la presentacion de su factura, presenta informe de actividades
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	No se ha presentado modificaciones u Otro Si.
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	No se ha presentado modificaciones ni ampliacion de garantias.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			Se certifica el cumplimiento del objeto del contrato.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	No se han presentado irregularidade o in cumpliento hasta la fecha
12). Suscripción de acta de recibo final			X	Contrato aún vigente.

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 77.191.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 17.008.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social
Realizacion de examen de ingreso y egreso a personal.	Efectivamente realizó 8 de ingresos y 38 de egresos
Realizacion de examnes periodicos	Efectivamente realizó 20 valoraciones periodicas

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado, en el periodo del 01 al 31 de Octubre de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	11	12	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.	
Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.** — **NIT/ CC / CE.:** **901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.** — **NIT/ CC / CE.:** **N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	7/01/2020
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos
Anticipo:	N.A.
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)	NOVIEMBRE	FINAL	

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Se suscribió el 07/01/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			El supervisor certifica que se cumplio el cronograma de trabajo durante el periodo
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			Se certifica la presentacion de informes parciales.
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 18932551 Cancelada 03/11/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			Se certifica que mensualmente con la presentacion de su factura, presenta informe de actividades
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	No se ha presentado modificaciones u Otro Si.
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	No se ha presentado modificaciones ni ampliacion de garantias.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			Se certifica el cumplimiento del objeto del contrato.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	No se han presentado irregularidade o in cumpliento hasta la fecha
12). Suscripción de acta de recibo final			X	Contrato aún vigente.

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 85.041.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 9.158.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social
Realizacion de examen de ingreso y egreso a personal.	Efectivamente realizó 8 de ingresos y 35 de egresos
Realizacion de examnes de reintegro	Efectivamente realizó 24 valoraciones por reintegro

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado, en el periodo del 01 al 30 de Noviembre de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO INFORME DE SEGUIMIENTO E INTERVENTORÍA	Código: F- GC- 024 Versión: 3 Fecha: 16/05/2017

Fecha:	05	01	2021
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	002-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.

Contratista:	**H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.**	**NIT/ CC / CE.:**	**901.040.109-3**
Interventor:	**N.A.**	**NIT/ CC / CE.:**	**N.A.**
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	7/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	TODAS LAS SEDES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".		

DATOS DEL RESPONSABLE			
NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADOR GESTION HUMANA**	**TEL. (Ext.):**	**5857777 EXT. 132/182**

INFORME SEGUIMIENTO:
A continuación se entrega informe acerca del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto fue ejercida por parte del Responsable y/o Interventor designado para tal efecto, por COMFACESAR, así:

TIPO DE INFORME	PARCIAL (MENSUAL)		FINAL	X

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	OBSERVACIONES
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Se suscribió el 07/01/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			El supervisor certifica que se cumplio el cronograma de trabajo durante el periodo
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			Se certifica la presentacion de informes parciales.
5). Verificación del pago de seguridad social y/o aportes parafiscales, conforme a la normatividad vigente (estos reposan en la Coordinación de Contabilidad anexo a la factura).	X			Planilla No 19329532 Cancelada 04/12/2020
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			Se certifica que mensulamente con la presentacion de su factura, presenta informe de actividades
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 2540261-1 expedida 07/01/2020 por Seguros Generales Suramericana S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.			X	No se ha presentado modificaciones u Otro Si.
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	No se ha presentado modificaciones ni ampliacion de garantias.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			Se certifica el cumplimiento del objeto del contrato.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado	X			No se han presentado irregularidade o in cumpliento hasta la fecha
12). Suscripción de acta de recibo final			X	Contrato liquidado el 05/01/2020 No requiere Acta de recibo final.

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 94.200.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 7.850.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 92.891.667,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 1.308.333,00

Además, el Responsable y/o Interventor verifica las actividades realizadas por el contratista bajo su dirección en el desarrollo del objeto contractual, de la siguiente manera:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
Realizó valoraciones medicas al personal relacionado con sintomas de pandemia.	Efectivamente cumplió con las valoraciones solicitadas
Acompañamiento permanente al personal de SST.	Apoyó permanente a todas las actividades de SST.
Afiliciacion del personal en misión contratado al Sistema Integral de Seguridad Social.	Paga mensualmente la planilla Integral de Seg. Social
Realizacion de examen de ingreso y egreso a personal.	Efectivamente realizó 1 de ingresos y 379 de egresos
Realizacion de examnes de reintegro	Efectivamente realizó 11 valoraciones por reintegro

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el 100% del servicio contratado. en el periodo del 01 al 31 de Diciembre de 2020.

Todas las declaraciones contenidas en el presente documento se entienden hechas bajo la gravedad de juramento.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

COMFACESAR	SISTEMA INTEGRADOS DE GESTIÓN FORMATO ACTA DE LIQUIDACIÓN	Codigo: F-J-002 Versión: 7 Fecha: 28/02/2018

Fecha: 5 (DIA) 1 (MES) 2021 (AÑO)

ODC Nº:		ODS No:		CONTRATO No:	002-2020	CONVENIO No:	

Objeto: (Se relaciona el objeto del contrato)
REALIZAR VALORACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO, DIRIGIDAS A TODO EL PERSONAL DE COMFACESAR.

Contratante:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR "COMFACESAR".	NIT/ CC / CE.:	892.399.989-8
Contratista:	H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.	NIT/ CC / CE.:	901.040.109-3
Interventor:	N.A	NIT/ CC / CE.:	N.A
Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA):	7/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2020.		
Modificación de la duración:	N.A.		
Valor inicial del Contrato:	Son: $94.200.000,oo Noventa y Cuatro Millones Doscientos Mil Pesos		
Valor final del Contrato:	Son: $92.891.667,oo Noventa y Dos Millones Ochocientos Noventa y Un Mil Seiscientos Sesenta y Siete Pesos		
Anticipo:	N.A.		
CDP Nº:	N.A.		
Lugar de ejecución:	COMFACESAR - VALLEDUPAR; CESAR.		

DATOS DEL RESPONSABLE

NOMBRE:	**LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS**		
CARGO:	**COORDINADORA GESTION HUMANA**	**TEL. 5857777**	**Ext. 132/182**

A los 05 días del mes de Enero del año 2021 se reunieron el señor FRANK DAVID MONETRO VILLEGAS identificado con la CC. Nº 79.521.215 expedida en Bogotá en calidad de Director Administrativo de la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR, la señora LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS identificada con la C.C. Nº 49.787.236 en calidad de Responsable de la presente contrato ,quién para efectos del presente documento se denominarán EL RESPONSABLE, por una parte; y por la otra, el señor CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARMENTA con el CC. Nº 15.173.753, quien actúa en calidad de Representante Legal de la sociedad H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S. Nit No 901.040.109-3, con el fin de liquidar de común acuerdo el contrato No 002-2020,suscrito el dia 07 de Enero de 2020.

Para tal efecto se deja constancia que el CONTRATISTA, en cumplimiento a lo estipulado en la cláusula SEXTA del contrato de la referencia, otorgó a favor de COMFACESAR, la póliza o garantía No 2540261-1 expedida el día 07 de Enero de 2020 por Seguros Generales Suramericana S.A; cuyos amparos definitivos son:

AMPAROS	NUMERO	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
		DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	2540261-1	7/01/2020	7/05/2021	$ 9.420.000
PAGOS DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	2540261-1	7/01/2020	31/12/2023	$ 4.710.000

I. BALANCE FINANCIERO:
De conformidad con lo establecido en la Cláusula VALOR Y FORMA DE PAGO, el Siguiente es el balance financiero del Contrato:

Valor del Contrato	$	94.200.000,00
Valor Adición	$	-
Valor total del Contrato	$	94.200.000,00
Valor cancelado al contratista a la firma de la presente acta	$	85.041.667,00
Multas y/o sanciones	$	-
Saldo pendiente por cancelar al Contratista	$	7.850.000,00
Saldo a liberar	$	1.308.333,00
Total valor ejecutado del Contrato	**$**	**92.891.667,00**

II. INFORMES:

INFORMES	PERIODO	FECHA
1	Enero	7/02/2020
2	Febrero	13/03/2020
3	Marzo	17/04/2020
4	Abril	8/05/2020
5	Mayo	2/06/2020
6	Junio	6/07/2020
7	Julio	3/08/2020
8	Agosto	1/09/2020
9	Septiembre	30/09/2020
10	Octubre	4/11/2020
11	Noviembre	11/12/2020
12	Diciembre	5/01/2021

Más de 12 informes: (ver ANEXO)

III. CUMPLIMIENTO:

El interventor y/o Responsable certifican que el objeto y las obligaciones derivadas del Contrato 002-2020,suscrito el día 07 de Enero de 2020. , fue ejecutado y recibido a entera satisfacción por parte de COMFACESAR.

El Responsable de constancia que se verificaron el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de salud, ARL y pensión, durante la vigencia del contrato, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas.
En atención a lo consignado en la presente Acta de Liquidación, las partes contratantes dan por liquidado el Contrato 002-2020, suscrito el día 07 de Enero de 2020, declarándose a PAZ y SALVO entre ellas, libre de todo apremio o desavenencia, por lo cual no se consignan observaciones u objeciones.

Forman parte de la presente Acta de Liquidación, los siguientes documentos:

1. Copia del Contrato y sus modificaciones.
2. Copia de la garantía única de cumplimiento y sus certificados de modificación.
3. Relación de pagos efectuados al contratista.
4. Actas parciales de recibo.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL RESPONSABLE

N.A.
EL INTERVENTOR

Carlos J Gonzalez D
EL CONTRATISTA

FIRMA AUTORIZADA

VIGILADO SuperSubsidio