Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHhbonilla	HAROLD BONILLA RIVAS
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-076-931110	CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS-VALLE
Fecha y Hora Sistema:	13/03/2024 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 5024 de fecha 2024-02-09. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	35824	**Fecha Registro:**	2024-03-13	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-076-931110 CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS-VALLE			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	55.687.500,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	55.687.500,00	**Saldo x Obligar:**	55.687.500,00

TERCERO ORIGINAL

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

CUENTA BANCARIA

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

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	79450648	**Nombre:**	EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION TECNOLOGICA DE SERVICIOS - VALLE

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.6087480	**Tipo:**	CONTRATO DE COMPRA VENTA Y SUMINISTROS	**Fecha:**	2024-03-13

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
931110 CENTRO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA DE	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		55.687.500,00	0,00		
					Total:	55.687.500,00	0,00	55.687.500,00	55.687.500,00

Objeto:	SERVICIOS PERSONALES - CONTRATAR EL SUMINISTRO DE VACUNAS INCLUYENDO LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CALIFICADO Y PROFESIONAL DE VACUNACIÓN PARA LOS APRENDICES DE LOS PROGRAMAS DEL CENTRO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA DE SERVICIOS SENA.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-076-931110	CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-05-31	55.687.500,00	55.687.500,00	NINGUNO

Firmado digitalmente por
FRANCISCO JOSE LUNA RAMIREZ

FRANCISCO JOSE LUNA RAMIREZ

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141018825303

(415)7707212489984(8020) 000014101882530 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900617163	6	Impuestos y Aduanas de Florencia 28	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
I.P.S. MEDI - SALUD S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Caquetá 18	Florencia 001

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

42. Correo electrónico ipsmedisaludsas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3843583 00	3174209711

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	
8621	2013/03/22	8699	2013/03/22	8691	7020	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 7 14 42 47 48 52 55

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

Usuarios aduaneros

54. Código

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 2024 - 04 - 16 / 10 : 46: 53

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORALES BOHORQUEZ ANGELA MARIA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 17-05-2024 03:24:59PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141018825303

(415)7707212489984(8020) **000014101882530 3**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	1	
73. Fecha	2 0 1 3 0 3 1 6	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 3 0 3 2 2	
77. No. Matrícula mercantil	8 3 7 0 7	
78. Departamento	1 8	
79. Ciudad/Municipio	4 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 5 0 1 0 1		-
2	1 1 6	2 0 2 3 0 1 3 0		-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141018825303

(415)7707212489984(8020) **000014101882530 3**

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

Representación

1

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

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

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

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141018825303

(415)7707212489984(8020) **000014101882530 3**

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: I. P.S. MEDI - SALUD S.A.S.

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

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

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

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

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

La presente se expide a los 21 dias del mes de octubre de 2024 en Bogotá D.C.

Se firma según el caso por:

Firma Representante Legal _ Angela Mª Morales B
C.C. No.34.536.086 Popayán

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	904703525	9473102795	E	2024/09/13	2024/09/10	BANCOLOMBIA	0	$2,883,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	55070728	ASTUDILLO YARLEDY																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF13	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0	Si	$343,700
2	CC	1061725253	CARVAJAL CRISTIAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF13	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0	Si	$343,700
3	CC	2000005794	FIGUEROA PACO																		25-14	30	$5,500,000	$935,000	EPS037	30	$5,500,000	$220,000	CCF13	30	$5,500,000	$220,000	14-23	30	$5,500,000	$134,000	30	$0	$0	Si	$1,509,000
4	CC	34536086	MORALES ANGELA																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF13	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0	Si	$343,700
5	CC	1117555027	OTALVARO KAREN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF13	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0	Si	$343,700
Total	**Afiliados(5)**																						$10,700,000	$1,767,000			$10,700,000	$428,000			$10,700,000	$428,000			$10,700,000	$260,800		$0	$0		$2,883,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	904703525	9473102795	E	2024/09/13	2024/09/10	BANCOLOMBIA	0	$2,883,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$1,767,000	$0	$0	$1,767,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$1,143,000	$0	$0	$1,143,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$624,000	$0	$0	$624,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$260,800	$0	$0	$260,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	5	$260,800	$0	$0	$260,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$428,000	$0	$0	$428,000
COMFACA	CCF13	891,190,047	2	5	$428,000	$0	$0	$428,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$428,000	$0	$0	$428,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$324,000	$0	$0	$324,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$104,000	$0	$0	$104,000
TOTAL				**5**	**$2,883,800**	**$0**	**$0**	**$2,883,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	975879481	9475347895	E	2024/10/15	2024/10/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$2,930,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	55070728	ASTUDILLO YARLEDY																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF13	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0	Si	$343,700
2	CC	1061725253	CARVAJAL CRISTIAN		X															X	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF13	30	$2,459,375	$98,400	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0	Si	$390,100
3	CC	2000005794	FIGUEROA PACO																		25-14	30	$5,500,000	$935,000	EPS037	30	$5,500,000	$220,000	CCF13	30	$5,500,000	$220,000	14-23	30	$5,500,000	$134,000	30	$0	$0	Si	$1,509,000
4	CC	34536086	MORALES ANGELA																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF13	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0	Si	$343,700
5	CC	1117555027	OTALVARO KAREN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF13	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0	Si	$343,700
Total	**Afiliados(5)**																						$10,700,000	$1,767,000			$10,700,000	$428,000			$11,859,375	$474,400			$10,700,000	$260,800		$0	$0		$2,930,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-10	975879481	9475347895	E	2024/10/15	2024/10/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$2,930,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$1,767,000	$0	$0	$1,767,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$1,143,000	$0	$0	$1,143,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$624,000	$0	$0	$624,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$260,800	$0	$0	$260,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	5	$260,800	$0	$0	$260,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$474,400	$0	$0	$474,400
COMFACA	CCF13	891,190,047	2	5	$474,400	$0	$0	$474,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$428,000	$0	$0	$428,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$324,000	$0	$0	$324,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$104,000	$0	$0	$104,000
TOTAL				**5**	**$2,930,200**	**$0**	**$0**	**$2,930,200**

Certificado
Bancario

Martes, 15 de octubre de 2024

A quien pueda interesar

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

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

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

SENA - REGIONAL VALLE
Radicacion Recibida
No:76-1-2024-014541
18/10/2024 2:01:25 p.m.
Destinatario: 76

Factura Electrónica De Venta

FEMS No. 4556

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764077038331 que habilita desde FEMS 4410 hasta FEMS 10000. Vence 2025-08-13

Responsables de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 8621 8.00 X 1000

IPS MEDI-SALUD S.A.S.

Ips Medi Salud Sas

Nit 900617163

CLIENTE	Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"		**POR CONCEPTO DE**
NIT	899999034 1		#$36-02-00-076-931110;CO1.PCCNTR.6087480;eizquierdoa@sena.edu.co#$
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
CL 57 8 69 Torre Central Piso (	Bogota D.C.	5461500	

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	VENDEDOR	FORMA DE PAGO	MEDIO DE PAGO
01/10/2024	31/10/2024	Climaco Paez Artunduaga	Credito	

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	Vac - 2	Hepavax "Hepatitis B"	67	Und.	25.250	0%	0	1.691.750
2	Vac - 8	Varicela	54	Und.	105.900	0%	0	5.718.600
3	Vac - 1	Texoide Tetanico " Tetano"	4	Und.	10.800	0%	0	43.200
4	Vac - 3	Agripal " Influenza"	46	Und.	35.500	0%	0	1.633.000

Total líneas o ítems: 4

SUBTOTAL	**9.086.550**
DESCUENTO	**0**
IVA	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**9.086.550**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**9.086.550**

Valor en Letras

NUEVE MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

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

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 01/10/2024 15:36:44

cl 6 9 b 10 Teléfono 4358300
Correo Electrónico ipsmedisaludsas@gmail.com

	Versión: 07
	Código: GIL-F-010

Proceso Gestión de Infraestructura y Logística

Formato Acta de Recibo a Satisfacción

		Acta N°	4
FECHA:	22/10/2024	**CIUDAD/MUNICIPIO:**	Santiago de Cali
COD REGIONAL:	76	**REGIONAL**	VALLE
CENTRO DE COSTO:	CENTRO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA DE SERVICIOS		
COD CENTRO DE COSTO:	931110		
TIPO DE ADQUISICIÓN:	CONTRATO	**TIPO DE ENTREGA:**	SUMINISTRO
N° DE ACTO ADMINISTRATIVO:	CO1.PCCNTR.6087480	**FECHA ACTO ADMINISTRATIVO**	13/03/2024
RUBRO PRESUPUESTAL	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02		
PROVEEDOR CONTRATISTA:	I.P.S. MEDI - SALUD S.A.S		
NIT/CEDULA DE CIUDADANIA:	900617163		
VALOR TOTAL:	$ 9.086.550,00		
FECHA DE VENCIMIENTO:	30/11/2024		

OBJETO DEL CONTRATO:

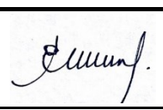
Contratar el suministro de vacunas incluyendo la prestación del servicio calificado y profesional de vacunación para los aprendices de los programas del centro de gestión tecnológica de servicios - SENA

CANTIDAD BIENES DEVOLUTIVOS _____ **CANTIDAD BIENES DE CONSUMO** _____

RECIBIDO A SATISFACCION:

A través del siguiente documento certifico que los bienes recibidos cumplen con las características técnicas y físicas establecidas por el SENA en el acto administrativo.

OBSERVACIONES

FIRMA SUPERVISOR			
NOMBRE COMPLETO	Estrella Izquierdo Alzate		
N° DE IDENTIFICACIÓN	31171178		
CORREO INSTITUCIONAL	eizquierdoa@sena.edu.co		
CARGO	Instructora G20	**N° DE CONTACTO**	3006182203