TIPO DE INFORME:	PARCIAL	x	FINAL	

PERIODO DEL INFORME:	03/10/2024 al 25/10/2024

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:	
CONTRATO No:	CTO-305-JNCI-2024
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONSISTENTE EN LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
NOMBRE CONTRATISTA:	MEDICID IPS S.A.S.
CÉDULA O NIT DEL CONTRATISTA:	900364267-6

2. PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	1 año sede principal
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	9 meses salas de Descongestión

PRÓRROGAS:	SI		NO	x

ADICIONES:	SI		NO	x

3. FECHA DE TERMINACIÓN:	02/10/2025

4. TERMINACIÓN ANTICIPADA:	SI		NO	x

5. VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$14.011.800 sede principal
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$5.544.800 Salas de Descongestión

6. VALOR FINAL DEL CONTRATO:	$19.556.600

7. ¿El contrato tuvo otras modificaciones?	SI		NO	x

8. INFORME SOBRE EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

El objeto del presente contrato era: prestación de servicios consistente en la realización de exámenes médicos ocupacionales para los funcionarios de la junta nacional de calificación de invalidez hasta el momento se han solicitado exámenes de ingreso y valoracion por optometría para colaboradores nuevos.

9. BALANCE FINANCIERO:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	*$19.556.600*
VALOR TOTAL EJECUTADO SEDE PRINCIPAL	$223.800
VALOR TOTAL EJECUTADO SALAS DE DESCONGESTION	$671.400
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR SEDE PRINCIPAL	$13.788.000
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR SALAS DE DESCONGESTION	$4.873.400
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	$895.200

10. ASPECTOS POR VERIFICAR:

ITEM	SI	NO	EXPLIQUE	N/A
¿El bien o servicio cumplió con las especificaciones técnicas mínimas establecidas en el contrato??	X			
¿El bien o servicio cumplió con las entregas/obligaciones pactadas en el contrato.?	X			
¿El contratista cumplió con las entregas/servicios pactados en el contrato en el tiempo establecido.?				X
¿Se dio la transferencia de conocimientos o capacitación indicada en el contrato??				X
¿Se llevó a cabo la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes a entera satisfacción??				X
¿Se llevaron a cabo los mantenimientos preventivos o correctivos solicitados a entera				X

satisfacción??				
¿El contratista respondió a tiempo las solicitudes/requerimientos realizados.?	X			

11. EL CONTRATISTA CUMPLIÓ:	SI	**X**	NO	
Justifique su respuesta:	**Muy cumplidos con la agenda Asignada y el horario establecido**			

12. RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS

Con la firma del presente informe se deja constancia que recibo a satisfacción por parte de MEDICID IPS los servicios prestados de acuerdo con las obligaciones pactadas en el contrato CTO-305-JNCI-2024.

Como supervisor de este contrato certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control técnica, administrativa, financiera y jurídica frente al cumplimiento del objeto del contrato, así como de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales.

Así mismo se deja constancia que el contratista si cumplió a cabalidad el objeto del contrato y todas sus obligaciones, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en digital y que éstas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

OBSERVACIONES:

Listado de trabajadores atendidos sede principal

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	SEDE	FECHA	HORA	TIPO DE EXAMEN
1	JUDDY HASBLADY RODRIGUEZ VARGAS	1012332245	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	10:00 a. m.	INGRESO
2	YERLY GARCÍA ORTEGÓN	53115875	TECNICO DE ARCHIVO 1	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	10:00 a. m.	INGRESO
3	YESIKA TRASLAVIÑA SARAY	1019122180	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	11/10/2024	8:00 a. m.	INGRESO
4	ANGÉLICA MARÍA IMBRETH JAIMES	1094269752	ANALISTA DE CONTROL INTERNO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	18/10/2024	8:00 a. m.	INGRESO
5	ANA MARIA SARMIENTO TORRADO	1003565601	AUXILIAR CONTRACTUAL	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	23/10/2024	10:00 a. m.	INGRESO

Listado de trabajadores atendidos salas de Descongestión

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	SEDE	FECHA	HORA	TIPO DE EXAMEN
1	ALBA LILIANA VEGA RODRÍGUEZ	52992992	ANALISTA SST	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	7:00 a. m.	INGRESO
2	NORMA CONSTANZA JIMÉNEZ	1023874789	ANALISTA TALENTO HUMANO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	10/10/2024	8:00 a. m.	INGRESO

3	DANNA GERALDINE HERNANDEZ RIVERA	1024598022	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	7:00 a. m.	INGRESO
4	ANDREA RAMIREZ	52848450	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	8:00 a. m.	INGRESO
5	ANYELA ANDREA BONILLA BOHORQUEZ	52976241	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	8:00 a. m.	INGRESO
6	LADY JOHANNA TORRES ROJAS	1023907044	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	9:00 a. m.	INGRESO
7	YENI MARCELA MARTINEZ RONDON	1012436176	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	9:00 a. m.	INGRESO
8	MARIA FERNANDA ROJAS BELTRAN	1026600089	AUXILIAR DE PROCESOS	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	9/10/2024	10:00 a. m.	INGRESO
9	CRISTIAN FELIPE SOQUE VENEGAS	1026287141	ANALISTA OPERATIVO	Calle 21A # 0B - 75, barrio El Rosal Cúcuta /norte S	9/10/2024	9:00 a. m.	INGRESO
10	NATALIA BORJA CABEZAS	1023022040	TECNICO SOPORTE	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	17/10/2024	8:00 a. m.	INGRESO
11	CIELO NICOLLE GOYENECHE MOTATO	1031803831	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	23/10/2024	8:00 a. m.	INGRESO
12	KAROL MESA	1006811928	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	23/10/2024	8:40 a. m.	INGRESO
13	KATHERIN SOFIA LOSADA CAMERO	1019152399	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	23/10/2024	9:00 a. m.	INGRESO
14	MARIA PAULA MARTÍNEZ	1072752334	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	23/10/2024	9:20 a. m.	INGRESO
15	LUISA FERNANDA MOYA MORENO	1031642144	ANALISTA OPERATIVO	Carrera 49 # 94 – 96 Barrio: la castellana	23/10/2024	10:20 a. m.	INGRESO

Por lo anterior se firma en Bogotá a los **veintiocho** días del mes de **Octubre** de **2024.**

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Mónica Maria Pinzón
CARGO DEL SUPERVISOR Y DEPENDENCIA:	Coordinadora SST y Administrativa
FIRMA DEL SUPERVISOR:	

DETALLE DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS

EMPRESA: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ **SEDE:** BOGOTA
NIT: 830026324-5
DIRECCIÓN: AV 19 10253 **TELÉFONO:** 6017942157
NÚMERO DE FACTURACIÓN BOG05010 **FECHA:** 25/10/2024 **VALOR:** 671.400

PACIENTE	FECHA	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	OPTOMETRÍA
BOGOTA			
ALBA LILIANA VEGA RODRIGUEZ (52992992)	9/10/2024	1	1
ANDREA RAMIREZ (52848450)	9/10/2024	1	1
ANYELA ANDREA BONILLA BOHORQUEZ (529762	9/10/2024	1	1
BRILLID NATALIA BORJA CABEZAS (1023022040)	17/10/2024	1	1
CIELO NICOLLE GOYENECHE MOTATO (103180	23/10/2024	1	1
DANNA GERALDINE HERNANDEZ RIVERA (102	9/10/2024	1	1
KAROL YISETH MESA ALZATE (1006811928)	23/10/2024	1	1
KATHERIN SOFIA LOSADA CAMERO (1019152399	23/10/2024	1	1
LADY JOHANNA TORRES ROJAS (1023907044)	9/10/2024	1	1
LUISA FERNANDA MOYA MORENO (1031642144)	23/10/2024	1	1
MARIA FERNANDA ROJAS BELTRAN (1026600089	9/10/2024	1	1
MARIA PAULA MARTINEZ MARTINEZ (107275233	23/10/2024	1	1
NORMA CONSTANZA JIMENEZ MARTIN (1023874	10/10/2024	1	1
YENI MARCELA MARTINEZ RENDON (101243617	9/10/2024	1	1
TOTAL:	**14**	**14**	**14**
CUCUTA			
CRISTIAN FELIPE SOQUE (1026287141)	9/10/2024	1	1
TOTAL:	**1**	**1**	**1**
TOTAL GENERAL:	**15**	**15**	**15**

DETALLE DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS

EMPRESA: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ **SEDE:** BOGOTA
NIT: 830026324-5
DIRECCIÓN: AV 19 10253 **TELÉFONO:** 6017942157
NÚMERO DE FACTURACIÓN BOG05009 **FECHA:** 25/10/2024 **VALOR:** 223.800

PACIENTE	FECHA	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	OPTOMETRÍA
BOGOTA			
ANA MARIA SARMIENTO TORRADO (1003565601	23/10/2024	1	1
ANGELICA MARIA IMBRETH JAIMES (1094269752	18/10/2024	1	1
JUDDY HASBLADY RODRIGUEZ VARGAS (101233	9/10/2024	1	1
YERLY GARCÍA ORTEGÓN (53115875)	9/10/2024	1	1
YESIKA TRASLAVIA SARAY (1019122180)	11/10/2024	1	1
TOTAL:	**5**	**5**	**5**
TOTAL GENERAL:	**5**	**5**	**5**

MEDICID IPS S.A.S
NIT 900.364.267-6
Cra 49 # 94 - 96, Barrio La Castellana
Tel: (037) 6574516
Bogotá - Colombia
facturacionelectronica@medicidsas.com
www.medicidsas.com

Factura electrónica de venta
No. BOG 5010

Señores	JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ		
NIT	830.026.324-5	**Teléfono**	(57) 6017942157
Dirección	AV 19 102 53	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	25/10/2024, 16:31
Expedición	25/10/2024, 16:31
Vencimiento	24/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Examen Ocupacional de Ingreso (Examen Médico Ocupacional)	15.00	392,700.00
2	Optometría (Exámen Paraclínico)	15.00	278,700.00

Total items: 2

Valor en Letras:
Seiscientos setenta y un mil cuatrocientos pesos m/cte

Total Bruto	671,400.00
Total a Pagar	**671,400.00**

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-11-24 por $ 671,400.00

Observaciones:
CONSIGNAR CTA CTE No. 69200011566 BANCOLOMBIA - MEDICID IPS Por favor confirmar su pago a tesoreria@medicidsas.com

Orden de compra: -

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764081880660 aprobado en 20241021 prefijo BOG desde el número 5001 al 10000 Vigencia: 24 Meses**

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 8.4*1000

CUFE: 1aba3ab035aedd2dca5139896b0da14bcfd6c9557b85a9bcdcb23cdeb7a64425d486fd8bd70fcb5934b941fffb020725

MEDICID IPS S.A.S
NIT 900.364.267-6
Cra 49 # 94 - 96, Barrio La Castellana
Tel: (037) 6574516
Bogotá - Colombia
facturacionelectronica@medicidsas.com
www.medicidsas.com

Factura electrónica de venta
No. BOG 5009

Señores	JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ		
NIT	830.026.324-5	**Teléfono**	(57) 6017942157
Dirección	AV 19 102 53	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	25/10/2024, 16:27
Expedición	25/10/2024, 16:27
Vencimiento	24/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Examen Ocupacional de Ingreso (Examen Médico Ocupacional)	5.00	130,900.00
2	Optometría (Exámen Paraclínico)	5.00	92,900.00

Total items: 2

Total Bruto	223,800.00
Total a Pagar	**223,800.00**

Valor en Letras:
Doscientos veintitres mil ochocientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-11-24 por $ 223,800.00

Observaciones:
CONSIGNAR CTA CTE No. 69200011566 BANCOLOMBIA - MEDICID IPS Por favor confirmar su pago a tesoreria@medicidsas.com

Orden de compra: -

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

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764081880660 aprobado en 20241021 prefijo BOG desde el número 5001 al 10000 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 8.4*1000
CUFE: 27ed4ec4b7fa3fd5ffd8024f2b2d6e1452aaa973cf8de57ef3905b87fdb81454f74949c9d706c969d0245b4e7d4d90a9

COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	CORREO	CIUDAD - DEPARTAMENTO	CELULAR
NI 900364267	6	MEDICINA CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL SAS MEDICID SAS	B	0	GERENCIA@MEDICIDSAS.COM	68-1	3176595588

NÚMERO PLANILLA	31304858		
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	31304858		
PAGO HASTA	DÍAS DE MORA	VALOR MORA	TOTAL A PAGAR
2024-10-16	2	$39.100	$ 26.840.100

ENTIDAD	AFILIADOS	TOTALES
Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	7	$ 4.668.900
COLFONDOS	2	$ 1.169.200
PORVENIR	12	$ 6.607.600
PROTECCION (ING+PROTECCION)	4	$ 1.384.800
Sin AFP	1	$ 0
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$ 72.200
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	11	$ 4.733.400
EPS SURA	3	$ 323.900
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	6	$ 510.100
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	5	$ 476.500
ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	25	$ 2.011.500
SINARL	0	$ 0
Caja de Compensacion Familiar COMFENALCO SANTANDER	25	$ 3.351.700
Sin CCF	1	$ 0
SENA	2	$ 612.100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	2	$ 918.200
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	0	$ 0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	$ 0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	DIRECCIÓN	CIUDAD - DEPARTAMENTO	TELÉFONO
NI 900364267	6	MEDICINA CONTROLES Y DIAGNOSTICOS	B	0	CARRERA 35 A 52 70	68-1	6574516

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO ID	PLANILLA	TIPO	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	FECHA PAGO	BANCO	DÍAS MORA	VALOR
2024-09	2024-10	900364267	31304858	E	31304858	2024-10-18	BANCO DE BOGOTA	2	$ 26.840.100

RESUMEN DE PAGO									
ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (Administradoras: 4)				25	13.810.400	$20.100	$0	$0	$13.830.500
PORVENIR	230301	800224808	8	12	$6.598.100	$9.500	$0	$0	$6.607.600
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	7	$4.662.000	$6.900	$0	$0	$4.668.900
PROTECCION	230201	800229739	0	4	$1.382.800	$2.000	$0	$0	$1.384.800
COLFONDOS	231001	800227940	6	2	$1.167.500	$1.700	$0	$0	$1.169.200
EPS (Administradoras: 5)				26	6.107.100	$9.000	$0	$0	$6.116.100
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	5	$475.800	$700	$0	$0	$476.500
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	$72.000	$200	$0	$0	$72.200
EPS SURA	EPS010	800088702	2	3	$323.400	$500	$0	$0	$323.900
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	$509.300	$800	$0	$0	$510.100
SANITAS	EPS005	800251440	6	11	$4.726.600	$6.800	$0	$0	$4.733.400
ARL (Administradoras: 2)				25	2.008.600	$2.900	$0	$0	$2.011.500
ARL SURA	14-11	890903790	5	25	$2.008.600	$2.900	$0	$0	$2.011.500
SINARP	SINARP	0	0	0	$0	$0	$0	$0	$0
CCF (Administradoras: 1)				25	3.346.900	$4.800	$0	$0	$3.351.700
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890201578	7	25	$3.346.900	$4.800	$0	$0	$3.351.700
SENA (Administradoras: 1)				2	611.200	$900	$0	$0	$612.100
SENA	PASENA	899999034	1	2	$611.200	$900	$0	$0	$612.100
ICBF (Administradoras: 1)				2	916.800	$1.400	$0	$0	$918.200
ICBF	PAICBF	899999239	2	2	$916.800	$1.400	$0	$0	$918.200
	TOTAL				$26.801.000	$39.100	$0	$0	$26.840.100