SOCIALMED IPS SAS
NIT: 901578558-7
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Persona Jurídica
CL 1 2 55 BRR CALDAS, Popayán, Cauca, Colombia
Tel. 3155205655
Email. gerenciasocialmedips@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764071345057 válida desde 2024-05-25 hasta 2025-05-25 rango desde FESM80 hasta FESM500.

Cliente: MUNICIPIO DE MORALES
NIT : 891500982
Dirección: PAR PRINCIPAL EDIFICIO CAM, Morales, Cauca, Colombia, CP 190550
Teléfono: 3226703549
Email: contactenos@morales-cauca.gov.co

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	FESM137
MONEDA:	COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN:	15:02:44-05:00
FECHA FIRMADO:	30/12/2024 15:02:47

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	12	2024	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	SEMM	SERVICIO DE EXAMENES OCUPACIONALES PERIODICOS Y PRUEBA COMPLEMENTARIAS PARA LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ALCALDIA DE MORALES CAUCA	WSD	1,00	$3.198.000,00				0,00	$3.198.000,00

Notas:

SON: (tres millones ciento noventa y ocho mil pesos)
CUFE: bdc824b9c0e096af255ba1fbf6c28b697a3ee1cb2cb5330ecf3034ccc00cfa68aaec2c598011c7bd83b7679d3d9d7b2e

Subtotal:	$3.198.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$3.198.000,00
ReteRenta:	$351.780,00
Neto Factura:	$2.846.220,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
06 ReteRenta	$3.198.000,00	11,00 %	$351.780,00

Firma Digital: pd2r33rrEniwq6NmHt1FzzjWCQ1YQeZ5MkkNcOZV3J9DJ1bKsdhTC2EffBXerj3n
0qodvfMCyxvG6SMjYGdtJM3dcW9ebkORksvWBpfOA10jVXMkK/
cQzlO3m5Luxzr8 0BdVCZc8YNZ/2e9o+BXTV6OsRdO38O3laD2N/6OIVAu2WZUvxTz/eYbor2Q9NoD9 8X4PSzAQR32Rf8ftilCBbVz5qxoR9asIF2K
C+sKYoh4k8gSP53Tw1/Ayf/V60KLI mg454VTPTZ/Im99dGF0tigTlDD3ypN0lauHa0BkJKvkR9FGiK8lhXU1/F2IWqHiZ fr6LwXQjmm0VqDSL+jKH
yQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

TIPO DE INFORME				NO. DE CONTRATO	PERIODO DEL INFORME	
					DESDE	HASTA
PARCIAL	[	FINAL	X	F11-335-2024	18/12/2024	23/12/2024

N° PROCESO CONTRATACION SECOP	**MM-MC-028-2024**		
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE MORALES		
CONTRATISTA	JANIO ALEJANDRO CRUZ GONZALEZ		
NO. DE IDENTIFICACIÓN	1061728693	**EXPEDIDA EN**	POPAYAN CAUCA
NO. TELÉFONO Y/O CELULAR	3185358529		
SUPERVISOR	ANGELA MARYURY LEON DAZA		
NIVEL PROFESIONAL	ESPECIALISTA	**DESPACHO**	SECRETARIA DE TALENTO HUMANO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
INTERVENTOR	NO APLICA		
NIVEL PROFESIONAL	NO APLICA	**DESPACHO**	NO APLICA
CDP NO.	907 DEL VIERNES 01 DE NOVIEMBRE DE 2024	**CRP NO.**	1004 DEL 18 DE DICIEMRE DE 2024
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL	2.1.2.02.02.009.02-1.0-1.2.1.0.00-1-ACTUAL-ENTIDAD-1	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	$3.198.000
FORMA DE PAGO	CONTRA ENTREGA	**PAGO UNICO NO.01**	UNO (01)
VALOR A PAGAR	$3.198.000		

BALANCE FINANCIERO		
VALOR CONTRATO	$3.198.000	
VALOR EJECUTADO		$3.198.000
SALDO POR EJECUTAR		$ 0

PAGO SEGURIDAD SOCIAL			
IBC AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (40% DEL INGRESO MENSUAL)	$ 1.300.000	**PERIODO COTIZADO**	DICIEMBRE
EPS	SANITAS	**VALOR PAGADO**	$52.300
ARL	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	**VALOR PAGADO**	$ 31.900
AFP	PORVENIR	**VALOR PAGADO**	$ 208.900
CCF	COMFACAUCA	**VALOR PAGADO**	$52.300

VALOR TOTAL PLANILLA	$345.400	**PLANILLA NO.**		$9477975823	
ANEXA CERTIFICACION PARA ASIMILARSE A ASALARIADO (RETEFUENTE).		**SI**		**NO**	**X**

OBJETO DEL CONTRATO

"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERIÓDICOS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA LAS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ALCALDÍA DE MORALES, CAUCA"".

CUMPLIMIENTO Y/O RECIBIDO A SATISFACCIÓN

EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DANDO CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 83 Y 84 DE LA LEY 1474 DE 2011 CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA HA CUMPLIDO CABALMENTE CON EL OBJETO CONTRACTUAL DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES DESCRITAS A CONTINUACIÓN, DENTRO DEL PERÍODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE EL 22 DE JULIO AL 21 DE AGOSTO DE 2024 Y CUMPLIENDO CON EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, POR LO QUE SE AUTORIZA EL PAGO.

DESARROLLO DE LA SUPERVISION

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ APORTANDO LAS PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE DEL PERSONAL QUE REALIZO LAS ACTIVIDADES EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO.

EL CONTRATISTA REALIZÓ LOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y LAS DIFERENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (CUADRO HEMÁTICO, AUDIOMETRÍA Y VISIOMETRIA)

EL CONTRATISTA ENTREGÓ LOS RESULTADOS DEL EXAMEN MÉDICO, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y ADJUNTA LOS RESULTADOS EN LA COPIA DE HISTORIA CLÍNICA DE LA VALORACIÓN, ADJUNTANDO LA INFORMACIÓN MÍNIMA SOLICITADA

EL CONTRATISTA ADJUNTA CERTIFICADO DE CONFIDENCIALIDAD O RESERVA DE LA INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS EXÁMENES PRACTICADOS.

EL CONTRATISTA EFECTUÓ LAS TAREAS OBJETO DEL CONTRATO DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS POR LA SECRETARÍA DE TALENTO HUMANO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS.

EL CONTRATISTA ENTREGÓ EN MEDIO FÍSICO SIGUIENTE:

A. INFORME DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES OCUPACIONALES EN LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
B. RESULTADOS INDIVIDUALES DE LA VALORACIÓN MEDICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, ANEXANDO RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES EN SU ESTADO DE SALUD.

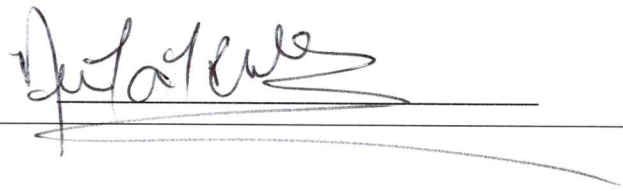
LA SUSCRITA SUPERVISORA CERTIFICA QUE SE HA CUMPLIDO CON LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA Y SE DA EL VISTO BUENO CORRESPONDIENTE AL SERVICIO PRESTADO.

INFORME DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGO DE HONORARIOS

LA SUSCRITA SUPERVISORA CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON SUS OBLIGACIONES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE DE 2024, VIGENCIA DEL CONTRATO NO. **MM-MC-028-2024** TAL COMO SE DEMUESTRA EN EL INFORME PRESENTADO.

DOCUMENTOS ANEXOS	NO. FOLIOS
FACTURA N°FESM137 SEGURIDAD SOCIAL N°9477975823 CORRESPONDIENTE AL MES DICIEMBRE DE 2024 CUENTA BANCARIA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL N° 24117077353	TRES (03) FOLIOS FACTURA SEGURIDAD SOCIAL

DADO EN EL MUNICIPIO DE MORALES, CAUCA, A LOS VEINTITRES (23) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2024.

FIRMA SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	

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 901578558	7	SOCIALMED IPS SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	PERSONAL SOCIALMED	CALLE 1 2 55	POPAYAN-CAUCA	3155205655	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1138879291	9477975823	E	2024/12/13	2024/12/19	BANCO CAJA SOCIAL	6	$345,400

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	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	1061754696	CAMAYO ISABEL																		Z30301	30	EPS005	30	CCF14	30	14-23	30	30	Si
Total	**Afiliados(1)**																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901578558	7	SOCIALMED IPS SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	PERSONAL SOCIALMED	CALLE 1 2 55	POPAYAN-CAUCA	3155205655	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-12	1138879291	9477975823	E	2024/12/13	2024/12/19	BANCO CAJA SOCIAL	6	$345,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$900	$0	$208,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$900	$0	$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$200	$0	$31,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,000	$300	$0	$52,300
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$52,000	$300	$0	$52,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,000	$300	$0	$52,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$52,000	$300	$0	$52,300
TOTAL				1	$343,700	$1,700	$0	$345,400

Número de Transacción: APII4354326236307197

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Diciembre 19 de 2024 10:27 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 57197BC4

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar está sujeto a aprobación, por favor para concluir el pago, seleccione la opción "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transacción, si tiene algún inconveniente, comuníquese con el operador de información en donde liquidó su planilla, o con el comercio desde el cual está efectuando la compra o pago".

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta de Ahorros *******7353
Comercio Virtual:	APORTES EN LINEA
Referencia de Pago:	9477975823
Valor Pagado:	$345.400,00

Imprimir Cerrar