HOJA DE RUTA
ACTA CONSOLIDADA DE SUPERVISIÓN

ALCALDÍA DE FUNZA

1. GENERALIDADES DEL CONTRATO

CONTRATO No.	MC 006-2024	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	27	08	2024
TIEMPO DE EJECUCIÓN	5 meses	FECHA DE TERMINACIÓN	27	12	2024
TIPO DE CONTRACIÓN	DIRECTA	CLASE DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS		
REGISTRO PRESUPUESTAL	2024000463	FECHA DE EXPEDICIÓN	27	08	2024
REGISTRO PRESUPUESTAL (REX)		N/A	N/A	N/A	N/A
ACTA DE INICIO	SI X NO	FECHA DE ACTA DE INICIO	02	09	2024
VALOR DEL CONTRATO	$ 36.400.000,00	FORMA DE PAGO	VARIOS PAGOS		
TIPO DE PÓLIZA	SEGURO DE CUMPLIMIENTO ESTATAL	NÚMERO DE LA PÓLIZA	4001139-4		

AMPAROS		DESDE			HASTA		
1) CALIDAD DEL SERVICIO	Vigencia	30	01	2025	30	07	2025
	Valor	3.640.000,000			N/A		
2) CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	Vigencia	30	08	2024	30	07	2025
	Valor	3.640.000,000			N/A		
3) CALIDAD DE LOS ELEMENTOS	Vigencia	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Valor	N/A			N/A		
4) PAGO DE SALARIOS , PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	Vigencia	30	08	2024	30	01	2028
	Valor	1.820.000,000			N/A		

OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN MEDICINA Y REHABILITACIÓN FÍSICA DEPORTIVA PARA LOS DEPORTISTAS PERTENECIENTES A LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA
CONTRATANTE	INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA — CC / NIT. No. 832000829-7
CONTRATISTA	HUMANA VITAL S.A.S — CC / NIT. No. 900217648-1

2. GENERALIDADES DEL PAGO

TOTAL PAGOS	3			PAGO ACTUAL	3		
DE AVANCE O PARCIAL				DE TERMINACIÓN	X		
INICIO PERIODO A PAGAR	01	12	2024	TERMINACIÓN PERIODO A PAGAR	27	12	2024
DEPENDENCIA EJECUTORA	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						

VALOR A PAGAR	$ 8.109.000,00	Cód Rubro	2.4.43.046.2.3.2.02.02.009.174.007
		Rubro	Contratacion del programa de fisioterapia y rehabilitacion fisica para los deportistas
VALOR A PAGAR			
VALOR TOTAL	$ 8.109.000,00		

3. OBSERVACIONES Y BALANCE FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 36.400.000,00	VALOR ADICIONES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VALOR PAGO ANTERIORES	VALOR PRESENTE PAGO	SALDO
$ 36.400.000,00	$ 21.211.000,00	$ 8.109.000,00	$ 7.080.000,00

OBSERVACIONES:

4. CUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (EPS - FONDO DE PENSIONES Y ARL)

EPS	colsanitas/ famisanar	PERIODO CANCELADO	DICIEMBRE	AFILIADO	SI	X	NO	
PENSIÓN	colfondos/ colpensiones	PERIODO CANCELADO	NOVIEMBRE	AFILIADO	SI	X	NO	
ARL	colpatria	PERIODO CANCELADO	DICIEMBRE	AFILIADO	SI	X	NO	

FECHA DE PAGO			FECHA CONFIRMACIÓN PAGO			FUNCIONARIO QUE VERIFICO EL PAGO	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	NOMBRE	FIRMA
10	12	2024	30	12	2024	JHONY CRIOLLO	

5. DATOS DE QUIEN AUTORIZA EL PAGO AL ÁREA FINANCIERA

NOMBRES Y APELLIDOS	JENNI VASQUEZ FIGUEROA	FIRMA
CARGO	DIRECTORA GENERAL	
CEDULA DE CIUDADANIA	1.073.504.658	
NOMBRES Y APELLIDOS	JHONY FERNANDO CRIOLLO	FIRMA
CARGO	SUBDIRECTOR TECNICO	
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80.657.583	
NOMBRES Y APELLIDOS	JHONY FERNANDO CRIOLLO	FIRMA
CARGO	SUBDIRECTOR TECNICO	
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80.657.583	

AR 84. FACULTADES Y DEBERES DE LOS SUPERVISORES Y LOS INTERVENTORES. La supervisión e interventoría contractual implica el seguimiento al ejercicio del cumplimiento obligacional por la entidad contratante sobre las obligaciones a cargo del contratista. Los interventores y supervisores están facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, y serán responsables por mantener informada a la entidad contratante de los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando tal incumplimiento se presente.

NOTA IMPORTANTE: El funcionario y/o contratista que RADICA LA CUENTA, es el responsable de verificar SI todos los documentos se encuentran conforme al tipo de obligación, en caso que NO sea así, se realizará la respectiva devolución de la cuenta.

HUMANA -VITAL S. A. S.
NIT: 900217648-1
calle11 N° 10A-79
Funza (CUN) Colombia
Tel: 3102444309
http://www.humanavital.com
humanavitals.a.s@hotmail.com

FACTURADO A
INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA
NIT 832000829-7
Cra 6 Nro. 15-85 Coliseo Municipal FUNZA (CUN)
TEL: 601 8269905

Factura electrónica de venta
 # 27239
Forma de pago: CONTADO
Medio de pago: Consignación bancaria

Fecha generación: 26/12/2024 17:45:58 > Fecha expedición: 26/12/2024 17:45:59 > CUFE: dddf6d7ca54800372e9362e0648a7a376a1323dace8a308184fba0203ab6377ab2e4a1886363eb095fafb7793dd91a32

	DESCRIPCIÓN	CANT	V. UNIT.	IMP.	TOTAL
1	*(890311)* VALORACION TERAPEUTICA	38	17.000,00		646.000,00
2	*(931001)* TERAPIA DE REHABILITACION	214	17.000,00		3.638.000,00
3	*933300* TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS	45	45.000,00		2.025.000,00
4	*SERVICIO* ACOMPAÑAMIENTO A EVENTO Dia 1 de diciembre de 6:30am a 12:30 del día (cobro por fisioterapeuta total 6 horas)	6	45.000,00		270.000,00
5	*SERVICIO* ACOMPAÑAMIENTO A EVENTO Dia 1 de diciembre de 6:30am a 12:30 del día (cobro por fisioterapeuta total 6 horas)	6	45.000,00		270.000,00
6	*SERVICIO* ACOMPAÑAMIENTO A EVENTO Dia 1 de diciembre de 6:30am a 12:30 del día (cobro por fisioterapeuta total 6 horas)	6	45.000,00		270.000,00
7	*SERVICIO* ACOMPAÑAMIENTO A EVENTO Dia 1 de diciembre de 6:30am a 12:30 del día (cobro por fisioterapeuta total 6 horas)	6	45.000,00		270.000,00
8	*SERVICIO* ACOMPAÑAMIENTO A EVENTO Dia 1 de diciembre de 6:30am a 12:30 del día (cobro por fisioterapeuta total 6 horas)	6	45.000,00		270.000,00
9	*SERVICIO* ACOMPAÑAMIENTO A EVENTO Acompañamiento a evento de natación 5 horas el día 5 de diciembre de 2:00pm a7:00pm y 5 horas el 6 de diciembre de 7:00am a 12:00 del día	10	45.000,00		450.000,00

Gracias por su compra

SUBTOTAL	$ 8.109.000,00
TOTAL NETO	**$ 8.109.000,00**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - NO SOMOS AUTORRETENEDORES, NO RESPONSABLES DE IVA Actividad 8692. Somos responsables de ICA en el Municipio de Funza.

Documento oficial de autorización de numeracion de facturación según resolución número 18764081175675 vigencia de 08/10/2024 al 08/10/2025 rango del 26839 al 30000. Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

Proveedor Tecnológico : **ALIADDO SAS NIT:830099008-5** - www.aliaddo.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900217648	1	HUMANA- VITAL S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COLSUBSIDIO	CL 11 10 A - 79	FUNZA-CUNDINAMARCA	8237239	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	1114519449	9478710977	E	2024/12/11	2024/12/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,594,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: COLSUBSIDIO (5 Afiliados)						$6,500,000	$1,040,000			$6,500,000	$260,000			$6,500,000	$260,000			$6,500,000	$34,000		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (5 Afiliados)						**$6,500,000**	**$1,040,000**			**$6,500,000**	**$260,000**			**$6,500,000**	**$260,000**			**$6,500,000**	**$34,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (5 Afiliados)						**$6,500,000**	**$1,040,000**			**$6,500,000**	**$260,000**			**$6,500,000**	**$260,000**			**$6,500,000**	**$34,000**		**$0**	**$0**
1	CC	39564883	ORJUELA NANCY	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
2	CC	53155300	PARRA LINA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
3	CC	36309298	RIVERA KAREN	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
4	CC	21056778	RUIZ MARIA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
5	CC	1083043978	SOSA YESLY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total			**Afiliados(5)**			**$6,500,000**	**$1,040,000**			**$6,500,000**	**$260,000**			**$6,500,000**	**$260,000**			**$6,500,000**	**$34,000**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900217648	1	HUMANA- VITAL S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COLSUBSIDIO	CL 11 10 A - 79	FUNZA-CUNDINAMARCA	8237239	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	1114519449	9478710977	E	2024/12/11	2024/12/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,594,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$1,040,000	$0	$0	$1,040,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$416,000	$0	$0	$416,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$416,000	$0	$0	$416,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$34,000	$0	$0	$34,000
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	5	$34,000	$0	$0	$34,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$260,000	$0	$0	$260,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	5	$260,000	$0	$0	$260,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$260,000	$0	$0	$260,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$208,000	$0	$0	$208,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$52,000	$0	$0	$52,000
TOTAL				5	$1,594,000	$0	$0	$1,594,000

Número de Transacción: APII4345321157446621

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Diciembre 10 de 2024 07:25 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 5012ACV0

Si desea anular el pago que acaba de realizar, solicite a su proveedor, por favor, que lo haga en el mismo día. Recuerde que en "Mi Comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si el pago es correcto, comuníquese con el operador de información en donde liquide su obligación a fin de que el mismo sepa desde cual cuenta se efectuó la compra o pago".

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta Corriente *******0134
Comercio Virtual:	APORTES EN LINEA
Referencia de Pago:	9478710977
Valor Pagado:	$1.594.000,00

Imprimir Cerrar

Escaneado con CamScanner

FERNANDO ANTONIO PINEDA POVEDA
CONTADOR PÚBLICO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

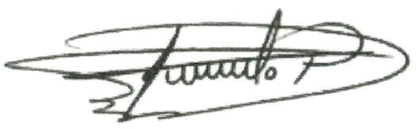
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, FERNANDO ANTONIO PINEDA POVEDA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.053.330.198, y con Tarjeta Profesional No. 209184-T de la Junta Central de Contadores, en mi calidad de Contador de la empresa HUMANA-VITAL SAS identificada con NIT. 900.217.648-1, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de contabilidad aceptadas en Colombia, certifico que, durante el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2024 y hasta la fecha, la compañía presentó y pago a través del operador "Aportes en Línea" los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley, encontrándose al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

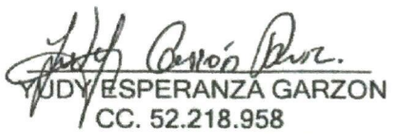
Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Funza (Cund.), a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de 2024.

Se suscribe,



FERNANDO A. PINEDA POVEDA
CC 1.053.330.198
T.P. 209184-T



YUDY ESPERANZA GARZON
CC. 52.218.958
REPRESENTANTE LEGAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A0B0AEC72AA2B729

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **FERNANDO ANTONIO PINEDA POVEDA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1053330198 de CHIQUINQUIRA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 209184-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *********************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 8 días del mes de Octubre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.053.330.198
NUMERO

PINEDA POVEDA
APELLIDOS

FERNANDO ANTONIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1988
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-SEP-2006 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GAVIRIA HAYES



P-0706700-43161234-M-1053330198-20070709 0184307190B 02 222522201

Powered by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

209184-T



FERNANDO ANTONIO
PINEDA POVEDA
C.C. 1053330198
RESOLUCION INSCRIPCION 754
UNIVERSIDAD U. P. T. C.

FECHA 11/11/2015

DIRECTOR GENERAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA

223041

211831

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo es ablecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideas.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.218.958**

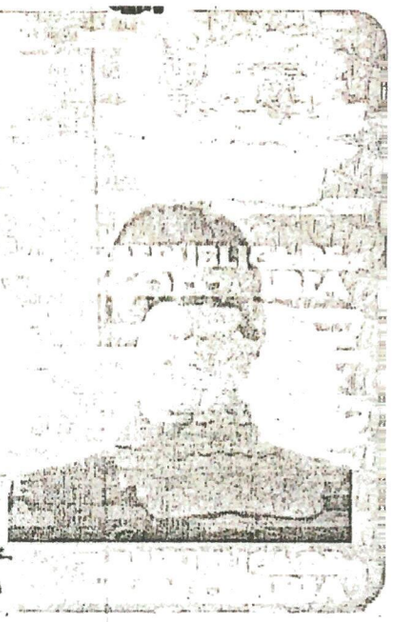
GARZON RUIZ

APELLIDOS

YUDY ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1978**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

18-DIC-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00140570-F-0052218958-20081221 0008512599A 1 1610031543

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

Banco Caja Social

Subsidiaria

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

HUMANA VITAL SAS Identificado con NI 9002176481

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Corriente, radicado(a) en la oficina FUNZA, con las siguientes características:

Cuenta Corriente

Número:	21003150134
Fecha de apertura:	11 de Marzo de 2015
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 1 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

VIGILADO

Esta constancia se expide con destino a quien interese, realizada en la Oficina 0439 FUNZA de la ciudad de FUNZA, el día Miércoles, 20 de Noviembre de 2024.

Cordialmente,

Banco Caja Social
DE FUNZA
20 NOV 2024
TRAMITADO

Vicepresidencia de Banca Masiva

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE RETENCIONES

ALCALDIA DE FUNZA

Funza, Cundinamarca 30 de Diciembre del 2024

Señores
Área Financiera - Cundeportes Funza
Ciudad

Nombre del prestador del servicio	HUMANA VITAL S.A.S
Identificación	900217648-1
Periodo al que corresponde el pago:	DICIEMBRE
Declaración de ingresos mensuales:	$ 8.109.000

1. ¿Es responsable de IVA (art. 437 del ETN)?

Si		NO	x

2. Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social del mes de: NOVIEMBRE-DICIEMBRE

No Planilla PILA	Aporte a salud:		260.000,00
	Aporte a pensión:		1.040.000,00
9478710977	Aporte a ARP:		34.000,00
	Aporte a CCF		260.000,00
	Total:	#VALUE!	**1.594.000,00**

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato No. MC006-2024 materia del pago sujeto a retención, por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION EN MEDICINA Y REHABILITACION FISICA DEPORTIVA PARA LOS DEPORTISTAS PERTENECIENTES A LAS ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Y DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA

3. ¿Es declarante del impuesto sobre la renta y complementarios?

SI	X	NO			
Regimen al que pertenece:	Ordinario:	X	Simple:		

4. Para efectos de la retención en la fuente renta y en los términos del artículo 383 del ETN:
¿Contrató dos (2) o más trabajadores para la realización de la actividad para la que fue contratado(a) en el Municipio? (seleccione)

Si	X	NO	

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE TODA LA INFORMACION CONTENIDA AQUI ES CIERTA Y ME COMPROMETO A INFORMAR A MI CONTRATANTE CUALQUIER CAMBIO.

Firma: Jasón Ruiz

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: HUMANA-VITAL S.A.S.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 900217648-1
ADMINISTRACIÓN DIAN : BOGOTA PERSONAS JURIDICAS
DOMICILIO : FUNZA

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 56146
FECHA DE MATRÍCULA : MAYO 02 DE 2008
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2024
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 22 DE 2024
ACTIVO TOTAL : 358,688,923.00
GRUPO NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CL 11 10 A 79
MUNICIPIO / DOMICILIO: 25286 - FUNZA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 8215675
TELÉFONO COMERCIAL 2 : 8237239
TELÉFONO COMERCIAL 3 : 3102444309
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : humanavitals.a.s@hotmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CL 11 10 A 79
MUNICIPIO : 25286 - FUNZA
CORREO ELECTRÓNICO : humanavitals.a.s@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 : humanavitals.a.s@hotmail.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8692 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 04 DE MARZO DE 2008 DE LA CONSTITUCION POR DOC. PRIVADO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 12808 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 02 DE MAYO DE 2008, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA HUMANA-VITAL E.U.

CERTIFICA - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) HUMANA-VITAL E.U
Actual.) HUMANA-VITAL S.A.S.

CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ACTA NÚMERO 1 DEL 13 DE MARZO DE 2009 SUSCRITO POR LA JUNTA DE SOCIOS REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 14060 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 18 DE MARZO DE 2009, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE HUMANA-VITAL E.U POR HUMANA-VITAL S.A.S.

CERTIFICA - TRANSFORMACIONES / CONVERSIONES

POR ACTA NÚMERO 1 DEL 13 DE MARZO DE 2009 DE LA JUNTA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 14060 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 18 DE MARZO DE 2009, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : INSCRIPCION TRANSFORMACION SOCIEDAD A SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICA DAS

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
AC-1	20090313	JUNTA DE SOCIOS	FUNZA	RM09-14060	20090318
AC-2	20091014	JUNTA DE SOCIOS	FUNZA	RM09-15125	20091109
AC-3	20190316	ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS	FUNZA	RM09-45143	20190402

CERTIFICA - VIGENCIA

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

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

LA EMPRESA TENDRÁ COMO OBJETO: ATENCIÓN A PACIENTES QUE REQUIEREN SERVICIO DE TERAPIA INSTITUCIONAL O DOMICILIARIA.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	23.000.000,00	9,002	2.554.987,7804932
CAPITAL SUSCRITO	5.000.000,00	2,00	2.500.000,00
CAPITAL PAGADO	5.000.000,00	2,00	2.500.000,00

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 04 DE MARZO DE 2008 DE CONSTITUCION POR DOC. PRIVADO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 12808 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 02 DE MAYO DE 2008, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
TITULAR	GARZON RUIZ YUDY ESPERANZA	CC 52,218,958

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: DIRECCION Y ADMINISTRACION .- LA DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA EMPRESA CORRESPONDE A SU TITULAR. SIN EMBARGO, ÉSTE PODRÁ DELEGAR LA ADMINISTRACIÓN Y/ O REPRESENTACIÓN LEGAL EN UN GERENTE, QUIEN EJERCERÁ LAS FUNCIONES Y ATRIBUCIONES QUE LE CONFIERE LA LEY Y LAS ESPECÍFICAMENTE DELEGADAS POR EL TITULAR DE LA EMPRESA EN EL ACTO DE NOMBRAMIENTO. REPRESENTANTE LEGAL: LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA EMPRESA ESTARÁ A CARGO DEL TITULAR, QUIEN TIENE TODAS LAS FACULTADES ADMINISTRATIVAS Y DISPOSTIVAS, INHERENTES AL CABAL DESARROLLO DEL OBJETO EMPRESARIAL.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $434,548,546
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8692

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 : $7,900

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

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), 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 hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=47 seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación h4XyPk96D7

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.



LEYDI PAOLA CARRILLO BERNAL

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14949516683

(415)7707212489984(8020) 000001494951668 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 4 8	1	3 2	

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
HUMANA -VITAL S. A. S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Funza 2 8 6

41. Dirección principal
CL 11 10 A 79

42. Correo electrónico humanavitals.a.s@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 6 2 6 3 6 3 6	3 1 0 2 4 4 4 3 0 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 8 0 3 2 7	4 7 7 3	2 0 1 9 0 4 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																							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 2023 - 09 - 21 / 10 : 28: 42

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 GARZON RUIZ YUDY ESPERANZA

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 01-02-2024 10:39:47AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14949516683

(415)7707212489984(8020) 000001494951668 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 4 8	1	Impuestos de Bogotá	3 2	

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	0 4
72. Número	1	1
73. Fecha	2 0 0 8 0 3 0 4	2 0 0 9 0 3 1 3
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 8 0 5 0 2	2 0 0 9 0 3 1 8
77. No. Matrícula mercantil	5 6 1 4 6	1 4 0 6 0
78. Departamento	2 5	2 5
79. Ciudad/Municipio	4 7	4 7

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 %

Vigencia

80. Desde	2 0 0 8 0 5 0 2
81. Hasta	2 0 1 8 0 3 0 4

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				-
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 NO VALIDA DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14949516683

(415)7707212489984(8020) 000001494951668 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 4 8	1	Impuestos de Bogotá	3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 8 0 5 0 2		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadaní 1 3	5 2 2 1 8 9 5 8		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
GARZON	RUIZ	YUDY	ESPERANZA
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 DIAN

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14949516683

(415)7707212489984(8020) 000001494951668 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 4 8	1	Impuestos de Bogotá	3 2	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 2 2 1 8 9 5 8		

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GARZON	RUIZ	YUDY	ESPERANZA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 0 8 0 5 0 2	2 0 0 9 0 3 1 3

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14949516683

(415)7707212489984(8020) 000001494951668 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 4 8	1	Impuestos de Bogotá	3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 3 3 3 0 1 9 8	9	2 0 9 1 8 4 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
PINEDA	POVEDA	FERNANDO	ANTONIO

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento 2 0 2 3 0 6 1 6

DOCUMENTO GENERADO EN EL PORTAL WEB

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
BOGOTA D.C., 30 DE AGOSTO DE 2024	4001139-4		15949715
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
ARCALSEGUROS LIMITADA	21200	2604	01215949715

TOMADOR

NIT	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
9002176481	HUMANA VITAL SAS		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 11 # 10A 79		FUNZA	8263636

GARANTIZADO

NIT	Nombres y Apellidos
9002176481	HUMANA VITAL SAS

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8320008297	INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CALIDAD DEL SERVICIO	30-ENE-2025	30-JUL-2025	3.640.000,00	15.472,88
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30-AGO-2024	30-JUL-2025	3.640.000,00	28.551,97
PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	30-AGO-2024	30-ENE-2028	1.820.000,00	40.008,75

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
30-AGO-2024	30-ENE-2028	1248	30-AGO-2024	30-ENE-2028	$84.034	$15.966	$100.000

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CIEN MIL PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$9.100.000	$34.580	$9.100.000,00

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

103 – NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	2604	CUM002	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
21200	ARCALSEGUROS LIMITADA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	84.034

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA ORIGINADOS DE NRO DE CONTRATO 006-2024. EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO CUYO OBJETO. PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION EN MEDICINA Y REHABILITACION FISICA DEPORTIVA, PARA LOS DEPORTISTAS PERTENECIENTES A LAS ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Y DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FUNZA(CUNDINAMARCA)

Señores

INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA

Reciban un cordial saludo

Por medio de la presente y como representante legal de la IPS HUMANA VITAL con NIT 900217648-1, yo YUDY ESPERANZA GARZON RUIZ con CC 522189587 declaro que no somos responsables del IVA.

Este certificado se expide a los dieciocho días del mes de diciembre del 2024

Cualquier información pueden comunicarse al teléfono 601 8237239 0 al celular 3102444309

Atentamente

YUDY ESPERANZA GARZON
CC. 52.218.958
REPRESENTANTE LEGAL

INFORME DE CONTRATISTA

Número del Contrato:	MC006-2024
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN MEDICINA Y REHABILITACIÓN FÍSICA DEPORTIVA PARA LOS DEPORTISTAS PERTENECIENTES A LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA
Contratista:	HUMANA VITAL S.A.S
No. De Nit	900217648-1

Fecha Inicio del Contrato	02/09/2024	**Fecha de Terminación**	27/12/2024
Fecha de elaboración del informe	30/12/2024	**Periodo del Informe**	01/12/2024-27/12/2024

Valor Total del Contrato	TREINTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS PESOS ($36.400.000)
Valor a Pagar en este periodo	8.109.000
Saldo por Pagar	0
Pago No.	3

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. MC-006-2024 me permito relacionar las actividades ejecutadas durante el periodo del 01 de DICIEMBRE de 2024 al 27 de DICIEMBRE de 2024, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y EVIDENCIAS
1. Realizar valoración por profesionales idóneas a los deportistas de altos logros que presenten algún tipo de lesión osteomuscular ocasionada por la práctica del deporte, que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA. "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista."	Realizamos valoración a 38 deportistas atendidos en las instalaciones de HUMANA VITAL. Se entrega la valoración terapéutica de manera física y digital, con la firma del deportista o del acudiente si es menor de edad. El cuerpo de la valoración terapéutica consta de Anamnesis (datos personales, antecedentes, motivo de consulta) y la valoración como tal; Diagnóstico médico (si cuenta con él), Dolor, movilidad articular, examen muscular, retracciones, postura, marcha.
2. Realizar sesión de rehabilitación para los deportistas de altos logros que presenten algún tipo de lesión osteomuscular	Realizamos 175 terapias a 35 deportistas con diagnósticos que alteraban su rendimiento deportivos las

ocasionada por la práctica del deporte, que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista".	patologías más comunes presentadas por estos deportistas fueron; • Contractura muscular • Dolor de rodilla • Fractura de la diafisis del cubito y radio • Contusion del codo • Esguince de hombro • Fractura de clavícula • Esguince de codo • Esguince de tobillo • Tendinitis rotuliana • Dorsalgia Entregamos de manera física y digital 71 historias clínicas con sus respectivas firmas.
3. Ofrecer sesiones de rehabilitación muscular y rehabilitación deportiva a los deportistas que presentan algún tipo de lesión ocasionada por la práctica del deporte que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista."	realizamos 175 terapias donde según su patología se enfoca la rehabilitación con el objetivo de no perder el gesto deportivo y conservar su nivel de competencia. Entregamos al coordinador 35 historias clínicas con sus respectivas valoraciones en físico y digital.
4. ofrecer sesiones de hidroterapia a los deportistas que presenten algún tipo de lesión ocasionada por la práctica del deporte que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista.	realizamos 3 valoraciones terapéuticas para hidroterapia (entregamos de manera física y digital) 45 sesiones de hidroterapia. 100 deportistas atendidos en hidroterapia. Se entregan 19 reportes de hidroterapia de manera física y digital en estos 28 reportes se puede evidenciar las 100 firmas de los usuarios que recibieron la hidroterapia. Estos reportes se dan de manera física y digital con su respectivo registro fotográfico por sesión. Se atendieron usuarios que practican los siguientes deportes: Natación Tenis Pesas Atletismo Deportistas con discapacidades Porristas Taekwondo Patinaje artístico Patinaje de carreras Futbol de elite Futbol de sala
5. ofrecer acompañamiento interdisciplinario a los deportistas que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar una hora según la necesidad"	El acompañamiento interdisciplinario que hicimos estuvo a cargo de 6 terapeutas; 4 en la IPS, 1 en hidroterapia y 1 terapeuta que coordina. siempre se realizan recomendaciones verbales o escritas (plan casero a los diferentes deportistas. Como evidencia se presenta las historias clínicas (donde se describe el plan casero o recomendaciones dadas por los terapeutas)

6. Atender consultas e inquietudes del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA	Nuestra coordinadora estuvo a disposición de las personas que hacen parte del instituto municipal para la recreación y el deporte CUNDEPORTES FUNZA
7. Contar con equipos de última tecnología en electroterapia, magnetoterapia, laserterapia, botas de presión que garanticen la seguridad de atención a los deportistas	D urante nuestras sesiones de fisioterapia que se dan en la IPS los usuarios están expuestos a los diferentes tratamientos de acuerdo a sus patologías y a los objetivos propuestos por los profesionales de fisioterapia, como evidencia están los registros fotográficos donde se puede observar pacientes con uso de láser, TENS, ultrasonido, botas de compresión (presoterapia) y en diferentes máquinas que tiene HUMANA VITAL.
8. Disponer de una infraestructura física amplia que garantice excelente atención brindando comodidad, privacidad, ambientes higiénicos.	Contamos con un edificio de 5 pisos de los cuales 2 pisos se encuentra disponible para terapia física, cuenta con ascensor para asegurar el acceso a todas las personas, cada piso cuenta con batería de baños tanto para hombre como mujer, cuenta con vestidores y espacios aptos para desarrollar la terapia. HUMANA VITAL al ser una IPS está obligada a trabajar bajo la resolución 3100 del 2019, donde especifican los requisitos de infraestructura que debe contar una IPS para poder prestar servicio y estar habilitada. Como evidencia anexamos nuestro certificado de habilitación.
9. Garantizar la oportunidad del servicio a través de la disponibilidad de citas para su agendamiento.	Contamos con una agendamiento de máximo 1 día dando así la seguridad de que el usuario tendrá oportunidad en el servicio.
10. Entregar informe de manera digital a cada uno de los deportistas atendidos, con copia al coordinador del equipo interdisciplinario.	Nuestra IPS, HUMANA VITAL S.A.S haciendo cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 donde dice" ***La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central."*** y la ley 2015 del 2020 por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. Cuenta con historia clínica electrónica (arius), la cual tiene los permisos para su funcionamiento y la custodia necesaria para garantizar la confidencialidad de la historia clínica. Por lo tanto el usuario tendrá disposición de la historia clínica durante 20 años después de la atención y solo se entregará cuando el usuario la requiera, el se debe acercar a la IPS y hacer la solicitud. En cuanto a la entrega para el coordinador se realiza de forma física y digital donde según la contratación de HUMANA VITAL estos archivos únicamente se utilizarán para complementar el nivel deportivo del usuario y que el coordinador entiende que esta información es confidencial y no se hará mal uso de ella. Se entrega los siguientes documentos: En físico informes de hidroterapia con respectivas sus respectivas valoraciones. Informes la atención prestada en las instalaciones de HUMANA VITAL con sus respectivas valoraciones. De igual manera entregamos un cd con todos los archivos escaneados.
11. Incentivar a la promoción de hábitos adecuados de calentamiento, estiramiento y prevención de lesiones con deportistas y entrenadores.	Se entregan planes caseros con estiramientos y calentamiento a deportistas.

12. Apoyo al grupo interdisciplinario por parte del profesional de fisioterapia cuando sea necesario (talleres y capacitaciones)	Acompañamos al evento carrera de la mujer el día 01 de diciembre, en el horario de 6:00am a 12:00 del día, con 5 fisioterapeutas allí realizamos recuperación muscular a las personas que corrieron ese día. Acompañamos al evento de natacion con 1 terapeuta, el día 5 de diciembre en horario de 2:00pm a 7:00pm, y el día 6 de diciembre en horario 7:00am a 12:00 del dia con el fin de atender a deportistas que sufrieran algún tipo de lesión durante dicho evento, esos días atendimos a pacientes con desgarros y fatiga musculares. Realizamos masajes vibración, estiramientos, uso del ultrasonido, según lo requiriera el deportista.
13. Una vez terminada las valoraciones enviar reporte al coordinador del grupo interdisciplinario para el respectivo seguimiento.	El día 26 de diciembre entregamos historias clínicas físicas .

Cordialmente,

YUDY ESPERANZA GARZON RUIZ
CC 52218958 Bogotá
Representante legal
IPS HUMANA VITAL S.A.S
NIT 900217648-1

CUNDEPORTES FUNZA

INFORME DE SUPERVISIÓN

ALCALDÍA DE FUNZA

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN		***Informe No.***	***3***

1. INFORMACION GENERAL

Contratista	HUMANA VITAL S.A.S		
NIT / C.C.	900217648-1	**Expedida en:**	NA
Nombre y cédula del Supervisor	JHONY FERNANDO CRIOLLO PARRA -80.657.583		
Cargo	SUBDIRECTOR		
Objeto Contractual:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN MEDICINA Y REHABILITACIÓN FÍSICA DEPORTIVA PARA LOS DEPORTISTAS PERTENECIENTES A LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA		
Fecha de suscripción de contrato			27/08/2024
CDP No.	**2024000363**	**Fecha**	**12/07/2024**
Registro Presupuestal No.	**2024000463**	**Fecha**	**27/08/2024**
Recursos utilizados	**Inversión: X**		**Funcionamiento:**
Número y nombre de la meta	174 Fortalecer 38 escuelas deportivas en los niveles de iniciación fundamentación y especialización para niños, niñas y adolescentes del municipio de Funza		
Código y nombre del Rubro	2.4.43.046.2.3.2.02.02.009.174.007 contratación del programa de fisioterapia y rehabilitación física para los deportistas		
Fecha presentación del informe:	30/12/2024		
Fecha acta de inicio:			**02/09/2024**

Valor del Contrato	$36.400.000	**Tiempo de Ejecución**	5	**Meses**	0	**Días**	
Tipo de Informe	**Avance**		**Periodo del informe**	**Desde:**	01/12/2024		
	Final	X		**Hasta:**	27/12/2024		

2. ADICIONES Y / O PRORROGAS

Adición	NA	**Nro.**	**NA**	**Valor**	NA	**Fecha**	NA	NA	NA
CDP No.			**NA**			**Fecha**	**NA**	**NA**	**NA**
Registro Presupuestal No.			**NA**			**Fecha**	**NA**	**NA**	**NA**
Valor Total del Contrato									
Plazo de Ejecución Inicial			**N/A**		**N/A**		**N/A**	**N/A**	**N/A**
Prórroga			**N/A**		**N/A**		**N/A**	**N/A**	**N/A**
Plazo de Ejecución Final			**N/A**		**N/A**		**N/A**	**N/A**	**N/A**
Nueva fecha de terminación:					NA				

SUSPENSIÓN (SEGÚN APLIQUE)

Fecha: N/A	**Tiempo de la ampliación:** N/A	**Nueva fecha de terminación:** N/A

*se deben adicionar tantas filas como sea necesario de acuerdo con el estado del contrato al momento de realizar el corte

CUNDEPORTES FUNZA

INFORME DE SUPERVISIÓN

ALCALDÍA DE FUNZA

INFORME DEL SUPERVISOR

Obligaciones específicas del contratista	% Programado	% Alcanzado	Actividades desarrolladas y evidencias
1. Realizar valoración por profesionales idóneas a los deportistas de altos logros que presenten algún tipo de lesión osteomuscular ocasionada por la práctica del deporte, que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA. "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista."	100%	100%	Realizaron valoración a 38 deportistas atendidos en las instalaciones de HUMANA VITAL. Se entrega la valoración terapéutica de manera física y digital, con la firma del deportista o del acudiente si es menor de edad. El cuerpo de la valoración terapéutica consta de Anamnesis (datos personales, antecedentes,motivo de consulta) y la valoración como tal; Diagnóstico médico (si cuenta con él), Dolor,movilidad articular, examen muscular, retracciones, postura, marcha.
2. Realizar sesión de rehabilitación para los deportistas de altos logros que presenten algún tipo de lesión osteomuscular ocasionada por la práctica del deporte, que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista".	100%	100%	realizaron 175 terapias a 35 deportistas con diagnósticos que alteraban su rendimiento deportivos las patologías más comunes presentadas por estos deportistas fueron; • Contractura muscular • Dolor de rodilla • Fractura de la diafisis del cubito y radio • Contusion del codo • Esguince de hombro • Fractura de clavícula • Esguince de codo • Esguince de tobillo • Tendinitis rotuliana • Dorsalgia entregaron de manera física y digital 35 historias clínicas con sus respectivas firmas.
3. Ofrecer sesiones de rehabilitación muscular y rehabilitación deportiva a los deportistas que presentan algún tipo de lesión ocasionada por la práctica del deporte que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada	100%	100%	realizaron 175 terapias donde según su patología se enfoca la rehabilitación con el objetivo de no perder el gesto deportivo y conservar su nivel de competencia. entregaron al coordinador 35 historias clínicas con sus respectivas evoluciones en físico y digital.

valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista."			
4. ofrecer sesiones de hidroterapia a los deportistas que presenten algún tipo de lesión ocasionada por la práctica del deporte que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista.	100%	100%	Realizaron 3 valoraciones terapéuticas para hidroterapia (se entregan de manera física y digital) 45 sesiones de hidroterapia. 100 deportistas atendidos en hidroterapia. Entregaron 19 reportes de hidroterapia de manera física y digital en estos 28 reportes se puede evidenciar las 100 firmas de los usuarios que recibieron la hidroterapia. Estos reportes se dan de manera física y digital con su respectivo registro fotográfico por sesión. Se atendieron usuarios que practican los siguientes deportes: Natación Tenis Pesas Atletismo Deportistas con discapacidades Porristas Taekwondo Patinaje artístico Patinaje de carreras Futbol de elite Futbol de sala
5. ofrecer acompañamiento interdisciplinario a los deportistas que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar una hora según la necesidad"	100%	100%	El acompañamiento interdisciplinario estuvo a cargo de 6 terapeutas; 4 en la IPS, 1 en hidroterapia y 1 terapeuta que coordina. realizan recomendaciones verbales o escritas (plan casero a los diferentes deportistas. Como evidencia se presenta las historias clínicas (donde se describe el plan casero o recomendaciones dadas por los terapeutas)
6. Atender consultas e inquietudes del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA	100%	100%	La coordinadora estuvo a disposición de las personas que hacen parte del instituto municipal para la recreación y el deporte CUNDEPORTES FUNZA
7. Contar con equipos de última tecnología en electroterapia, magnetoterapia, laserterapia, botas	100%	100%	Durante las sesiones de fisioterapia que se dan en la IPS los usuarios están expuestos a los diferentes tratamientos

de presión que garanticen la seguridad de atención a los deportistas			de acuerdo a sus patologías y a los objetivos propuestos por los profesionales de fisioterapia, como evidencia están los registros fotográficos donde se puede observar pacientes con uso de láser, TENS, ultrasonido, botas de compresión (presoterapia) y en diferentes máquinas que tiene HUMANA VITAL.
8. Disponer de una infraestructura física amplia que garantice excelente atención brindando comodidad, privacidad, ambientes higiénicos.	100%	100%	HUMANA VITAL cuenta con un edificio de 5 pisos de los cuales 2 pisos se encuentra disponible para terapia física, cuenta con ascensor para asegurar el acceso a todas las personas, cada piso cuenta con batería de baños tanto para hombre como mujer, cuenta con vestidores y espacios aptos para desarrollar la terapia. HUMANA VITAL al ser una IPS está obligada a trabajar bajo la resolución 3100 del 2019,donde especifican los requisitos de infraestructura que debe contar una IPS para poder prestar servicio y estar habilitada. Como evidencia anexamos nuestro certificado de habilitación.
9. Garantizar la oportunidad del servicio a través de la disponibilidad de citas para su agendamiento.	100%	100%	HUMANA VITAL S.A.S cuenta con una agendamiento de máximo 1 día dando así la seguridad de que el usuario tendra oportunidad en el servicio.
10. Entregar informe de manera digital a cada uno de los deportistas atendidos, con copia al coordinador del equipo interdisciplinario.	100%	100%	La IPS HUMANA VITAL S.A.S haciendo cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 donde dice" *La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central."* y la ley 2015 del 2020 por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. Cuenta con historia clínica electrónica (arius), la cual tiene los permisos para su funcionamiento y la custodia necesaria para garantizar la confidencialidad de la historia clínica.

			Por lo tanto el usuario tendrá disposición de la historia clínica durante 20 años después de la atención y solo se entregará cuando el usuario la requiera, el se debe acercar a la IPS y hacer la solicitud. En cuanto a la entrega para el coordinador se realizo de forma física y digital donde según la contratación de HUMANA VITAL estos archivos únicamente se utilizarán para complementar el nivel deportivo del usuario y que el coordinador entiende que esta información es confidencial y no se hará mal uso de ella. Entregaron los siguientes documentos: En físico informes de hidroterapia con respectivas sus respectivas valoraciones Informes la atención prestada en las instalaciones de HUMANA VITAL con sus respectivas valoraciones De igual manera se entregó un cd con todos los archivos escaneados.
11. Incentivar a la promoción de hábitos adecuados de calentamiento, estiramiento y prevención de lesiones con deportistas y entrenadores.	100%	100%	Se entregan planes caseros con estiramientos y calentamiento a deportistas
12. Apoyo al grupo interdisciplinario por parte del profesional de fisioterapia cuando sea necesario (talleres y capacitaciones)	100%	100%	Acompañan al evento de la carrera de la mujer, el día 01 de diciembre, en el horario de 6:00am a 12:00 del día, con 5 fisioterapeutas allí realizan recuperación muscular a las personas que corrieron ese día. Acompañan al evento de natación con 1 terapeuta, el día 5 de diciembre en horario de 2:00pm a 7:00pm, y el día 6 de diciembre en horario de 7:00am a 12:00 del día, con el fin de atender a deportistas que sufrieran algún tipo de lesión durante dicho evento, en este evento se presentaron; desgarros y fatiga musculares. Realizan masajes, vibración, estiramientos, uso del ultrasonido, según lo requiera el deportista.

CUNDEPORTES FUNZA

INFORME DE SUPERVISIÓN

ALCALDÍA DE FUNZA

Una vez terminada las valoraciones enviar reporte al coordinador del grupo interdisciplinario para el respectivo seguimiento.	100%	100%	El día 26 de diciembre se hace entrega de historias clínicas físicas

Espacio exclusivo para uso del supervisor

El suscrito supervisor, en cumplimiento de las obligaciones a su cargo, en desarrollo de las actividades de vigilancia y control sobre el contrato, presenta el siguiente informe, respecto de las actividades ejecutadas por el contratista:

OPORTUNIDAD				**CALIDAD**	
Oportuno		**Pendiente**		**Idoneidad en el cumplimiento de las obligaciones**	
SI __X__	NO ____	SI ____	NO ____	SI ____X__	NO _____
CONSISTENCIA		**ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**		**SERVICIO AL CIUDADANO**	
SI __X__	NO ____	SI ____	NO ____	SI _X_____	NO _____

De igual manera se procede a dejar a continuación constancia de la revisión del informe presentado por el contratista, así:

Fecha entrega informe del contratista:	30/12/2024
Soportes del informe:	30/12/2024
Observaciones del supervisor:	ninguna

En virtud de lo anterior, aprueba el informe de actividades presentado por el contratista, que se adjunta al presente informe: SI _X____ NO_____

Asimismo, y dado el estado financiero del contrato que se plasma en el siguiente cuadro*:

VALOR INICIAL	36.400.000	
VALOR ADICIONADO		
VALOR ACTUAL CONTRATO	36.400.000	
VALOR A PAGAR	8.109.000	
PAGOS REALIZADOS		**% EJECUCION**
PAGO 1	9.712.000	25.66%
PAGO 2	11.499.000	30.38%
PAGO 3	8.109.000	21.40%
EJECUTADO	29.311.000	77.44%
POR EJECUTAR	7.080.000	22.56%

*se deben adicionar tantas filas como sea necesario de acuerdo con el estado del contrato al momento de realizar el corte

CUNDEPORTES FUNZA

INFORME DE SUPERVISIÓN

ALCALDÍA DE FUNZA

El suscrito supervisor del contrato avala el pago de esta cuenta por la suma de: ONCE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS

VERIFICACIÓN PAGO APORTES SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

CUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (EPS - FONDO DE PENSIONES Y ARL)				**Número Planilla**	**9478710977**
EPS	colsanitas / Famisanar			**PERIODO CANCELADO**	DICIEMBRE
PENSIONES	colfondos/ colpensiones porvenir			**PERIODO CANCELADO**	NOVIEMBRE
ARL	colpatria			**PERIODO CANCELADO**	DICIEMBRE
FECHA DE PAGO	12	10	2024	**ENTIDAD CON LA QUE SE LIQUIDAN LOS PARAFISCALES**	Aportes en línea

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de los aportes al sistema integral de seguridad social (salud, pensión y ARL): SI__X___ NO_____

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de aportes al ICBF: SI_____ NO: _____ NO APLICA___X___

El supervisor del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista de la obligación frente al pago de aportes a Cajas de Compensación Familiar: SI_____ NO: _____ NO APLICA__X_____

Soporte de la verificación: Planilla _____ Certificación expedida por ____X___
Representante legal o revisor fiscal

Se verificó para el periodo de tiempo al que corresponde el presente informe la correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50.

	SUPERVISOR		**APOYO A LA SUPERVISIÓN**
FIRMA:		**FIRMA:**	
NOMBRE :	JHONY FERNANDO CRIOLLO	**NOMBRE:**	JHONY FERNANDO CRIOLLO
CARGO:	SUBDIRECTOR TECNICO	**CARGO:**	SUBDIRECTOR TECNICO

CUNDEPORTES FUNZA

ROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

CTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO O CONVENIO

ALCALDÍA DE FUNZA

CONTRATO O CONVENIO No.	**MC006-2024**	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:**	27/8/2024

TIPO DE CONTRATO O CONVENIO:	DIRECTA
CONTRATISTA:	
Nombre y/o razón social:	HUMANA VITAL SAS
Número CC / NIT:	900217648-1
CESIONARIO:	
Nombre y/o razón social:	
Número CC / NIT:	

OBJETO CONTRACTUAL: (Tal y como se encuentra en el contrato a liquidar)

PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION EN MEDICINA Y REHABILITACION FISICA DEPORTIVA PARA LOS DEPORTISTAS PERTENECIENTES A LAS ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Y DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA

ALCANCE DEL OBJETO Y/O LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES :

1.Realizar valoración por profesionales idóneas a los deportistas de altos logros que presenten algún tipo de lesión osteomuscular ocasionada por la práctica del deporte, que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA. "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista

2. Realizar sesión de rehabilitación para los deportistas de altos logros que presenten algún tipo de lesión osteomuscular ocasionada por la práctica del deporte, que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista".

3. Ofrecer sesiones de rehabilitación muscular y rehabilitación deportiva a los deportistas que presentan algún tipo de lesión ocasionada por la práctica del deporte que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista."

4.ofrecer sesiones de hidroterapia a los deportistas que presenten algún tipo de lesión ocasionada por la práctica del deporte que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar un tiempo adecuado para cada valoración 45 minutos de acuerdo a la necesidad de cada deportista

5.ofrecer acompañamiento interdisciplinario a los deportistas que pertenezcan a las escuelas de formación y deportistas de alto rendimiento del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA "Garantizar una hora según la necesidad"

6.Atender consultas e inquietudes del INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES FUNZA

7. Contar con equipos de última tecnología en electroterapia, magnetoterapia, laserterapia, botas de presión que garanticen la seguridad de atención a los deportistas

8. Disponer de una infraestructura física amplia que garantice excelente atención brindando comodidad, privacidad, ambientes higiénicos.

9.Garantizar la oportunidad del servicio a través de la disponibilidad de citas para su agendamiento.

10.Entregar informe de manera digital a cada uno de los deportistas atendidos, con copia al coordinador del equipo interdisciplinario.

11.Incentivar a la promoción de hábitos adecuados de calentamiento, estiramiento y prevención de lesiones con deportistas y entrenadores

12.Apoyo al grupo interdisciplinario por parte del profesional de fisioterapia cuando sea necesario (talleres y capacitaciones)

13.Una vez terminada las valoraciones enviar reporte al coordinador del grupo interdisciplinario para el respectivo seguimiento.

VALOR INICIAL: (En este espacio escriba el valor total del contrato, tanto en números como en letras)	
Valor en números:	$ 36.400.000
Valor en letras:	TRENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS
ADICIONES EN VALOR: (Escriba el valor total de las adiciones al valor)	
Valor en números:	0
Valor en letras:	
PLAZO DE EJECUCIÓN PACTADO:	
PLAZO INICIAL:	5 MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	27-dic-24
ADICIONES AL PLAZO (PRÓRROGAS):	
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	
HUBO TERMINACIÓN ANTICIPADA	
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	
SUPERVISOR (Identificación del supervisor y dependencia a la que pertenece)	
Nombre:	JHONY FERNANDO CRIOLLO
Dependencia:	SUBDIRECTOR TECNICO

Entre los suscritos a saber **JENNI VASQUEZ FIGUEROA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.073.504.658 expedida en Funza, en su calidad de Representante Legal del **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE CUNDEPORTES - FUNZA NIT. 832.000.829-7**, establecimiento público descentralizado, de orden municipal, creado mediante Acuerdo No. 035 de 1995 expedido por el Concejo Municipal de Funza y nombrada mediante Resolución No. 043 del 12 de enero de 2024, debidamente facultada para suscribir contratos y convenios conforme lo señala la Ley 80 de 1993 y demás normas complementarias, quien en adelante se denominará **EL INSTITUTO** de una parte; Y **JHONY FERNANDO CRIOLLO,** en su calidad de **SUPERVISOR(A)**, acordamos suscribir el **ACTA DE LIQUIDACIÓN** del contrato tal como lo establece la cláusula de liquidación del mismo en los siguientes términos:

ACTAS SUSCRITAS DURANTE LA EJECUCIÓN DE TODO EL CONTRATO

Ítem	No.	DESCRIPCIÓN	FECHA DE SUSCRIPCIÓN
1	1	ACTA DE INICIO	2-sep-24

CONSOLIDADO DEL ESTADO JURÍDICO

DESCRIPCIÓN	HUBO		FECHA DE SUSCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
	SI	NO		
SUSPENSIONES		X		
REINICIOS		X		
ADICIONES		X		
PRÓRROGAS		X		
MULTAS		X		
DECLARACIÓN INCUMPLIMIENTO		X		
CADUCIDAD		X		

ESTADO DE VIGENCIA DE LOS AMPAROS AL MOMENTO DE LIQUIDAR

DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS	VIGENTE HASTA			VIGENTE		
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	N.A.
(SEGURO CUMPLIMIENTO ESTATAL) CALIDAD DE SERVICIO	30	07	2025	X		
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30	07	2025	X		
CALIDAD DE LOS ELEMENTOS						X
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LA	30	1	2028	X		

CONSOLIDADO ESTADO FINANCIERO

DESCRIPCIÓN	VALOR
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 36.400.000,00
VALOR ADICIONADO:	$ 0,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 36.400.000,00
VALOR TOTAL DEL ANTICIPO:	$ 0,00
VALOR AMORTIZADO	$ 0,00
VALOR RECIBIDO POR EL CONTRATISTA:	$ 21.211.000,00
VALOR SIN EJECUTAR POR EL CONTRATISTA	$ 15.189.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA:	$ 8.109.000,00
SALDO A FAVOR DEL INSTITUTO:	$ 7.080.000,00

DETALLE DE LOS DESEMBOLSOS REALIZADOS

DESCRIPCIÓN	COMPROBANTE DE EGRESO		VALOR	
	FECHA	NÚMERO		
PRIMER PAGO	22-nov-24	2024001441	$	9.712.000
SEGUNDO PAGO	16-dic-24	2024001600	$	11.499.000
TERCER PAGO				
CUARTO PAGO				

CONSTANCIA DE INVERSIÓN EFECTUADA DEL ANTICIPO

DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL	VALOR AMORTIZADO	SALDO POR AMORTIZAR
			$ 0,00
			$ 0,00
			$ 0,00
			$ 0,00
			$ 0,00

El contratista hace constar que durante la ejecución del contrato no surgieron situaciones que generen desequilibrio económico, creando a su favor haberes adicionales, por lo cual **CUNDEPORTES FUNZA**, queda exento de cualquier reclamación presente o futura en relación con este contrato.

JHONY FERNANDO CRIOLLO

JENNI VÁSQUEZ FIGUEROA
DIRECTORA GENERAL

HUMANA VITAL S.AS
CONTRATISTA

REVISÓ		REVISÓ	
Yamile Andrea Garzón Murillo Profesional Universitario - Área Juridica	Firma	Maryin Astrid Rodriguez J. Profesional Universitario - Área Financiera	Firma