LISTA DE CHEQUEO
DIVISIÓN JURÍDICA Y DE CONTRATACIÓN

COMFACESAR

PARA LA CELEBRACIÓN DE:

CONTRATO [X] CONVENIO [ ]

Modalidad: [Prestacion de servicios]

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

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

Valor del Contrato: [$ 308.750.000]

Contratista: [H&S Asesores y Consultores 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 SÍ [ ] 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. [ ]

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 Aranda

COMFACESAR	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN FORMATO SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CONTRATO	Código: F-GC-009 Versión: 4 Fecha: 15/05/2017

FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 09 MES 01 AÑO 2020

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.)

H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S., con N.I.T. No 901.040.109-3 ; Representante Legal es Carlos Alberto González Armenta, identificado con C.C. No 15.173.753.

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

El contratista se compromete a realizar 1625 exámenes de laboratorio y RX complementarios para posterior valoración medica de ingreso o retiro y periódica; para el personal que COMFACESAR indique, para la Vigencia del año 2020.

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

Estos exámenes deben realizar con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. Así mismo, para detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. Esto se realizan también con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones sobre esta materia contempladas en el Código Sustantivo de Trabajo.

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

- Realizar 1625 exámenes de laboratorio y RX complementarios para posterior valoración medica de ingreso o retiro y valoraciones medicas periódicas, para todo el personal en de las distintas áreas del Comfacesar.
- 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.
-Presentar listado de empleados con la rubrica de los mismos para acreditar que efectivamente se realizaron los exámenes.
- 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.
- 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).

$308.750.000,oo. Son: Trescientos Ocho Millones Setecientos Cincuenta Mil pesos; incluido IVA. Pagos mensuales por valor correspondiente a los exámenes realizados durante mes.

Origen de los recursos: Gastos de Administración, Fondos de Ley , Convenios de Cooperación, Saldos de Obra 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).

Después de la legalización del contrato, suscripción del acta de inicio y aprobación de las pólizas; 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, sí se cree conveniente las funciones específicas a cumplir).

Coordinador (a) de Gestión Humana.

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

Firma Persona Natural / Representante Legal	Oficina de Contratación
Orlus Gonzalez	Karen Aguardia

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

Valledupar, 30 de diciembre de 2019

Señores
COMFACESAR
Att. Dr. Andrés De La Hoz
Valledupar

Cordial saludo,

Por medio de la presente, pongo a su consideración, la siguiente propuesta de inversión para la realización de Actividades en Salud Ocupacional: Exámenes complementarios para exámenes de ingreso y de retiro del personal de su institución:

1. Exámenes de laboratorio: **$86.000**

Hemograma	$ 16.800
Glicemia	$ 9.600
Serología	$ 10.200
Perfil lípido con triglicéridos	$ 39.800
Parcial de orina	$ 9.600

2. Rx **$104.000**

Lumbosacra	$52.000
Tórax	$52.000

VALOR TOTAL POR PACIENTE: $190.000 CIENTO NOVENTA MIL PESOS M/CTE

Calle 19 B No. 9-74 centro
Celular 3183404914
Mail: eliorse_cdno@hotmail.com
Valledupar - Cesar

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

Los exámenes de laboratorio serán realizados en el Laboratorio Clínico Cristiam Gram, ubicado en el Centro Médico Penta, los Rx serán realizados en el Instituto Radiológico del Cesar.

En espera de poder prestar mis servicios,

Atentamente

CARLOS ALBERTO GONZALEZ
Gerente

Calle 19 B No. 9-74 centro
Celular 3183404914
Mail: eliorse_cdno@hotmail.com
Valledupar - Cesar

La salud es de todos Minsalud

CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

Código y Nombre del Prestador	2000101396 - LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM IPS S.A.S
Código y Nombre de la Sede	200010139603-LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM LAS DELICIAS

Fecha de vigencia del PRESTADOR para los servicios relacionados en este documento(dd/mm/aaaa):30/01/2020.

Servicios declarados en la Autoevaluación:

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Fecha de registro de Autoevaluación: 08/01/2019 8:22:42 p. m..

En caso de cualquier inquietud con la CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN comuniquese con la Secretaría Departamental de Salud del Cesar - Dirección:Transversal 18 No. 19-65 - Telefono(s):5801012 5712424 - Correo Electronico:habilitacion@saludcesar.gov.co

Fecha de impresión: martes 08 de enero de 2019 (8:22 p. m.).

Versión 2.0.

PRORADIOLOGIA

NIT: 901102358-8

CERTIFICA:

Que presta servicios radiológicos a la empresa H & S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.AS, identificado con Nit: 901.040.109-3 desde el 01 de enero de 2019.

Se firma en Valledupar a los ocho (08) días del mes de enero de 2020.

Cordialmente,

ALEXANDER GUERRA MIELES
Representante Legal

Cra. 15 No. 14-14 Piso 3 Valledupar - Cesar
proradiologia1@hotmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador	2000101396 - LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM IPS S.A.S				
Código y Nombre de la Sede	200010139601-LABORATORIOCLINICOCRISTIAM GRAM IPS S.A.S				
Departamento	CESAR	Municipio	VALLEDUPAR	Dirección	TRANSV 19 # 20-94 LOC 110 CENTRO MEDICO PENTA. Barrio: LAS DELICIAS.
Grupo del Servicio	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica				

712 - TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHS070506***

Verifique la información de este documento, ingresando a: http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHS070506

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Departamental de Salud del Cesar - Dirección:Transversal 18 No. 19-65 - Telefono(s):5801012 5712424 - Correo Electronico:habilitacion@saludcesar.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 01 - 09 - 2010 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 03 de abril de 2018 (5:27 p. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011, abril 3 de 2006 y sus normas reglamentarias.

Código interno MinSalud_PS:-449669244

Versión 2.0.

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

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CESAR.

INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL.

PROFESIONAL UNIVERSITARIO.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM IPS S.A.S, en su sede de prestador LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM LAS DELICIAS del municipio de VALLEDUPAR - departamento de CESAR, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CESAR y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	2000101396 - LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM IPS S.A.S				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:900373544-1	Nombre o razón social:	LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM IPS S.A.S		
Fecha de inscripción:	2010/09/01	Fecha de vencimiento:	2020/01/30	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:				Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	RAUL FERNANDO MATIZ RODRIGUEZ			Dirección administrativa:	TRASV 18# 20-94 LOCAL 110
Telefono:	5898015	Fax:	5898008	Email:	gerencia@labcristiamgram.com
Municipio:	VALLEDUPAR			Departamento:	CESAR

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	00000300	20100805	CAMARA DE COMERCIO	VALLEDUPAR

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

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	2000101396 01 - LABORATORIOCLINICOCRISTIAM GRAM IPS S.A.S				
Dirección:	TRANSV 18 # 20-94 LOC 110 CENTRO MEDICO PENTA			Barrio:	LAS DELICIAS
Telefono:	5898015-5898008	Fax:	5711874	Email:	contabilidad@labcristiamgram.com - gerencia@labcristiamgram.com
Gerente:	CARMEN EMILIA VEGA CASTILLA			Fecha de Apertura:	2010/09/01
Municipio:	VALLEDUPAR			Departamento:	CESAR

SEDE.

Código y Nombre Sede:	200010139603 - LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM LAS DELICIAS				
Dirección:	TRANSV 18 # 20-94 LOCAL 105 CENTRO MEDICO PENTA			Barrio:	LAS DELICIAS
Telefono:	3165217801	Fax:	5898015	Email:	gerencia@laboristiamgram.com
Gerente:	CARMEN EMILIA VEGA CASTILLA		Fecha de Apertura:		2012/09/13
Municipio:	VALLEDUPAR		Departamento:		CESAR

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20120913	DH3079584
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	20171115	DH3564615

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

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

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio
HOSP: Intramural Hospitalario
MOVI: Extramural Móvil
DOMI: Extramural Domiciliario
OTRA: Extramural Otros
CR: Telemedicina Centro Referencia
IR: Telemedicina Institución Remisora
BAJA: Complejidad Baja
MEDI: Complejidad Media
ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Camas y Salas.

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CESAR, de los Formularios de inscripción y novedades diligenciados por el prestador LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM IPS S.A.S, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016 y la Resolucion 2003 de 2014 ó las demás que la sustituyan, modifiquen o deroguen; así como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.

Dada el dia miércoles 09 de enero de 2019 (10:43 a. m.).

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
DEL CASANARE
Y CONTROL

PROFESIONAL UNIVERSITARIO.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Elaborado por el usuario del ente territorial: 20000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 20000REPS

Versión 1.0.

Fecha de impresión: miércoles 09 de enero de 2019 (10:43 a. m.).

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador	2000101396 - LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM IPS S.A.S				
Código y Nombre de la Sede	200010139601-LABORATORIOCLINICOCRISTIAM GRAM IPS S.A.S				
Departamento	CESAR	Municipio	VALLEDUPAR	Dirección	TRANSV 18 # 20-94 LOC 110 CENTRO MEDICO PENTA. Barrio: LAS DELICIAS.
Grupo del Servicio	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica				

741 - TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHS070507***

Verifique la información de este documento, ingresando a: http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHS070507

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Departamental de Salud del Cesar - Dirección:Transversal 18 No. 19-65 - Telefono(s):5801012 5712424 - Correo Electronico:habilitacion@saludcesar.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 23 - 03 - 2012 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 03 de abril de 2018 (5:28 p. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011, abril 3 de 2006 y sus normas reglamentarias.

Código interno MinSalud_PS:929074365

Versión 2.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador	2000101396 - LABORATORIO CLINICO CRISTIAM GRAM IPS S.A.S				
Código y Nombre de la Sede	200010139601-LABORATORIOCLINICOCRISTIAM GRAM IPS S.A.S				
Departamento	CESAR	Municipio	VALLEDUPAR	Dirección	TRANSV 18 # 20-94 LOC 110 CENTRO MEDICO PENTA. Barrio: LAS DELICIAS.
Grupo del Servicio	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica				

706 - LABORATORIO CLÍNICO

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHS070505***

Verifique la información de este documento, ingresando a: http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHS070505

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Departamental de Salud del Cesar - Dirección:Transversal 18 No. 19-65 - Telefono(s):5801012 5712424 - Correo Electronico:habilitacion@saludcesar.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 01 - 09 - 2010 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 03 de abril de 2018 (5:25 p. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011, abril 3 de 2006 y sus normas reglamentarias.

Código Interno MinSalud_PS:-1550715713

Versión 2.0.

	GOBERNACION DEL CESAR SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS COMISION DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL INFORME DE VISITA DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: Versión: Fecha: Página :1 DE 6

PRORADIOLOGIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS

OBJETIVO

PRESTADOR ANTIGUO

Informar el resultado de la verificación del cumplimiento y mantenimiento, de las condiciones de habilitación, que tienen los Prestadores de Servicios de Salud en el componente del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de conformidad con lo establecido en el Manual de Inscripciones de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, en el cual la Secretaria de Salud Departamental es la responsable de realizar Visita según lo establecido en el artículo 14 de la Resolución 2003 del 2014, el Decreto 780 de del 2016 y las normas que las modifiquen o sustituyan ó,

PRESTADOR NUEVO

Informar el resultado de la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación de las nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y /o de Nuevos Servicios de Urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, según el artículo 13 de la Resolución 2003 del 2014 en el cual la Secretaria de Salud Departamental es la responsable de realizar Visita de Verificación Previa dentro de su Jurisdicción, de conformidad con lo establecido en el Manual de Inscripciones de Prestadores, Habilitación de Servicios de Salud y base en la planeación que al respecto tenga el prestador según el parágrafo 1 de la mencionada Resolución.

REACTIVACION DE PRESTADORES

Informar el resultado de la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación a prestadores inscritos en el REPS que no realizaron la autoevaluación de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el REPS, dentro del término previsto según el artículo 10 de la Resolución 2003 del 2014.

DATOS DEL PRESTADOR

TIPO DE PRESTADOR (Seleccione marcando con una X)	Instituciones Prestadoras de [redacted]	Profesional Independiente de Salud	Servicio de Transporte Especial de Pacientes	Entidades con Objeto Social Diferente.
	X			

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR	**PRORADIOLOGIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS**		
NIT/ CEDULA	**901102358**	CODIGO DEL PRESTADOR	**2000102212-01**
CODIGO DE LA SEDE	-	NOMBRE DE LA SEDE	-
DIRECCION	Calle 13A # 13-44		
MUNICIPIO	**Valledupar**	TELEFONO	3104994537
		E: MAIL: proradiologia@hotmail.com	
REPRESENTANTE LEGAL	ALEXANDER JOAQUIN GUERRA MIELES		
FECHA DE INICIO DE VISITA	**7 DE DICIEMBRE DE 2018**	**FECHA DE TERMINACION DE VISITA**	**7 DE DICIEMBRE 2018**
SERVICIOS INSCRITOS (mencione cuales)	**719-ULTRASONIDO**		
SERVICIOS PRESTADOS SIN HABILITACION (mencione cuales)	-		
SERVICIOS HABILITADOS NO PRESTADOS (para prestadores antiguos mencione cuales)	-		

TIPO DE VISITA

Mantenimiento de las condiciones de habilitación		**Visita de verificación previa**	**X**
Visita de Reactivación			

PRORADIOLOGIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS

PROCESO METODOLOGICO EJECUTADO.

La Entidad Departamental en Salud cumplió los pasos relacionados a continuación para la visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación para los prestadores antiguos o visita de verificación previa para los prestadores, servicios nuevos, o reactivación.

ETAPA DE PREPARACIÓN: una vez la dirección Departamental incluyó al prestador anteriormente citado en el Plan de Visita con el fin de verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación (**en el caso de instituciones antiguas**) o incluyó en el cronograma la visita del servicio o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ha solicitado el ingreso al Sistema Nacional de Salud (**en el caso de instituciones, servicios nuevos, Reactivación de prestadores o servicios**) que aplique visita de verificación previa según lo descrito en el art 13 de la resolución 2003 de 2014.

El equipo de verificadores de la Oficina de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaria de Salud Departamental, preparó con anterioridad los aspectos que se auditaron durante la visita, con base en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

La visita de verificación fue notificada al Prestador de Servicios de Salud como mínimo con un (1) día de antelación.

ETAPA DE EJECUCIÓN DE LA VISITA:

Reunión inicial: En la sede del prestador se presentaron formalmente el grupo designado por el prestador el cual se reunieron con el grupo de verificadores de la Dirección Departamental de Salud del Cesar, se explicaron los objetivos y realizados, se leyeron los datos del prestador los cuales fueron tomados del REPS, se compararon los servicios declarados con los servicios que efectivamente ofrecían o inscribieron. Los verificadores registraron las diferencias en el caso que las hubiera, para realizar las acciones de inspección, vigilancia y control correspondientes.

Se presentó la agenda preliminar y se definió conjuntamente con el equipo designado por el prestador el recorrido por las instalaciones, el recorrido se diseñó de manera que se generó el menor traumatismo posible en las actividades asistenciales y la revisión de todos los estándares y condiciones de habilitación de acuerdo al tipo de prestador.

Se dió por iniciada la visita de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación de Servicios de Salud con los miembros que firmaron el acta de visita.

Desplazamiento por las áreas del prestador: se explicó al prestador que el grupo de verificadores respetaría las condiciones de desplazamiento y acceso a las diferentes áreas del prestador sin que ello implicara la negación del acceso a ningún área que se requiriera para la verificación de los estándares de habilitación.

Se informó al prestador que según el Artículo 17 de la Resolución 2003 del 2014 cita "**Gratuidad**. La inscripción de prestadores de servicios de salud y la habilitación de servicios de salud en el REPS, el reporte de novedades y **las visitas son trámites gratuitos**"

Reunión final: Una vez se finalizó la revisión de todas las condiciones de habilitación, se reunieron nuevamente el grupo de la Entidad Departamental de Salud y el grupo designado por el prestador incluyendo el director de la institución o su delegado, y se firmó la respectiva acta de acuerdo con el formato diseñado para el efecto, dejándole una copia al prestador.

PRORADIOLOGIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS

ETAPA FINAL: El equipo verificador elaboró y presentó el informe en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de terminación de la visita, con el resultado de los criterios evaluados en la visita de verificación de condiciones bajo la resolución 2003 de 2014 y demás normas que las modifiquen o sustituyan al líder de Inspección Vigilancia y Control de la Secretaria de Salud Departamental del cesar.

La Entidad Departamental, registró en el formato de visitas del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), los resultados de la visita en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de terminación de la visita y remitió al prestador copia del informe final.

La Entidad Departamental de Salud, archivó adjunto al Informe de visita el acta y los formatos de verificación diligenciados en su totalidad los cuales son los soportes del resultado.

El incumplimiento de las condiciones de habilitación determinará las sanciones administrativas de conformidad con el artículo 577 y siguientes la Ley 9 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Para los casos de la visita de verificación previa en donde el prestador o el servicio no cumplió con las condiciones de habilitación establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de los Servicios de Salud, la secretaria de salud departamental del cesar registró en el REPS los resultados del no cumplimiento, por lo tanto el prestador deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio, en los términos definidos en el Parágrafo 2 del artículo 13 de la resolución 2003 de 2014.

MARCO LEGAL

Lo previsto en el Decreto 780 de 2016, Resolución 2003 de 2014, Resolución 4445 de 1996 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

RESULTADO DE LA VERIFICACION

COMPONENTE 1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: CUMPLE

I. **CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA: CUMPLE**

- ✓ El prestador presenta certificado de existencia y representación legal vigente expedido por la Cámara de Comercio.
- ✓ Existe concordancia entre el nombre o razón social de la institución con el nombre o razón social registrada en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

II. **CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA: CUMPLE**

- ✓ Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, se evidencian con estados financieros certificados por el contador de la institución, lo cual posibilita la estabilidad financiera, competitividad dentro del área de influencia, liquidez y el cumplimiento de sus obligaciones.

III. **CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA: CUMPLE**

1. **TALENTO HUMANO: CUMPLE**

- ✓ El prestador aporta las hojas de vida del recurso humano requerido y exigido en la resolución 2003 de 2014 para iniciar con la prestación del servicio de salud inscrito verificado, dichas hojas de vidas cuentan con todos los soportes exigidos para dichos servicios y con la autorización expedida por la autoridad competente para ejercer su ocupación.

PRORADIOLOGIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS

2. INFRAESTRUCTURA: CUMPLE

✓ El prestador cuenta con las condiciones y áreas asistenciales para el servicio inscrito verificado, según lo establecido en la resolución 2003 de 2014 y resolución 4445 de 1996.

3. DOTACION: CUMPLE

✓ El prestador cuenta con la dotación exigida para el servicio inscrito verificado, lo cual cuenta con los soportes técnico – científicos de cada equipo, además se evidencia la planeación del mantenimiento, sujetos a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo para cumplir con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes.

4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS: CUMPLE

✓ El prestador tiene el registro con la información de todos los medicamentos y dispositivos médicos requeridos para la prestación del servicio inscrito verificado, lo cual corresponde a la adecuada gestión de los medicamentos y dispositivos médicos en la institución.

5. PROCESOS PRIORITARIOS: CUMPLE

✓ Cuenta con todos los procesos documentados exigidos para el servicio inscrito verificado.
✓ Se evidencia un programa de seguridad del paciente que provee una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos que incluye los capítulos exigidos en la resolución 2003 de 2014 y demás procesos exigidos para todos los servicios.
✓ Se evidencias las guías clínicas de atención adoptadas para el servicio inscrito verificado.

Lo anterior le permite a la institución el desarrollo de procesos estandarizados, los cuales constituyen una herramienta fundamental, siendo estos una evidencia científica para que los profesionales de la salud puedan prestar servicios con calidad minimizando el menor riesgo posible en el servicio inscrito verificado.

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS: CUMPLE

✓ La institución tiene definido los procesos para la utilización de los registros requeridos en el servicio inscrito verificado.
✓ Cuenta con el procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud.
✓ Se cuenta con el formato de registros con el nombre de los pacientes que van a ser atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del paciente que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado.

7. INTERDEPENDENCIA: NO APLICA

PRORADIOLOGIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS

Tabla 1. Resultado Por Estándar/Capacidad Tecnológica y Científica.

	C	NC	NV	NA
TALENTO HUMANO	X			
INFRAESTRUCTURA	X			
DOTACION	X			
MEDICAMENTOS,DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS	X			
PROCESOS PRIORITARIOS	X			
HISTORIAS CLINICAS Y REGISTRO	X			
INTERDEPENDENCIA				X
TOTAL	**6**			**1**

Convenciones: C: Cumple NC: No cumple NV: No Verificado NA: No Aplica

Tabla 2. Resultado Por Servicio/Capacidad Tecnológica y Científica.

CODIGO DEL SERVICIO	SERVICIO	TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	DOTACIÓN	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS	PROCESOS PRIORITARIOS	HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS	INTERDEPENDENCIA
719	ULTRASONIDO	C	C	C	C	C	C	NA

OBSERVACIONES GENERALES:

- ✓ Se Habilitan los servicios inscritos verificados, dado al cumplimiento de las condiciones suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico administrativa y capacidad técnico científica, el cual cumple en el momento de la visita previa de verificación con base en la planeación de los criterios exigidos en la resolución 2003 de 2014 y demás normas que las modifiquen o sustituyan aplicadas para los servicios inscritos.

- ✓ Cabe resaltar que la Secretaria de Salud departamental, desde la oficina de Inspección Vigilancia y Control – IVC, está disponible para resolver cualquier inquietud correspondiente a las exigencias normativas para el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación.

PRORADIOLOGIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS

Tabla 3. Resultado General Componente del Sistema Único De Habilitación.

RESULTADO	SI	NO	SERVICIOS
Habilitado	X		719-ULTRASONIDO
Certificado			
Imposición de Medida Preventiva			
Levantamiento de Medida preventiva			
Levantamiento Sanción o Cierre			

COMPONENTE 2. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC):

- ✓ Se evidencia que la institución tiene definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud – PAMEC- .

COMPONENTE 3. SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD:

- ✓ El prestador tiene definido los mecanismos que se utilizaran para reportar los indicadores de calidad y los que sean solicitados por los diferentes entes en los plazos definidos.

FIRMA DE LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN VERIFICADORA DE LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD:

FIRMA COORDINADOR DE LA COMISIÓN
NOMBRE: INGRID NATALY MAURNO
C.C. 1.116.776.275

FIRMA MIEMBRO DE LA COMISIÓN
NOMBRE: ALVARO ALFONSO ACUÑA ARIZA
C.C. 79.533.933

FIRMA MIEMBRO DE LA COMISIÓN
NOMBRE: INGRID CABAS CORDOBA
C.C.: 49.790.963

FIRMA MIEMBRO DE LA COMISIÓN
NOMBRE: CARLOS MADRID
C.C.: 78.689.896

Tabla 4. Tipo de acción.

TIPO DE ACCION JURIDICA	SI	NO
Inicio de Investigación Administrativa P/P Lucia Vélez Líder IVC		

CC. Secretario de salud

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	901040109191231092852

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 de 6 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	151737531912310931 37

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

Download the Consolidated Non-SDN List

Visit The OFAC Website

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

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

Download the Consolidated Non-SDN List

Visit The OFAC Website

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 D 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

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 13 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
901040109	3	Impuestos y Aduanas de Valledupar 24	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social: H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cesar 20	Valledupar 001

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		3157216803	

CLASIFICACIÓN

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
8621	2016 12 29	7020	2016 12 29	8691			

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	14	48																					

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

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2019 08 23

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 SIN COSTO CERTIFICADO

INDICE DERECHO

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

Con fundamento en las matrículas 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, GINECOLOGIA, 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 TOMETRIA 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 IMPORTAR 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 PUEDAN 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, ACEPTAR, 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

LA 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, resando 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

IDENTIFICACION	DV	RAZON SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	CORREO	CIUDAD - DEPARTAMENTO	CELULAR
NI 901040109	3	HYS ACCIONES Y CONSULTORIAS SAS	B	0	ellorse_cdno@hotmail.com	20-1	3003749614

NUMERO PLANILLA	17040654
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	17040654

PAGO HASTA	DIAS EN 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 DE APORTANTE

IDENTIFICACION	DV	RAZON SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	DIRECCION	DEPARTAMENTO	TELEFONO
NI 901040109	3	HYS ACCIONES Y CONSULTORIAS SAS	B	0	Cra 19A N 6C 49 BARRIO LOS M	20-1	3157216803

DATOS GENERALES DE LIQUIDACION

PERIODO PENSION	PERIODO SALUD	NUMERO ID	PLANILLA	TIPO	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	FECHA PAGO	BANCO	DIAS MORA	VALOR
2019-12	2020-01	901040109	17040654	E	17040654	2019-12-24	BANCO CAJA	0	$ 415.200

RESUMEN DE PAGO

ENTIDADES	Codigo	NIT	DV	FOLIOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA NO APLICADAS	VALOR A PAGAR
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES				2	$265.000	$0	$0	$0	$265.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	$132.500	$0	$0	$0	$132.500

ENTIDADES	CODIGO	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
2 EPS Administradoras				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				2	$17.400	$0	$0	$0	$17.400
ARL SURA	14-11	890903790	5	2	$17.400	$0	$0	$0	$17.400
CCF Administradoras				2	$66.400	$0	$0	$0	$66.400
COMFACESAR	CCF15	892399989	8	2	$66.400	$0	$0	$0	$66.400
TOTA					$132.200	$0	$0	$0	$132.200

PAGADO

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 007 DE 2020, CELEBRADO ENTRE COMFACESAR Y H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S.

OBJETO: REALIZAR 1625 EXÁMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACIÓN MÉDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIÓDICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.

VALOR: TRESCIENTOS OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE ($308.750.000)

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 1625 EXÁMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACIÓN MÉDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIÓDICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020. **SEGUNDA.-VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor de este contrato es hasta la suma de **TRESCIENTOS OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE ($308.750.000),** incluido el IVA si a ello hubiere lugar, los cuales se cancelarán en mensualidades vencidas de acuerdo a los exámenes efectivamente realizados, conforme a los valores establecidos en la propuesta adjunta y previa presentación de la cuenta de cobro o factura a **COMFACESAR** Con el recibido a satisfacción del Responsable. 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) Todo según las políticas de pago de **COMFACESAR. 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 $ 308.750.000. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Con la suscripción de este documento, queda sin efecto cualquier negociación

COMFACESAR, Telefonos: 5857777- 5743795 FAX: 5745833
Carrera 9 # 16 A - 48, NIT 892399989-8 - Valledupar, Cesar, Colombia
www.comfacesar.com

ISO 9001 Icontec
IQNet
VIGILADO Super Subsidio

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.** Cumplir con el objeto contractual dentro del tiempo establecido en el presente contrato. **2.** Realizar 1625 exámenes de laboratorio y RX complementarios para posterior valoración médica de ingreso o retiro y periódica para el personal que **COMFACESAR** indique para la vigencia del año 2020. **3.** Garantizar la calidad en la prestación del servicio y el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de salud. **4.** Aportar con cada cuenta de cobro o factura la constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral. **5.** Resolver las consultas que formule **COMFACESAR** y hacer las observaciones que estime pertinentes. **6.** Constituir las garantías estipuladas en la cláusula sexta de este contrato, a favor de entidades particulares y allegarlas a la División Jurídica y de Contratación firmada por el tomador y con el recibo de pago original. **7.** Comunicar a **COMFACESAR** cualquier incompatibilidad e inhabilidad sobreviniente o conflicto de intereses que se produzcan en desarrollo de la actividad contractual. **8.** Cumplir con la totalidad de las obligaciones laborales y contractuales aplicables a los trabajadores que utilice en desarrollo del presente contrato. En consecuencia, a **COMFACESAR** no le corresponde ninguna obligación ni asume responsabilidad solidaria alguna. **9** Renovar la matrícula mercantil dentro del primer trimestre del año 2020, de conformidad con el artículo 33 del Código de Comercio. **10**. Guardar absoluta reserva y confidencialidad sobre la información que maneje en desarrollo del presente contrato. **11.** Cumplir todas aquellas obligaciones esenciales y naturales para el correcto funcionamiento del contrato. **12.** Presentar listado de empleados con la rúbrica de los mismos para acreditar que efectivamente se realizaron los exámenes. **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 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

ISO 9001 icontec
IQNet
VIGILADO Supersubsidio

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 diez (10) días del mes de enero de dos mil veinte (2020).

5

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.**

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

PARTICULAR

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VALLEDUPAR	AGENCIA VALLEDUPAR	47	47-45-101003023	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
13	01	2020	10	01	2020	00:00	31	12	2023	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S	NIT: 901.040.109-3

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
20	VALLEDUPAR, CESAR	7216803

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR COMFACESAR	NIT: 892.399.989-8

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 9 16 A 48 CEN BRR CENTR	VALLEDUPAR, CESAR	5857777

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-002A REDIS FEBRERO 2013, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR PARTE DEL AFIANZADO, MEDIANTE CONTRATO No.007 QUE TIENE COMO OBJETO REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO	10/01/2020	01/05/2021	$30,875,000.00
SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	10/01/2020	31/12/2023	$15,437,500.00

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR
COMFACESAR
ASESOR JURÍDICO

ACLARACIONES

APROBADA: 47-45-101003023

FECHA: 13-01-2020

Karen Acevedo

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****305,154.00	$ *******7,000.00	$ ******59,309.00	$ **********371,464.00	$ *******46,312,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
RG ASESORIAS Y SEGUROS LTDA.	154019	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5850069 - VALLEDUPAR

47-45-101003023

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Nit: 860.009.578-6

77099980211670020278 12

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

RECIBO DE PAGO Nº: 12000020278129

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA	
29/01/2020	

RECIBIMOS DE: H&S ACCIONES Y CONSULT — NIT. 901.040.109

LA SUMA DE: Trescientos setenta y un mil cuatrocientos sesenta y cuatro pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101003023

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
AGENCIA VALLEDUPAR - 45 - 101003023 - 0 - 0	$ 312.155,00		$ 59.309,00	$ 371.464,00

FORMA DE PAGO

Bancolombia - Cuenta Nro. 47189 $ 371.464,00

EFECTIVO:	$ 0,00
CHEQUE:	$ 0,00
TARJETA:	$ 0,00
BD:	$ 371.464,00
OTROS:	$ 0,00

TRANSACCION: 2027812

TOTAL: $ 371.464,00

CAJERO: PAGUESTADO

2020/01/29 15:57

167.0.57.106

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

Fecha:	13	1	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC Nº:		ODS No:		CONTRATO No:	007-2020	CONVENIO No.	

Objeto: (Se relaciona el objeto del contrato)

REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS, PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.

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):	13/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor del contrato:	Son: $308.750.000,oo Trescientos Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 **13** 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 47 - 45 - 101003023** expedida el día **13 de Enero de 2020** por **Seguros del Estado S.A.**; cuyos amparos definitivos son:

AMPAROS	NUMERO	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
		DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	47 - 45 - 101003023	10/01/2020	1/05/2021	$ 30.875.000
PAGOS DE SALARDS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	47 - 45 - 101003023	10/01/2020	31/12/2023	$ 15.437.500

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°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	

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):	13/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado 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:	$ 308.750.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 34.580.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 34.580.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 274.170.000,00

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 182 examenes de laboratorios y RX complementarios para ingreso y retiro de personal.	Efectivamente se realizaron los examanes solicitados al personal
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 13 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°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	
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):	13/01/2020
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado 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:	$ 308.750.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 44.964.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 79.544.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 229.206.000,00

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 182 examenes de laboratorios y RX complementarios para ingreso y retiro de personal.	Efectivamente se realizaron los examanes solicitados al personal
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	04	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	
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):	13/01/2020
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado 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:	$ 308.750.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 4.940.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 84.484.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 224.266.000,00

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 26 examenes de laboratorios y RX complementarios para ingreso y retiro de personal	Efectivamente se realizaron los examanes solicitados al personal
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:	30	04	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	

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):	13/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado 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 Cancelada**
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:	$ 308.750.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 0,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 84.484.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 224.266.000,00

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 26 examenes de laboratorios y RX complementarios para ingreso y retiro de personal	Efectivamente se realizaron los examanes solicitados al personal
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°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	

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):	13/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Suscrita el 13/01/2020
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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado 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:	$ 308.750.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 570.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 85.054.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 223.696.000,00

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
Realizacion de examenes de laboratorios y RX complementarios para ingreso y retiro de personal	Efectivamente se realizaron 3 examanes solicitados al personal
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 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°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	
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):	13/01/2020
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Suscrita el 13/01/2020
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 mensualamente 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, matriculas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Poliza No 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado 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:	$ 308.750.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 48.070.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 133.124.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 175.626.000,00

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
Realizacion de examenes de laboratorios y RX complementarios para ingreso.	Efectivamente se realizaron 3 examenes completarios por ingreso
Realizacion de examenes de laboratorios y RX complementarios para egreso.	Efectivamente se realizaron 20 examenes completarios por egreso
Realizacion de examenes de laboratorios y RX complementarios periodicos.	Efectivamente se realizaron 209 examenes completarios periodicos
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 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°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	
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):	13/01/2020
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Suscrita el 13/01/2020
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 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro sí.			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:	$ 308.750.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 12.540.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 145.664.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 163.086.000,00

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
Realizacion de examenes de laboratorios y RX complementarios para ingreso.	Efectivamente se realizaron 3 examenes completarios por ingreso
Realizacion de examenes de laboratorios y RX complementarios para egreso.	Efectivamente se realizaron 20 examenes completarios por egreso
Realizacion de examenes de laboratorios y RX complementarios periodicos.	Efectivamente se realizaron 209 examenes completarios periodicos
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 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:	07	09	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC N°:		ODS N°:		CONTRATO N°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	

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):	13/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Suscrita el 13/01/2020
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 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado 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:	$ 308.750.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 2.045.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 147.709.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 161.041.000,00

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
Realizacion de examenes PCR (Hisopado).	Efectivamente se realizaron 5 examenes PCR (Hisopado).
Realizacion de pruebas rapidad COVID-19 (Tamizaje).	Efectivamente se realizaron 6 pruebas rapidad COVID-19 (Tamizaje).
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 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

CGH-170

Valledupar, Octubre 09 de 2020.

Doctor
VICTOR MANUEL RUEDA RODRIGUEZ
Jefe de la División Jurídica y de Contratación
COMFACESAR

Cordial saludo.

Solicito a usted realizar adición en el monto al contrato N° 007 de 2020, celebrado con H&S Acciones y Consultorías S.A.S.; cuyo objeto es: "realizar 1625 exámenes de laboratorio y RX complementarios para posterior valoración médica de ingreso o retiro y periódica; para el personal que COMFACESAR indique, para la Vigencia del año 2020."

Valor inicial del contrato: $308.750.000
Monto de la Adición: $174.040.000
Valor total del contrato $482.790.000

Justificación:
Se solicita adición presupuestal al contrato; para atender temas referentes a la pandemia de COVID19; debido a la ejecución de actividades de prevención y sensibilización con todos los funcionarios de la Caja; las cuales no estaban contempladas dentro del contrato inicial.

Anexo: Copia de correo de verificación de origen de los recursos

Agradezco su acostumbrada colaboración.

Atentamente,

LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS
Coordinadora Gestión Humana

VIGILADO SUPERSUBSIDIO

13/10/2020


Sevenet V 4.5 - COMFACESAR - Mozilla Firefox
90.3.3.9:8090/docusevenet/ver_detalle_interna.php?id_interna=...
Correspondencia Leída
Marcada como Leída
Fecha de Radicación 09/10/2020
Hora de Radicación 12:17 PM
Sede Administrativa
Vigencia 2020
Consecutivo 3745
Folios
Resumen ORIGEN DE LOS RECURSOS ADICCIÓN H&S.
Remitentes:
USUARIO CARGO DEPENDENCIA
CUADRADO HERRERA LISBETH PATRICIA Coordinador(a) de Presupuesto Coordinacion de presupuesto
Destinatarios
Nombre Dependencia
DE LA HOZ ROSADO ANDRES AVELINO 1110900-Division Financiera (Sede: Administrativa) (Original)
KARELIS VEGA MOLINA 1110900-Division Financiera (Sede: Administrativa) (Copia)
JUAN PABLO CURVELO 1110050-Coordinacion de Gestion Humana (Sede: Administrativa) (Copia)
RAMOS RAMOS LILIAN PAOLA 1110050-Coordinacion de Gestion Humana (Sede: Administrativa) (Copia)
'Memorando Interno'
Diligenciada por el usuario que despachó la correspondencia.
Consecutivo Interno 2020 - 2306
FECHA 09/10/2020
DE: LISBETH CUADRADO
PARA: ANDRES AVELINO DE LA HOZ ROSADO
CONTENIDO Esta corporación cuenta con los recursos disponibles en el presupuesto 2020 para realizar adicción al contrato No 007-2020 con H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS SAS. NIT 901.040.109. Por concepto de realizar 1625 exámenes de laboratorios y RX complementarios, para posterior valoración médica de ingreso o retiro y periódica para el personal de COMFACESAR para la vigencia 2020. Origen de los Recursos: Gastos de Administración, Centro de Costo: 0505, 0517, 0511, 0513, 0522, 0520, 0521, 0510, 0518, 0523, 0524, 0540, 4001, 0516, 0525, 0530, 0535, 0519, 0512, 6001, 5001, 5006, 5511; Gastos Distribuidos, Centro de Costo: 7001, 7005, 7010, 7013, 7011, 7014, 7009, 7012, 7015, 7016; Saldo de Obra y Programas de Beneficio Social, Centro de Costo: 5521, 4501, 4502, 4503, 4504, 4001, 4601, 4602, 4603, 4604, 4701, 4702, 4703, 5505, 5528, 5508, 5506, 5507, 5501, 5527, 5502, 5505; Convenios de Cooperación, Centro de Costo: 5002, 7035, 7034, 7018, 7019, 7020, 7021, 7022, 7038, 7039, 7040; Fondos de Ley, Centro de Costo: 7032, 7023. Valor: $ 174.040.000.
FIRMA LISBETH CUADRADO HERRERA
ADJUNTO
ADJUNTO2
ESP
1:47 p. m.
9/10/2020

COMFACESAR	SISTEMA INTEGRADOS DE GESTIÓN FORMATO ADICIÓN DEL CONTRATO	Código:F-J-006 Versión: 8 Fecha: 28/02/2018

Fecha:

13	10	2020
DIA	MES	AÑO

ODC Nº:		ODS No:		CONTRATO No:	007/2020	CONVENIO No:	

Objeto: (Se relaciona el objeto del contrato)

REALIZAR 1625 EXÁMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACIÓN MÉDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIÓDICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.

Contratista:	H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S	**NIT/ CC.:**	901.040.109-3
Interventor:	NA	**NIT/ CC.:**	NA
Duración:	DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020		
Fecha de Inicio:	13 DE ENERO DE 2020		
Fecha de terminación:	31 DE DICIEMBRE DE 2020		
Valor:	TRESCIENTOS OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE ($308.750.000)		
Lugar:	VALLEDUPAR - CESAR		

DATOS DEL RESPONSABLE

NOMBRE:	LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS		
CARGO:	COORDINADORA GESTIÓN HUMANA.	**TEL. (Ext.):**	5857777/132-182

Los suscritos **FRANK DAVID MONTERO VILLEGAS,** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.521.215 expedida en Bogotá, actuando como Director Administrativo quien representa a la Caja de Compensación Familiar del Cesar - COMFACESAR LILIAN PAOLA RAMOS RAMOS, identificada con la cédula de ciudadanía número 49.787.236, quien obra como RESPONSABLE; y **CARLOS ALBERTO GONZALEZ ARMENTA,** mayor de edad, quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 15.173.753 de Valledupar,actuando en calidad de Gerente de la sociedad **H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S,** particularizada con NIT No: 901.040.109-3 quien actúa en calidad de CONTRATISTA; se reunieron para concertar una adición en valor del contrato de prestación de servicios número 007 suscrito el día 10 de enero de 2020.

El acto se protocoliza en las siguientes cláusulas:

1. CONSIDERACIONES:

1.1 Que el día 10 de enero de 2020, **COMFACESAR** y **H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S,** suscribierón Contrato de Prestación de Servicios No. 007 de 2020, con el fin de realizar 625 exámenes de laboratorio y rx complementarios para posterior valoración médica de ingreso o retiro y periódica para el personal que comfacesar indique para la vigencia del año 2020.
1.2. Que de acuerdo a lo establecido en la clausula segunda del contrato referenciado, se pactó como valor la suma de **TRESCIENTOS OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE ($308.750.000).**
1.3. Que mediante oficio recibido el día 13 de Octubre de 2020, La Coordinadora de Gestión Humana en calidad de Responsable solicitó a la Oficina Jurídica y de Asuntos Corporativos realizar adición por la suma de suma **CIENTO SETENTA Y CUATRO MILLONES CUARENTA MIL PESOS M.L ($174.040.000)** argumentando, que se requieren para atender temas referentes a la pandemia ocasionada por la COVID 19, debido a las actividades de prevención y sensibilización de todos los funcionarios de la caja, las cuales no estaban contempladas dentro del contrato inicial.
1.4. Que la Oficina Jurídica y de Asuntos Corporativos conforme a lo estipulado en el artículo 36 del manual de contratación considera viable la adición en valor del mencionado contrato y en consecuencia las partes acuerdan:

PRIMERA.- ADICIÓN EN VALOR: Modificar de mutuo acuerdo el valor del contrato, al cual se le adicionará la suma **CIENTO SETENTA Y CUATRO MILLONES CUARENTA MIL PESOS M.L ($174.040.000)** más a los pactados mediante contrato principal de Prestación de Servicio suscrito el 10 de enero de 2020. El nuevo valor del contrato es **CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL PESOS ($482,790,000).**

SEGUNDA.- GARANTÍAS: En atención a lo dispuesto en la **cláusula SEXTA** del contrato principal de Prestación de Servicios 007 de 2020, el Contratista deberá ampliar la vigencia de cada una de las garantías constituidas en el mismo, en atención a la adición contenida en el presente documento.

TERCERA.- INMODIFICABILIDAD: Las demás cláusulas y condiciones pactadas en el contrato principal dePrestación de Servicios 007 de 2020, no se modifican y continúan vigentes para la ejecución del presente documento.

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

EL RESPONSABLE

EL CONTRATISTA

N.A.

EL INTERVENTOR

FIRMA FACULTADO

VIGILADO Supersalud

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

PARTICULAR

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VALLEDUPAR	AGENCIA VALLEDUPAR	47	47-45-101003023	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	10	2020	10	01	2020	00:00	31	12	2023	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S	NIT: 901.040.109-3
DIRECCIÓN: 20	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO: 7216803

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR COMFACESAR	NIT: 892.399.989-8
DIRECCIÓN: KR 9 16 A 48 CEN BRR CENTR	CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	TELÉFONO 5857777
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-002A REDIS FEBRERO 2013, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR PARTE DEL AFIANZADO, MEDIANTE CONTRATO No.007 QUE TIENE COMO OBJETO REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CESAR
COMFACESAR
ASESOR JURÍDICO

APROBADA: 47-45-101003023

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

FECHA 15-10-2020

FIRMA

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO	10/01/2020	01/05/2021	$48,279,000.00	$30,875,000.00
SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	10/01/2020	31/12/2023	$24,139,500.00	$15,437,500.00

ACLARACIONES

SE EXPIDE EL PRESENTE ANEXO SEGUN ADICION DEL CONTRATO DE FECHA 13/10/2020.

ADICION VALOR ; 174.040.000

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****112,148.00	$ *******7,000.00	$ ******22,638.00	$ **********141,786.00	$ *******72,418,500.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
RG ASESORIAS Y SEGUROS LTDA.	154019	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5850069 - VALLEDUPAR

47-45-101003023

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NO EFECTURAR RETENCION EN LA FUENTE * RESPONSABLE DE IVA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

PARTICULAR

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
VALLEDUPAR	AGENCIA VALLEDUPAR	47	47-45-101003023	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	10	2020	10	01	2020	00:00	31	12	2023	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S			NIT: 901.040.109-3
DIRECCIÓN: 20	**CIUDAD:** VALLEDUPAR, CESAR	**TELÉFONO:**	7216803

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR COMFACESAR			NIT: 892.399.989-8
DIRECCIÓN: KR 9 16 A 48 CEN BRR CENTR	**CIUDAD:** VALLEDUPAR, CESAR	**TELÉFONO:**	5857777

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5850069 - VALLEDUPAR

47-45-101003023

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Datos de la póliza

Estado:

Vigente

Número de póliza:

47-45-101003023

Número de anexo:

1

Fecha de expedición:

jueves, 15 de octubre de 2020

Ramo:

CUMPLIMIENTO PARTICULAR

Asegurado:

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR COMFACESAR

Tomador:

H&S ACCIONES Y CONSULTORIAS S.A.S

Inicio de vigencia:

jueves, 15 de octubre de 2020

Fin vigencia:

domingo, 31 de diciembre de 2023

Valor total asegurado:

$72.418.500,00

Consultar de nuevo

Para mayor información y validación final de su consulta puede:

- Comunicarse en Bogota con las líneas:
  - · Pólizas ramo **Automóviles**: (1) 218 6977 ext 311 (tel:+5712186977,311)
  - · Pólizas ramos **Generales**: (1) 218 6977 ext 522 (tel:+5712186977,522)
  - · Pólizas ramo **Fianzas - Cumplimiento**: (1) 691 9122 ext 107 (tel:+5716919122,107)
  - · Pólizas ramo **Responsabilidad civil para vehículos de servicio público de pasajeros**: (1) 644 9660 ext 157 (tel:+5716449660,157)-159 (tel:+5716449660,159)-163 (tel:+5716449660,163)
  - · Pólizas ramos **Vida**: (1) 316 3950 (tel:+5713163950)
  - · Pólizas ramo **SOAT**: (1) 620 1496 (tel:+5716201496) en Bogotá y 01 8000 112077 para el resto del país.

    Para más información de SOAT, comuníquese al (1) 307 8288 (tel:+5713078288)
- Dirigirse a la Gerencia en cualquiera de nuestras oficinas (http://www.segurosdelestado.com/pages/Nuestras-Oficinas) a nivel nacional.

‹ Regresar

Copyright © 2016. Todos los derechos reservados
por **Seguros del Estado**

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°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	

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):	13/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Suscrita el 13/01/2020
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			Actualizacion de Poliza No 47-45-101003023 expedida 15/10/2020 por Seguros del Estado S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.	X			Se firma Otro Si el dia 13/10/2020 por adicion al monto inical, por valor de $174,040,000
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.	X			Actualizacion de Poliza No 47-45-101003023 expedida 15/10/2020 por Seguros del Estado S.A.
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:	$ 482.790.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 20.300.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 406.124.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 76.666.000,00

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
Realizar examenes complemetarios de PCR (Hisopado)	Efectivamente realizó 54 pruebas PCR
Realizar examenes de ingreso/egresos y periodicos.	Efectivamente realizó 5 ingresos, 2 Egresos y 10 Periodicos
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 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-J-008 Versión: 4 Fecha: 28/02/2018

Fecha:	28	12	2020
	DIA	MES	AÑO

ODC Nº:		ODS Nº:	007/2020	CONT Nº:		CONVENIO Nº:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
DICTAR SEISCIENTAS (600 HORAS) DE LOS CURSO DE MODISTERIA BASICA, CONFECCION DE FALDA, BLUSAS, PANTALON Y PIJAMAS, DIRIGIDO A AFILIADOS, PARTICULARES Y PROGRAMAS ADSCRITOS A LA AGENCIA DE EMPLEO.	

Contratista:	NOHORA ISOLINA O´MEARA PEINADO	**NIT/ CC / CE.:**	**37322057**
Interventor:	N.A.	**NIT/ CC / CE.:**	**N.A.**
Duración:	9 MESES Y 19 DIAS		
Fecha de inicio (DD/MM/AAAA):	27 DE FEBRERO DE 2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	15 DE DICIEMBRE DE 2020		
Valor:	$ 11.797.000		
Anticipo:	N.A.		
Lugar:	UIS AGUACHICA		

DATOS DEL RESPONSABLE				
NOMBRE:	ROSALBA NORIEGA OSORIO			
CARGO:	ADMINSITRADORA UIS AGUACHICA		**TEL. (Ext.):**	5650131

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	DICIEMBRE

FUNCIONES DEL RESPONSABLE	CUMPLE			OBSERVACIONES
	SI	NO	N.A	
1) Verificación de la expedición de las garantías	X			Contratista presenta poliza de cumplimiento nro 400-45-994000018198
2). Suscripción de acta inicio.	X			EL ACTA DE INICIO SE SUSCRIBIÓ EL DIA 27/02/2020
3). Verificación del cumplimiento de cronogramas o duración del contrato.	X			Hasta el dia de hoy se ha venido cumpliendo a cabalidad con el contrato
4). Certificación de veracidad de los informes de los contratistas (estos deben reposar en los archivos del Responsable durante la ejecución del contrato).	X			El contratista presenta informes parciales el 28/12/2020
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			El contratista presenta planilla de pago del mes N° 8940477800
6). Verificación de entrega de informes parciales y/o finales por parte del contratista.	X			El contratista presenta informes parciales el 28/12/2020
7). Verificación de vigencias, renovaciones y actualizaciones de documentos del contratista, tales como: permisos, licencias, matrículas, pólizas, autorizaciones y otros.	X			Contratista presenta poliza de cumplimiento nro 400-45-994000018198
8). Verificación de modificaciones y Otro si.	X			En el mes de Diciembre se realiza reinicio de OPS, con fecha de terminación a 21 de dic. De 2020
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.			X	En el mes de Dic. no se realizó modificación a la póliza.
10). Verificación del cumplimiento de las especificaciones de los bienes y/o servicios contratados	X			A la fecha el contratista a cumplido a cabalidad con los servicios contratados.
11). Verificación y notificaciones sobre irregularidades o incumplimiento del objeto pactado			X	No se han presentado irregularidades ni incumplimiento por parte del contratista
12). Suscripción de acta de recibo final			X	La orden de prestacion de servicios n° 007/2020 no requiere acta de recibo final

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 11.797.000
Valor ejecutado en el periodo:	$ 589.890
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 589.890
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 11.207.110

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
RENDIR INFORMES MENSUALES DE LAS ACTIVIDADES QUE REALICE		El contratista no presenta informes parciales ya que no se realizaron cursos.
ACREDITAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SIST. DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		El contratista presenta planilla de pago del mes
		N° 8940477800
Cumplir con las obligaciones de el contrato n° 007/2020		Durante el mes de Diciembre el contrato ejecutó 30 horas de los
		establecidas en el contrato n° 007/2020

CERTIFICO que el contratista cumplió satisfactoriamente con el servicio (o bien) contratado, en el periodo del 27 de Noviembre al 21 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.

Rosalba Noriega O

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°:	007-2020	CONVENIO N°:	

Objeto: (Objeto del Contrato/Orden/Convenio)	
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.	

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):	13/01/2020		
Fecha de terminación (DD/MM/AAAA):	31/12/2020		
Valor:	Son: $308.750.000,oo Tresciento Ocho Millones Setecientos Cincuenta 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 47-45-101003023 expedida 13/01/2020 por Seguros del Estado S.A.
2). Suscripción de acta inicio.	X			Suscrita el 13/01/2020
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 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			Actualizacion de Poliza No 47-45-101003023 expedida 15/10/2020 por Seguros del Estado S.A.
8). Verificación de modificaciones y Otro si.	X			Se frima Otro Si el dia 13/10/2020por adicion al monto inical por valor de $174,040,000
9). En caso de modificaciones; verificación de ampliaciones de garantías.	X			Actualizacion de Poliza No 47-45-101003023 expedida 15/10/2020 por Seguros del Estado S.A.
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 05/01/2021

Verificación de la ejecución presupuestal:	
Valor inicial:	$ 482.790.000,00
Valor ejecutado en el periodo:	$ 76.630.000,00
Valor total ejecutado del contrato a la fecha:	$ 482.754.000,00
Saldo por ejecutar a la fecha:	$ 36.000,00

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
Realizacion de examenes de laboratorios y RX complementarios para ingreso,retiro y reintegro de per	Efectivamente se realizaron 394 examanes solicitados al personal
Realizar examenes complemetarios de PCR (Hisopado)	Efectivamente realizó 6 pruebas PCR
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 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:	007-2020	CONVENIO No:	

Objeto: (Se relaciona el objeto del contrato)
REALIZAR 1625 EXAMENES DE LABORATORIO Y RX COMPLEMENTARIOS, PARA POSTERIOR VALORACION MEDICA DE INGRESO O RETIRO Y PERIODICA PARA EL PERSONAL QUE COMFACESAR INDIQUE PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2020.

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):	13/01/2020		
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: $308.750.000,oo Trescientos Ocho Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos		
Valor final del Contrato:	Son: $482.754.000,oo Cuatrocientos Ochenta y Dos Millones Setecientos Cincuenta y Cuatro Mil 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 007- 2020,suscrito el día 10 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 47-45-101003023 expedida el día 13 de Enero de 2020 por la aseguradora Seguros del Estado S.A.; cuyos amparos definitivos son:

AMPAROS	NUMERO	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
		DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	47 - 45 - 101003023	10/01/2020	1/05/2021	$ 48.279.000
PAGOS DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	47 - 45 - 101003023	10/01/2020	31/12/2023	$ 24.139.500

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	$	308.750.000,00
Valor Adición	$	174.040.000,00
Valor total del Contrato	$	482.790.000,00
Valor cancelado al contratista a la firma de la presente acta	$	418.854.000,00
Multas y/o sanciones	$	-
Saldo pendiente por cancelar al Contratista	$	63.900.000,00
Saldo a liberar	$	36.000,00
Total valor ejecutado del Contrato	**$**	**482.754.000,00**

II. INFORMES:

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

Más de 12 informes: (ver ANEXO)

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

III. CUMPLIMIENTO:

El interventor y/o Responsable certifican que el objeto y las obligaciones derivadas del Contrato 007-2020,suscrito el día 10 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 007-2020,suscrito el día 10 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

EL CONTRATISTA

FIRMA AUTORIZADA

VIGILADO SuperSubsidio