TURISMO Villavicencio

**GESTION DE LA INFORMACIÓN**

LISTADO DE DOCUMENTOS PARA RADICAR CUENTAS PARA CONTRATISTAS

CÓDIGO:FR-GI110-10
FECHA:29/11/2024
VERSIÓN: 03

**Fecha de radicación:** 26 DIC 2024 **Número de Radicado:** E-2448

**Señor contratistas**, es su resposanbilidad adjuntar todos los documentos requeridos en el presente formato, con el fin de que su supervisor realice verficación de los mismos y traslade su cuenta de cobro a la dependencia Financiera para su respectivo pago.

**1.1 INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

CONTRATO N° 082 DEL 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Centro de Especialistas Santa Barbara IPS SAS

NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR: Shirley Viviana Arango Garzón - Subdirectora Ativa

| N° | | PRESENTADO | | |
|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | No aplica |
| 1 | Informe de Actividades (debe redactarse teniendo en cuenta las obligaciones del contrato)- Adjuntar soportes de la ejecución en el caso de que aplique. ( EN FISICO Y DIGITAL SEGÚN APLIQUE) | ✓ | | |
| 2 | Dos Originales Cuenta de Cobro o Factura Electrónica | ✓ | | - |
| 3 | **Para el primer pago para el inicio de contrato:** Copia de afiliación de la seguridad social ó Pago de la Planilla | | | ✓ |
| | **Para pagos posteriores o último pago:** Planilla de pago de Seguridad Social (Persona natural) / Certificado de Pago de Aportes (Persona Juridica) | ✓ | | |
| 4 | Declaración juramentada (Solo para Persona Natural) | | | ✓ |
| 5 | RUT (**Para Primer o único pago y en caso de actualización**) | ✓ | | |
| 6 | Certificado Bancario de la cuenta donde se realizara la transferencia de los pagos. **(Para todos los pagos)** | ✓ | | |

Quien radica los documentos: Sandra A. — Firma — Nombre y apellido — Secretaria — Cargo

**Fecha de traslado:** 26 del 12 de 2024

**Supervisor:** Sh. Viviana — Firma — Shirley Viviana Arango G — Nombre y apellido — Subdirectora Ativa — Cargo

*EN CASO QUE EL SUPERVISOR REALICE DEVOLUCIÓN DE LA CUENTA POR FALTA DE SOPORTES O CORRECIONES, SE DEBE DILIGENCIAR LA PARTE INFERIOR Y RADICAR EL DOCUMENTO NUEVAMENTE.*

Fecha de Devolución: 30 del 12 de 2024

Motivo de Devolución: Expedición Factura con valores equivocados y cambio Informe de actividades realizando la corrección

**Fecha de radicado:** 31 del 12 del 2024 **Número de Radicado:** E-2500

**Fecha de traslado:** 31 del 12 de 2024

**Traslado al Supervisor:** Sandra A. — Firma — Nombre y apellido — Secretaria — Cargo

Centro de Especialistas
**Santa Bárbara IPS**

# *FORMATO INFORME DE EJECUCION CONTRATO 082 DE 2024*

## DATOS GENERALES

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME** | 23 | 07 | 24 | **A** | 30 | 12 | 24 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **FÍSICA** | | | **PRESUPUESTAL** | | |
| | **55** | | | **0** | | |
| **INFORME PERIÓDICO** | | **N°** | | | | |
| **INFORME UNICO** | X | | | | | |

### Datos del supervisor

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | SHIRLEY VIVIANA ARANGO GARZON |
| **DEPENDENCIA** | SUDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| **CARGO** | SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| **FUNCIONARIO APOYO A LA SUPERVISIÓN** | *N/A* |

### Datos del contrato supervisado

| | |
|---|---|
| NUMERO Y TIPO DE CONTRATO | N°082 de 2024 |
| **OBJETO**<br>EXAMENES OCUPACIONALES PERIODICO, DE INGRESO Y EGRESO PARA LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DEL INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO. | |
| **CONTRATISTA** | CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARABARA IPS S.A.S. |
| **FECHA DE CONTRATO** | 18/07/2024 |
| **CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT DEL CONTRATISTA** | 900.051.899-7 |
| **VALOR** | SEIS MLLONES DE PESOS MCTE. ($6.000.000) |
| **PLAZO** | CINCO (5) MESES |
| **FECHA ACTA DE INICIO** | *18 de julio de 2024* |
| **FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO** | *22/12/2024* |
| **ADICION** | Fecha: DD/MM/AA<br>N° de Adición: N/A<br>Valor:<br>N° y fecha del Registro Presupuestal: DD/MM/AA |
| **PRORROGA** | DD/MM/AA<br>N/A |
| **SUSPENSIÓN** | *N/A* |
| **VENCIMIENTO PÓLIZAS Y GARANTÍAS** | |
| | |

Centro de Especialistas
**Santa Bárbara IPS**

## *FORMATO INFORME DE EJECUCION CONTRATO 082 DE 2024*

## SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

### 1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES:

| NÚMERO DE | OBLIGACIÓN | DESCRIPICION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA EN CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES |
|---|---|---|
| 1 | Obrar con lealtad y buena fe, evitando cualquier forma de dilación en el cumplimiento de sus_ obligaciones. | El contrato se ha venido desarrollando obrando con lealtad y buena fe, evitando cualquier forma dilación en el cumplimiento de nuestras obligaciones |
| 2 | Rechazar cualquier forma de amenaza o petición de personas· que, actuando fuera de la Ley, pretendan obligarlo a realizar u omitir actos u hechos. En caso de presentar cualquiera de estas situaciones, EL CONTRATISTA deberá dar aviso escrito e inmediato al INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO y las autoridades correspondientes. El incumplimiento de las obligaciones descritas en este numeral. dará lugar a la declaratoria de caducidad del contrato. | Durante la ejecución del contrato no se han presentado situaciones de amenaza o o petición de personas· que pretendan obligarnos a realizar u omitir actos u hechos fuera de la ley. |
| 3 | Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley_ 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato. | Se adjunta certificación de pago de seguridad social y parafiscales firmada por nuestro revisor fiscal. |
| 4 | Dar cumplimiento a la Normatividad Legal Vigente (resolución 0312 de 2019 y el artículo 2.2.4.6.28 del decreto 1072 de 2015, Resolución 4272 de 2021. ISO 45001 de 2018). | El contrato se desarrolla dentro de los términos y dando cumplimiento estricto de los protocolos y procedimientos establecidos Normatividad Legal Vigente (resolución 0312 de 2019 y el artículo 2.2.4.6.28 del decreto 1072 de 2015, Resolución 4272 de 2021. ISO 45001 de 2018). |
| 5 | Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo). | El contrato se desarrolla dentro de los términos y dando cumplimiento estricto de los protocolos y procedimientos establecidos Ley 594 de del 2000 |
| 6 | Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa.o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas. | Las actividades se prestan sin personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas. |
| 7 | Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del contrato; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contráctual. | El contrato se desarrolla dentro de los términos y dando cumplimiento estricto de los protocolos y |

## *FORMATO INFORME DE EJECUCION CONTRATO 082 DE 2024*

| | | |
|---|---|---|
| | Por lo.cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para e.l desarrollo de la prestación del servició. | procedimientos establecidos, acorde con el estatuto contráctual |
| **8** | Presentar Informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor. | El presente es el primer y único informe de ejecución del contrato. |
| **9** | Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato. | Se suscribió acta de inicio el 23 de julio de 2024 |
| **10** | Atender y dar respuesta oportuna a los requerimientos del supervisor del contrato. | El contrato se ha venido desarrollando dentro del plazo y objeto contratado, garantizando la calidad de los bienes; acogiéndonos a la forma pago y descuentos de ley establecidos |
| **11** | Consultar con el supervisor del contrato las activiaades, decisiones, ·materiales, comunicaciones y/o situaciones irregulares relacionadas con la ejecución del contrato. | El contrato se desarrolla dentro de los términos y dando cumplimiento a la estipulado, contando con la consultoría del supervisor cuando ha sido necesario. |
| **12** | Coordinar técnica y operativamente las acciones necesarias para desarrollar el objeto del contrato, a través del supervisor del contrato. | Se ha llevado a cabo las acciones técnicas y operativas para el desarrollo del objeto del contrato a través del supervisor del contrato. |
| **13** | Participar en las reuniones que el Instituto de Turismo de Villavicencio a través del Supervisor del contrato convoquen para planear, hacer seguimiento a la ejecución y socializar los resultados del futuro contrato. | Se ha participado en las reuniones que hemos sido convocados por parte del Instituto de Turismo de Villavicencio. |
| **14** | Colaborar con el Instituto de Turismo de Villavicencio en el suministro_ y respuesta de la información correspondiente, para efectos de que el instituto de respuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado' Colombiano en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del contrato objeto del presente documento | El contrato se desarrolla dentro de los términos y dando cumplimiento a la estipulado, sin embargo a la fecha no se presentado requerimiento alguno por parte del Instituto. |
| **15** | Suministrar al Instituto de Turismo de Villavicencio, al supervisor del contrato toda la información que se requiera con. el fin de que estos puedan verificar el cumplimiento de los requisitos y compromisos tanto contractuales como los legales a que haya lugar debido al futuro contrato. | El contrato se desarrolla dentro de los términos y dando cumplimiento a la estipulado. |
| **16** | No ceder todo o parte el futuro contrato sin la autorización previa y escrita del Instituto de turismo de Villavicenéio. | El contrato se desarrolla dentro de los términos y dando cumplimiento a la estipulado |
| **17** | Dar aviso al Instituto de Turismo de Villavicencio evento de presentarse circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor durante la ejecución del contrato dervado del presente proceso de selección, adjuntando las pruebas que demuestren el hecho .. | Durante la ejecución del contrato no se han presentado situaciones de circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor |
| **18** | Responder por sus actuaciones· u omisiones derivadas de la celebración del contrato y de la ejecución de este. | La empresa responde por las actuaciones derivadas de la ejecución del contrato. |
| **19** | Realizar-por escrito cualquier requerimiento, reclamación, sugerencia, comentario o demás que considere pertinente para la debida ejecución del objeto contractual, a la Dirección General, a través del supervisor del contrato. | Durante la ejecución del contrato no se ha realizado requerimiento, reclamación, sugerencia o comentarios que se considere |

| | | |
|---|---|---|
| | | pertinente para la ejecución del contrato. |
| **20** | El contratista se compromete a mantener vigente durante la ejecución del contrato los precios ofertados en la propuesta | Se garantiza a mantener vigente durante la ejecución del contrato los precios ofertados en la propuesta. |
| **21** | Pagar y asumir los impuestos a que haya-lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo. | Santa Barbara IPS paga y asume los impuestos a los que hubiere lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo. |
| **22** | Asumir los descuentos de Ley. | Santa Barbara IPS Asume los descuentos de Ley. |
| **23** | Facturar de acuerdo con lo establecido en-el Estatuto Tributario | Santa Barbara IPS Factura de acuerdo con lo establecido en-el Estatuto Tributario. |
| **24** | Asumir el ciento por ciento· (100%) de los riesgos previsibles a cargo del Contratista | Santa Barbara IPS Factura, asume el ciento por ciento· (100%) de los riesgos previsibles a cargo del Contratista |
| **25** | Asumir los costos que impliquen la ejecución del objeto y las actividades pactadas en el contrato | Santa Bárbara IPS asumira los costos que impliquen la ejecución del objeto y las actividades pactadas en el contrato |
| **26** | Entregar el informe-de contratista con su respectivo sus respectivos adjuntos | Se hace a través de este documento informe del contratista con sus respectivos soportes adjuntos. |
| **27** | Publicar·los informes y cuentas de cobro, en la plataforma SECOP 11. | Santa Bárbara IPS publicara los informes y cuenta de cobro, en la plataforma SECOP II, previo autorización de la supervisión del contrato |
| **28** | Las demás relacionadas con el objeto del contratado. | Se ha dado cumplimiento a lo solicitado de acuerdo al objeto contratado. |
| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS | |
| **1** | Dar cabal:cumplimiento al objeto del contrato, y demás especificaciones técnicas establecidas en los documentos precontractuales y en la propuesta presentada. | El contrato se desarrolla dentro de los términos al objeto del contrato, y demás especificaciones técnicas establecidas en los documentos precontractuales y en la propuesta presentada. |
| **2** | Coordinar con el supervisor de'l contrato, la programación de los exámenes médicos . ocupacionales, teniendo en cuenta la jornada laboral de los funcionarios. | Se coordino con el supervisor de'l contrato, la programación de los exámenes médicos . ocupacionales, teniendo en cuenta la jornada laboral de los funcionarios. |

## *FORMATO INFORME DE EJECUCION CONTRATO 082 DE 2024*

| | | |
|---|---|---|
| 3 | Disponer de la infraestructura física, consultorios, la disponibilidad de equipos y ,el personal , profesional de salud necesarios para la ejecución del contrato .. | Santa Bárbara IPS ha dispuesto su infraestructura física, consultorios, la disponibilidad de equipos y ,el personal , profesional de salud necesarios para la ejecución del contrato. |
| 4 | Poner a disposición de la entidad; las Instalaciones (Consultorios y/o IPS) necesarias y en las condiciones solicitadas para dar la atención pertinente. Dichas sedes deberán tener licen·cia vigente para prestar los servicios de seguridad y salud en el trabajo, y las demás habilitaciones necesarias para su funcionamiento. | Santa Bárbara IPS puso a disposición de la entidad; las Instalaciones (Consultorios y/o IPS) necesarias y en las condiciones solicitadas para dar la atención pertinente. Se adjunta licencia vigente para prestar los servicios de seguridad y salud en el trabajo, y las demás de habilitaciones necesarias para su funcionamiento. |
| 5 | Garantizar que las instalaciones dispuestas para la ejecución del contrato se encuentren en óptimas condiciones de salubridad. | Santa Bárbara IPS garantizo condiciones óptimas de salubridad en nuestras instalaciones para la ejecución del contrato. |
| 6 | Disponer del-equipo humano, técnico y tecnológico necesario, apropiado y suficiente para la realización de las evaluaciones médicas, en cada uno de los consultorios' o IPS ofertados, así como para las demás actividades previstas en el contrato. | Santa Bárbara IPS conto con el equipo humano, técnico y tecnológico necesario, apropiado y suficiente para la realización de las evaluaciones médicas, en cada uno de los consultorios' o IPS ofertados, así como para las demás actividades previstas en el contrato. |
| 7 | Garantizar que los equipos médicos puestos a disposición para realizar las valoraciones médicas se encuentren en excelentes condiciom:is durante la totalidad del término de duración del contrato | Santa Barbára IPS Garantizó que los equipos médicos donde se realizaron las valoraciones médicas se encuentren en excelentes condiciones durante la totalidad del término de duración del contrato adjunto calibraciones de los equipos. |
| 8 | Dar cumplimiento a lo estipulado en la Resolución ·No. 2346 de 2007 en el articulo 3 "por la cual se regula la práctica de evaluaciones medicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales". | Se dio cumplimiento a lo estipulado en la Resolución ·No. 2346 de 2007 en el articulo 3 "por la cual se regula la práctica de evaluaciones medicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales". |
| 9 | Entregar el DIAGNÓSTICO GENERAL DE SALUD DE LOS SERVIDORES (artículo 18 de la Resolución 2346/2007) | Se entrega diagnóstico de condiciones de salud, dando cumplimiento estricto de los protocolos, procedimientos establecidos y los requerimientos solicitados por la entidad. |

| | | |
|---|---|---|
| **10** | Entregar Informe con las recomendaciones de la Batería Riesgo Psicosocial practicada a los | Se Informe con las recomendaciones de la Batería Riesgo Psicosocial practicada a los trabajadores. |
| **11** | Entregar certificado de custodia de las historias clínicas de los trabajadores. · | Se adjunta certificado de custodia de historias clínicas ocupacionales |
| **12** | Entregar Programa de Vigilancia Epidemiológica en osteomuscular. | Se hace entrega del Programa de Vigilancia Epidemiológica en osteomuscular. |
| **13** | Entregar Programa de Vigilar,,cia Epidemiológica en Riesgo Psicosocial. | Se hace entrega Programa de Vigilancia Epidemiológica en Riesgo Psicosocial. |
| **14** | Informar al supervisor del contrato de cualquier inconveniente que se presente en. la realización de los exámenes médicos ocupacionales y/o en cualquiera de las actividades descritas en las especificaciones técnicas exigidas. Del mismo modo, en caso de que algun de los funcionarios del Instituto de Turismo de Villavicencio no autorice la realización de su examen, esta situación debe ser también notificada inmediatamente al supervisor. | Durante la ejecución del contrato no se presentaron inconveniente que se presente en. la realización de los exámenes médicos ocupacionales y/o en cualquiera de las actividades descritas en las especificaciones técnicas exigidas. |

# FORMATO INFORME DE EJECUCION CONTRATO 082 DE 2024

## 2. INFORME GENERAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

A continuación, se relaciona el número de actividades ejecutadas dentro del periodo del 23 de julio al 13 de diciembre de 2024 de acuerdo a cada ítem de las actividades contratadas.

| Item | Descripción | CARGO | Cant idad | Valor Unitario Promedio Presupuesto Incluido IVA | Valor Total incluido Iva |
|---|---|---|---|---|---|
| | **1. EXAMENES PERIODICOS** | | | | |
| 1 | **ADMINISTRATIVOS:** Examen médico ocupacional con énfasis en osteomuscular, tamiz audiológico, tamiz visual, batería de riesgo psicosocial, vacuna de tétano, exámenes de laboratorio: glicemia, triglicéridos y colesterol. | ADMINISTRATIVOS | 3 | 210.000,00 | 630.000,00 |
| 2 | **ADMINISTRATIVOS DE ARCHIVO:** Examen médico ocupacional con énfasis en osteomuscular, tamiz audiológico, tamiz visual, batería de riesgo psicosocial, vacuna de tétano, exámenes de laboratorio: glicemia, triglicéridos, colesterol, koh, coprológico espirometría. | ADMINISTRATIVOS | 0 | 240.000,00 | 0,00 |
| 3 | Electrocardiograma Con lectura | ADMINISTRATIVOS | 0 | 0,00 | 0,00 |
| | **2. EXAMENES DE INGRESO** | | | | |
| 4 | Examen médico ocupacional con énfasis en osteomuscular, tamiz audiológico, tamiz visual, batería de riesgo psicosocial, vacuna de tétano, exámenes de laboratorio: glicemia, colesterol y triglicéridos | ADMINISTRATIVOS | 4 | 210.000,00 | 840.000,00 |
| | **3. EXAMEN DE EGRESO O RETIRO** | | | | |
| 5 | Examen médico ocupacional con énfasis en osteomuscular | ADMINISTRATIVOS | 3 | 39.800,00 | 119.400,00 |
| | | **4. PROGRAMAS** | | | |
| 6 | Elaboración y entrega de los programas de vigilancia epidemiológica en osteomuscular | ADMINISTRATIVOS | 1 | 1700.000,00 | 1.700.000,00 |
| TOTAL | | | | | 3.289.400,00 |

Centro de Especialistas
Santa Bárbara IPS

## *FORMATO INFORME DE EJECUCION CONTRATO 082 DE 2024*

El contrato se desarrolla dentro del plazo y valores establecidos.

| VALOR DEL CONTRATO | VALOR SERVICIO PRESTADO | SALDO |
|---|---|---|
| $ 6.000.000 | | $ 6.000.000 |
| FACT VCIO 7094 | $ 3.289.400 | $ 2.710.600 |

Dentro del periodo del informe se adjunta la relación de pacientes atendidos.

**FECHA DE ELABORACIÓN**: 30 de diciembre de 2024

**CLAUDIA PATRICIA MOLANO GARAVITO**
**Representante Legal**

Santa Bárbara

# RELACION DE PACIENTES ATENDIDOS INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO

## PERIODO DEL 23 DE JULIO AL 13 DE DICIEMBRE DE 2024

| ITEM | FECHA | TIPO DOCUMENTO | N° Documento | NOMBRE | CARGO | TIPO DE EXAMEN | CONCEPTO | RECOMENDACIONES | INCLUIR EN PROGRAMA VIGILACINA EPIDEMIOLOGICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1/08/2024 | CC | 1121824417 | DARLY JOHANA GARZON BELTRAN | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | INGRESO | CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO | HIGIENE POSTURAL<br>MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA<br>USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>HACER PAUSAS ACTIVAS<br>DIETA RICA EN FRUTA Y VERDURA BAJE EN GRASA<br>EJERCICIO REGULAR Y AUTOCUIDADO | NO APLICA |
| 2 | 12/08/2024 | CC | 40397666 | MARTHA RUIZ CORREDOR | PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 04 | EGRESO | SATISFACTORIO | SIN LIMITACION FISICA NI FUNCIONAL EGRESO FAVORALBE CON RELACION A LA LABOR HABITUAL | NO APLICA |
| 3 | 23/08/2024 | CC | 86045027 | JAVIER MAURICIO SALINAS VARON | SUBDIRECTOR DE PLANEACION DESARROLLO Y PROMOCION TURISTICA | EGRESO | SATISFACTORIO | SIN LIMITACION FISICA NI FUNCIONAL EGRESO FAVORALBE CON RELACION A LA LABOR HABITUAL | NO APLICA |
| 4 | 23/08/2024 | CC | 86045027 | JAVIER MAURICIO SALINAS VARON | DIRECTOR GENERAL | INGRESO | SATISFACTORIO | HIGIENE POSTURAL<br>MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA<br>USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>HACER PAUSAS ACTIVAS | NO APLICA |
| 5 | 29/08/2024 | CC | 52827856 | JENNY PAOLA MAHECHA CEPEDA | ASESOR | PERIODICO | SATISFACTORIO | HIGIENE POSTURAL<br>USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE<br>ACTIVIDAD FISICA DIARIA | NO APLICA |
| 6 | 30/08/2024 | CC | 1019108448 | MARIA CAMILA HERNANDEZ SANCHEZ | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | PERIODICO | SATISFACTORIO | HIGIENE POSTURAL<br>MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA<br>USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>HACER PAUSAS ACTIVAS | ERGONOMICO |
| 7 | 30/08/2024 | CC | 47431165 | LIDA MARCELA SOLANO NOVOA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | PERIODICO | SATISFACTORIO | HIGIENE POSTURAL<br>MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA<br>USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>HACER PAUSAS ACTIVAS | ERGONOMICO |
| 8 | 9/03/2024 | CC | 1121840534 | ALEXIS GUTIERREZ GONZALEZ | SUBDIRECCION | INGRESO | CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO | HIGIENE POSTURAL<br>MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA<br>USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>HACER PAUSAS ACTIVAS | NO APLICA |
| 9 | 2/10/2024 | CC | 101910848 | MARIA CAMILA HERNANDEZ SANCHEZ | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | EGRESO | CONDICIONES DE SALUD QUE DEBEN SER VALORADAS POR SU EPS | SESUGIERE VALORACION MEDICA EN SU EPS POR DOLOR REFERIDO (OSTEOMUSCULAR) SIN LIMITACION FISICA NI FUNCIONAL EGRESO FAVORABLE CON RELACION A LA LABOR HABITUAL | NO APLICA |
| 10 | 17/10/2024 | CC | 1121817648 | ROJAS ROJAS MARYORI | PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO II | INGRESO | CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO | HIGIENE POSTURAL<br>MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA<br>USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>HACER PAUSAS ACTIVAS | NO APLICA |

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

SECRETARÍA DE SALUD DEL META .

GERENCIA DE CALIDAD INSPECCION Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

GERENTE.

# HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS, en su sede de prestador CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS VILLAVICENCIO. del municipio de VILLAVICENCIO - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre del Prestador:** | | **5000600898 - CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS** | | | |
| NI:Nit / CC:Cédula | NI:900051899-7 | Nombre o razón social: | CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS | | |
| Fecha de inscripción: | 2006/11/17 | Fecha de vencimiento: | 2025/08/31 | Clase de prestador: | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Juridica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | |
| Empresa Social del Estado: | NO | | | Carácter Territorial de la Entidad: | |
| Representante Legal: | CLAUDIA PATRICIA MOLANO GARAVITO | | | Dirección administrativa: | CARRERA 14 NO12-34 |
| Telefono: | 6566868 | Fax: | 6469331 | Email: | santabarbara.ips@gmail.com |
| Municipio: | ACACÍAS | | | Departamento: | META |

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

| NOMBRE ACTO. | NÚMERO ACTO | FECHA ACTO | ENTIDAD QUE EXPIDE | CIUDAD QUE EXPIDE |
|---|---|---|---|---|
| MATRÍCULA MERCANTIL | 134446 | 20051025 | CAMARA DE COMERCIO | VILLAVICENCIO |

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

SEDE PRINCIPAL.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre Sede Principal:** | | **500060089801 - CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS ACACIAS** | | | |
| Dirección: | CARRERA 14 # 12-34 EDIFICIO SANTA BÁRBARA PISOS 1 Y 2 | | | Barrio: | CENTRO |
| Centro Poblado: | ACACÍAS | | | Tipo de Zona: | URBANA |
| Telefono: | 6566868 | Fax: | 6469331 | Email: | calidad.santabarbaraips@gmail.com |
| Gerente: | CLAUDIA PATRICIA MOLANO | | | Fecha de Apertura: | 2006/11/17 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | GARAVITO | | |
| Municipio: | ACACÍAS | Departamento: | META |

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

| Código y Nombre Sede: | 500010089802 - CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS VILLAVICENCIO. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | CARRERA 38 NO 36-30 | | | Barrio: | BARZAL |
| Centro Poblado: | | | | Tipo de Zona: | URBANA |
| Telefono: | 6848597 - 3138517542 | Fax: | | Email: | calidad.santabarbaraips@gmail.com |
| Gerente: | CLAUDIA PATRICIA MOLANO GARAVITO | | Fecha de Apertura: | | 2008/07/28 |
| Municipio: | VILLAVICENCIO | | Departamento: | | META |

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

| Código y Nombre Sede: | 500010089802 - CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS VILLAVICENCIO. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | CARRERA 38 NO 36-30 | | | Barrio: | BARZAL |
| Centro Poblado: | | | | Tipo de Zona: | URBANA |
| Telefono: | 6848597 - 3138517542 | Fax: | | Email: | calidad.santabarbaraips@gmail.com |
| Gerente: | CLAUDIA PATRICIA MOLANO GARAVITO | | Fecha de Apertura: | | 2008/07/28 |
| Municipio: | VILLAVICENCIO | | Departamento: | | META |

*** NO SE ENCONTRARON REGISTROS DE ACREDITACION EN SALUD PARA ESTA SEDE DEL PRESTADOR. ***

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

CONVENCIONES:

M-INT:Modalidad Intramural

M-EXT:Modalidad Extraamural

M-UM :Modalidad Unidad Móvil

M-DOM:Modalidad Domiciliario

M-JS :Modalidad Jornada de Salud

M-TEL:Modalidad Telemedicina

M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina

M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva

M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva

M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia

M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo

M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina

M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia

M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo

COMPL :Complejidad. *SC:SIN COMPLEJIDAD

| GRUPO SER | COD SER | NOMBRE SERVICIO | M-INT | M-EXT | M-UM | M-DOM | M-JS | M-TEL | M-PR | M-PRTI | M-PRTNI | M-PRTE | M-PRTM | M-PRE | M-PRETE | M-PRETM | COMPL | FECHA APERTURA-(AAAAMMDD) | DISTINTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20080728 | DHSS0167688 |

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - REPS
Prestador: 500060089802 - CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS
Código y nombre Sede: 500010089802 - CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS VILLAVICENCIO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 329 | MEDICINA INTERNA | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20080728 | DHSS0167689 |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRIA | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20130916 | DHSS0167692 |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20150324 | DHSS0167694 |
| CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20080728 | DHSS0167695 |
| CONSULTA EXTERNA | 423 | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20221121 | DHSS0495716 |
| APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC | 20220210 | DHSS0356020 |
| APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC | 20111102 | DHSS0167698 |
| APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 742 | DIAGNÓSTICO VASCULAR | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20180402 | DHSS0167699 |
| APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 745 | IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20161209 | DHSS0167700 |

SERVICIOS DE SALUD, RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

CONVENCIONES:

ONC:Atención paciente oncologico
M-AMB:Modalidad Ambultoria
M-HOP:Modalidad Hospitalaria
M-UMO:Modalidad Unidad Móvil
M-DOM:Modalidad Domiciliaria
M-OEX:Modalidad Otras Extramural
M-CRE:Modalidad Centro de Referencia
M-IRE:Modalidad Institución Remisora
C-BAJ:Complejidad Baja
C-MED:Complejidad Media
C-ALT:Complejidad Alta

No se encontraron servicios de salud de acuerdo a lo normado en la Resolución 1410 de 2022.

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

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | AMB | HOSP | MOVI | DOMI | OTRA | CR | IR | BAJA | MEDI | ALTA | FECHA APERTURA (AAAAMMDD) | FECHA NOVEDAD CIERRE TEMPORAL (AAAAMMDD) | DISTINTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 333 | NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20150324 | 20240214 | |
| CONSULTA EXTERNA | 334 | ODONTOLOGÍA GENERAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20170330 | 20240214 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20160418 | 20240214 | |

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | 07:00A18:00 | 07:00A18:00 | 07:00A18:00 | 07:00A18:00 | 07:00A18:00 | 08:00A11:00 | |
| CONSULTA EXTERNA | 329 | MEDICINA INTERNA | 09:30A12:00-14:30A17:00 | 09:30A12:00-14:30A17:00 | 09:30A12:00-14:30A17:00 | 09:30A12:00-14:30A17:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 08:00A12:00 | |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | 08:00A12:00-14:00A18:00 | 08:00A12:00-14:00A18:00 | 08:00A12:00-14:00A18:00 | 08:00A12:00-14:00A18:00 | 08:00A12:00-14:00A18:00 | 08:00A12:00 | |
| CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 08:00A12:00 | |
| CONSULTA EXTERNA | 423 | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 08:00A12:00 | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | | | | | | | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 07:00A12:00 | 08:00A12:00 | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 742 | DIAGNÓSTICO VASCULAR | 08:00A10:00 | 08:00A10:00 | 08:00A10:00 | 08:00A10:00 | 08:00A10:00 | 08:00A10:00 | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 745 | IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | | | | | 14:00A18:00 | | |

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron servicios con especificidades.

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| CONSULTORIOS | CONSULTA EXTERNA | 6 |
| SALAS | PROCEDIMIENTOS | 1 |

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD - RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Camas, Camillas, Consultorios, Salas y Sillas. Resolución 1410 de 2022.

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya, según corresponda.

*** NOTA: *** Señor ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD y PRESTADOR DE SERVCIOS DE SALUD, se ha generado la información para la CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD-REPS para la sede del prestador y se han encontrado las siguientes OBSERVACIONES:

| NUMERO DE OBSERVACIONES ENCONTRADAS *** 1 *** | |
|---|---|
| OBSERVACIONES | ORIENTACIONES |
| LA INFORMACIÓN QUE SE REGISTRA EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD -REPS, FALTA INFORMACIÓN EN LA VARIABLE: CENTRO POBLADO SEDE DEL PRESTADOR PRESENTA INFORMACIÓN INCOMPLETA. | VALIDAR LA ETS CON EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, LA INFORMACIÓN DE CENTRO POBLADO DE SU PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE LA SEDE. |

Dada el dia jueves 22 de agosto de 2024 (11:06 a.m.).

ANTONIO ALEJANDRO TIUSO HERRERA.

GERENTE.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Impreso por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Versión 3.0.

Fecha de impresión: jueves 22 de agosto de 2024 (11:06 a.m.).

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - REPS.
Prestador: 500060008801 - CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS
Código y nombre sede del prestador: 500010858402 - CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS VILLAVICENCIO

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

**RESOLUCIÓN NÚMERO 9222**
Por la cual se renueva una licencia de Salud Ocupacional a una persona jurídica

**EL SECRETARIO DE SALUD**

En uso de sus facultades legales conferidas en el artículo 23 de la Ley 1562 de 2012 y Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

**CONSIDERANDO:**

Que mediante resolución número 2064 del 23 de abril de 2014 esta Secretaría de Salud otorgó licencia para prestación de servicios de salud ocupacional a la Institución Prestadora de Servicios de Salud CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS E.U. con NIT 900051899-7 ubicada en la carrera 38 No. 36-30 de Villavicencio.

Que la resolución número 4502 de 2012, emanada por el Ministerio de Salud, establece que las licencias de salud ocupacional tienen vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas por un término igual, siempre y cuando se cumpla0n los requisitos estipulados.

Que por parte de la Institución en mención se solicitó renovación de la licencia.

Que en cumplimiento de lo establecido en la norma legal, este Despacho.

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO**: Renúevase la Licencia de Salud Ocupacional expedida mediante resolución número 2064 de abril 23 de 2014 por esta Secretaría de Salud a la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la cual se denominará CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS con NIT 900051899-7 ubicada en la 38 No. 36-30 de Villavicencio.

**ARTICULO SEGUNDO:** La presente resolución se concede por el término de (10) años contados a partir de la fecha de expedición y podrá ser renovada por un periodo igual.

**ARTICULO TERCERO:** El demás contenido de la resolución 2064 de abril 23 de 2014 quedará vigente.

**ARTICULO CUARTO:** Contra la presente resolución proceden los recursos establecidos en el Código Contencioso Administrativo y rige a partir de la fecha de expedición.

**NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**
Villavicencio, mayo 03 de 2024

**JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ**
Secretario de Salud

Revisó: Dr. ANTONIO ALEJANDRO TIUSO HERRERA
Gerente de Prestación de Servicios de Salud (E)

Elaboró: Gloria Castañeda – Auxiliar Administrativo

DEPARTAMENTO DEL **META**

NIT. 892.000.148-8

**RESOLUCIÓN NÚMERO 9281**

Por la cual se renueva una licencia de Salud Ocupacional a una persona natural

**EL SECRETARIO DE SALUD**

En uso de sus facultades legales conferidas en el artículo 23 de la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

**CONSIDERANDO:**

Que mediante resolución número 2229 del 17 de junio de 2014 esta Secretaría de Salud otorgó licencia para prestación de servicios de salud ocupacional a LINA JULIETA REYES MONTENEGRO identificada con cédula de ciudadanía número 40.325.625 de Villavicencio, como Médica Cirujana y Especialista en Salud Ocupacional.

Que la resolución número 4502 de 2012, emanada por el Ministerio de Salud, establece que las licencias de salud ocupacional tienen vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas por un término igual, siempre y cuando se cumplan los requisitos estipulados.

Que LINA JULIETA REYES MONTENEGRO identificada con cédula de ciudadanía número 40.325.625 de Villavicencio, presentó solicitud para renovación de su licencia.

Que en cumplimiento de lo establecido en la norma legal, este Despacho.

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Renuévase la Licencia de Salud Ocupacional expedida mediante resolución número 2229 del 17 de junio de 2014 por esta Secretaría de Salud a LINA JULIETA REYES MONTENEGRO identificada con cédula de ciudadanía número 40.325.625 de Villavicencio, como Médica Cirujana y Especialista en Salud Ocupacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** Que el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 4502 de 2012, faculta a LINA JULIETA REYES MONTENEGRO identificada con cédula de ciudadanía número 40.325.625 de Villavicencio, para prestar servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en los siguientes campos de acción: 1) Medicina Ocupacional. 2) Investigación en Area Técnica. 3) Investigación en Accidentes de Trabajo. 4) Educación. 5) Capacitación y 6) Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**ARTICULO TERCERO:** La presente resolución se concede por el término de (10) años contados a partir de la fecha de expedición y podrá ser renovada por un periodo igual.

**ARTICULO CUARTO:** Contra la presente resolución proceden los recursos establecidos en el Código Contencioso Administrativo y rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Villavicencio, junio 14 de 2024

**ARTICULO PRIMERO:** Renuévase la Licencia de Salud Ocupacional expedida mediante resolución

**JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ**
Secretario de Salud

Revisó: Dra. JULIETH ANDREA APOLINAR ALMARIO
Gerente de Prestación de Servicios de Salud

Elaboró: Gloria Castañeda – Auxiliar Administrativo



Powered by CamScanner

AL SERVICIO DE LA GENTE
GOBERNACIÓN DEL META

**RESOLUCIÓN NÚMERO 8061**
(26 de julio de 2022)

Por la cual se concede una licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a una persona natural.

**EL SECRETARIO DE SALUD**

En uso de sus facultades legales conferidas en el artículo 23 de la Ley 1562 de 2012, Resoluciones 4502 del 28 de diciembre de 2012 y 1151 del 01 de julio de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.

**CONSIDERANDO:**

Que, MELVIN JOEL ROMERO IVICA con cédula de ciudadanía número 96.195.894 expedida en Tame, con Título de Fonoaudiólogo y Especialista en Administración de Seguridad y Salud en el Trabajo otorgado por la Corporación Universitaria del Meta, presentó solicitud de licencia para la prestación de Servicios como especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, para lo cual allegó la documentación exigida por la norma.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de la licencia solicitada.
Que, en mérito de lo expuesto, este Despacho.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO**: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Salud y Seguridad en el Trabajo a MELVIN JOEL ROMERO IVICA con cédula de ciudadanía número 96.195.894 expedida en Tame, como Fonoaudiólogo y Especialista en Administración de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**ARTÍCULO SEGUNDO**: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. Investigación en Area Técnica.
2. Investigación de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral
3. Educación
4. Capacitación
5. Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

**ARTÍCULO TERCERO**: La presente licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

**ARTÍCULO CUARTO**: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a esta Secretaría de Salud, a fin de proceder a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

**ARTÍCULO QUINTO**: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 2012 y demás normas que la modifiquen o adiciones.

**ARTÍCULO SEXTO**: Notificar personalmente esta Resolución al interesado, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría de Salud, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Villavicencio, 26 de julio de 2022

JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud

Elaboró: Gloria Castañeda – Auxiliar Administrativo

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

**RESOLUCIÓN NÚMERO No. 4320**
( 02 de junio de 2017)

Por la cual se concede una licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a una persona natural.

**EL SECRETARIO DE SALUD**

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 4 de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

**CONSIDERANDO:**

Que TATIANA CUASTUMAL ARTEAGA con cédula de ciudadanía número 52.562.339 expedida en Bogotá, Optómetra y Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Fundación Universitaria del Area Andina, presentó solicitud de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para lo cual allegó lá documentación exigida por la norma.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de la licencia solicitada.

Que en mérito de lo expuesto, este Despacho.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO**: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Salud y Seguridad en el Trabajo a TATIANA CUASTUMAL ARTEAGA con cédula de ciudadanía número 52.562.339 expedida en Bogotá, como Optómetra y Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo.

**ARTÍCULO SEGUNDO**: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. Optometría en Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Investigación en Area Técnica.
3. Investigación del Accidente de Trabajo.
4. Educación
5. Capacitación
6. Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 [illegible] el cumplimiento

EL META

DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892 000 148-5

**ARTÍCULO TERCERO**: La presente licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

**ARTÍCULO CUARTO**: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a esta Secretaría de Salud, a fin de proceder a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

**ARTÍCULO QUINTO**: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 2012 y demás normas que la modifiquen o adiciones.

**ARTÍCULO SEXTO**: Notificar personalmente esta Resolución al interesado, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma procede el recurso de reposición, el cual podrá interponer ante esta Secretaría de Salud, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Villavicencio, 02 de junio de 2017

DELIO HERRERA ORTIZ
Secretario de Salud

Gloria C.



SECRETARIA DE SALUD DEL META
Calle 37 No.41-80 Barzal Alto Tel.8620140
6818500 Ext 1111
salud@meta.gov.co www.saludmeta.gov.co

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.146-6

**RESOLUCIÓN NÚMERO 5714**
( junio 05 de 2019 )

Por la cual se concede una licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a una persona natural.

**EL SECRETARIO DE SALUD**

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

**CONSIDERANDO:**

Que JENNIFER ANDREA FERNANDEZ REY con cédula de ciudadanía número 1.121.935.829 expedida en Villavicencio, Psicóloga y Especialista en Psicología Ocupacional y Organizacional, de la Universidad El Bosque, presentó solicitud de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para lo cual allegó la documentación exigida por la norma.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de la licencia solicitada.

Que en mérito de lo expuesto, este Despacho.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO**: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Salud y Seguridad en el Trabajo a JENNIFER ANDREA FERNANDEZ REY con cédula de ciudadanía número 1.121.935.829 expedida en Villavicencio, Psicóloga y Especialista en Psicología Ocupacional y Organizacional.

**ARTÍCULO SEGUNDO**: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

1. Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Investigación en Area Técnica.
3. Investigación del Accidente de Trabajo.
4. Educación
5. Capacitación
6. Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

**ARTÍCULO TERCERO**: La presente licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país, a la expedición de la licencia solicitada.

USO EXCLUSIVO SANTA BARBARA IPS

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

**ARTÍCULO CUARTO**: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a esta Secretaria de Salud, a fin de proceder a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

**ARTÍCULO QUINTO**: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 2012 y demás normas que la modifiquen o adiciones.

**ARTÍCULO SEXTO**: Notificar personalmente esta Resolución al interesado, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría de Salud, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Villavicencio, junio 05 de 2019

JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Secretario de Salud

Revisó: Yenni Angelina Paredes Ortiz
Gerente de Calidad Inspección y Vigilancia de los Servicios

Gloria C.

USO EXCLUSIVO SANTA BARBARA IPS

Auditek s.a.s

**INFORME DE SONOMETRIA**
**NIVELES DE RUIDO PARA SALAS DE PRUEBAS AUDIOMETRICAS**

No. 15293

**FECHA DE MEDICION:** 01/02/2024 **HORA INICIO:** 3:00:00 p. m.

**CLIENTE** : CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA

**AREA** : APOYO DIAGNOSTICO
**DIRECCION** : CRA 38 # 36-30
**TELEFONO** :
**CIUDAD** : VILLAVICENCIO

**EQUIPO** : CABINA
**MARCA** : SILVHER LTDA
**MODELO** : SP085
**SERIE** : 018

## 1. DECLARACIONES

• AUDITEK SAS., certifica que el equipo sometido a prueba, fue medido usando normas e instrumentos trazables al sistema internacional de unidades.
• El Laboratorio establece la trazabilidad del sistema de calibración por medio de una cadena ininterrumpida de mediciones que lo vinculan a los patrones primarios.
• Los resultados emitidos en este informe, describe al equipo bajo prueba en el momento que está siendo validado.
• Este informe expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido total ni parcialmente, excepto cuando se haya obtenido permiso por escrito del laboratorio que lo emite.
• Los suplementos de los certificados de calibración sin firma no son válidos.
• El laboratorio que emite el certificado no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los equipos verificados.

## 2. TRAZABILIDAD

| PATRON | MODELO | SERIE | CERTIFICADO No. | VIGENCIA |
|---|---|---|---|---|
| SONOMETRO LARSON DAVIS | 824 | A4379 | 2022005549 | 28-04-2024 |

La medición de ruido del dispositivo bajo prueba se hace con instrumentos trazables al sistema internacional de unidades a través de patrones nacionales e internacionales de la magnitud respectiva.

## 3. METODO UTILIZADO

El método empleado en la medición de ruido para la cabina sonoamortiguada bajo prueba fue el método directo en el cual el instrumento patrón indica directamente el valor de la magnitud medida (Ruido dB). Nivel de presión sonora continua equivalente con filtro de ponderación A en modo rápido.

## 4. NORMATIVIDAD

**NORMA ANSI / ASA S3.1: 1999 (R2018)**

**Niveles máximos permitidos de ruido ambiental para salas de pruebas audiométricas**

Esta norma especifica los niveles máximos permitidos de ruido ambiental (MPANL) en una sala de pruebas audiométricas que producen un enmascaramiento insignificante (± 2 dB) de las señales de prueba presentadas a niveles de umbral equivalentes de referencia especificados en la norma nacional estadounidense ANSI S3.6-1999. Especificación de audiómetros. Los MPANL se especifican de 125 a 8000 Hz en intervalos de banda de octava y un tercio de octava para dos condiciones de prueba audiométrica (oídos cubiertos y oídos no cubiertos) y para tres rangos de frecuencia de prueba (125 a 8000 Hz, 250 a 8000 Hz, y 500 a 8000 Hz). La Norma está destinada a ser utilizada por todas las personas que realizan pruebas de audición y por distribuidores, instaladores, diseñadores y fabricantes de salas de pruebas audiométricas. Este estándar es una revisión de ANSI S3.1

Con el fin de realizar una prueba auditiva precisa para la vía aérea, el nivel de ruido ambiente al interior de la sala para pruebas audiométricas no deberá exceder los valores mostrados en la siguiente tabla.

**Tabla 2 - Oídos cubiertos: MPANL de banda de 1/3 de octava para auriculares supraaurales y auriculares insertados para tres rangos de frecuencia de prueba; en dB re: 20 µPa a 0,5 dB más cercanos.**

| 1/3 Oct. Band Intervalos. | Auricular Supra-aural [a] | | Auricular de Insercion [b] | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 125 to 8000 Hz | | 250 to 8000 Hz | | 500 to 8000 Hz | |
| 125 | 30 | 54 | 34 | 62 | 44 | 73 |
| 250 | 20 | 48 | 20 | 48 | 30 | 59 |
| 500 | 16 | 45 | 16 | 45 | 16 | 45 |
| 800 | 19 | 44 | 19 | 44 | 19 | 44 |
| 1000 | 21 | 42 | 21 | 42 | 21 | 42 |
| 1600 | 25 | 43 | 25 | 43 | 25 | 43 |
| 2000 | 29 | 44 | 29 | 44 | 29 | 44 |
| 3150 | 33 | 46 | 33 | 46 | 33 | 46 |
| 4000 | 32 | 45 | 32 | 45 | 32 | 45 |
| 6300 | 32 | 48 | 32 | 48 | 32 | 48 |
| 8000 | 32 | 51 | 32 | 51 | 32 | 51 |

**Tabla A.2 - Desviaciones estándar promedio de la atenuación proporcionada por un auricular supraaural y de inserción. Los valores entre paréntesis se interpolan o extrapolan de los datos existentes.**

| Auricular Supra-aural [a] | Auricular de Insercion [b] |
|---|---|
| 5,4 | 6,2 |
| 4,8 | 5,9 |
| 5,9 | 5,5 |
| 5,6 | 5,0 |
| 5,3 | 4,4 |
| 5,3 | 3,9 |
| 5,4 | 3,4 |
| 5,6 | 3,1 |
| 5,9 | 3,9 |
| 7,9 | 4,0 |
| 7,0 | 3,8 |

**MINISTERIO DE SALUD Resolución 8321 del 4 de Agosto de 1983**

**Por la cual se dictan normas sobre Protección y Conservación de la Audición de la Salud y el Bienestar de las personas, por causa de la producción y emisión de ruidos.**

Artículo 53: Se empleará la audiometría de conducción aérea para evaluar la capacidad auditiva de los trabajadores. Cada uno de los oídos debe examinarse por separado paralas frecuencias de 500, 1000, 2000, 3000, 4000, y 6000 ciclos por segundo y se tendrá en cuenta los siguientes requisitos: Enciso h) Las pruebas audiométricas deben ejecutarse en cabinas especiales o en locales silenciosos con niveles sonoros de fondo que no influyan en los resultados.

**Los niveles de presión sonora en el ambiente para la toma de las pruebas audiométricas son las siguientes:**

| Frecuencia Central Bandas de Octava, Ciclos / Segundos. | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nivel de presión sonora, dB | 40 | 40 | 40 | 47 | 57 | 62 |

## 5. CONDICIONES AMBIENTALES

| TEMPERATURA | HUMEDAD RELATIVA | PRESION ATMOSFERICA |
|---|---|---|
| ΔT °C | ΔHR % | ΔhPa |
| 22 | 55,0% | 1014 |

## 7. INCERTIDUMBRE

Los valores de incertidumbre expandida reportados en la tabla se estimaron con un nivel de confianza del 95,45% que corresponde a un factor de cobertura K=2, siguiendo las recomendaciones del documento GTC51 "Guía BIPM/ISO para la evaluación y expresión de la incertidumbre en las mediciones"

## 6. RESULTADOS DE LA MEDICION

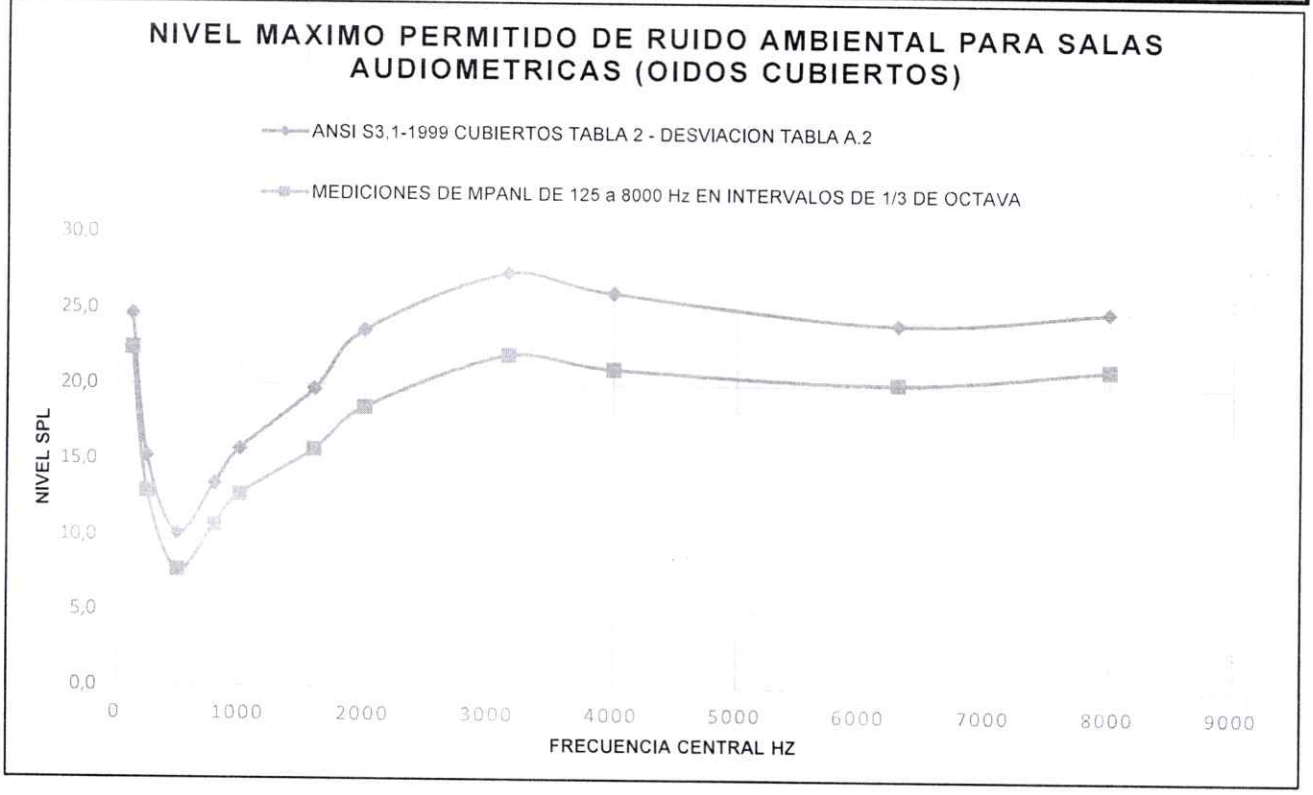
**MEDICIONES DE MPANL DE 125 a 8000 Hz EN INTERVALOS DE 1/3 DE OCTAVA (OIDOS CUBIERTOS - Rango de Frecuencia 125-8000 Hz) ANSI S3.1-1999 (R2018)**

| Frecuencia-Med 1/3 Oct. Band Intervals. | MPANL ANSI S3.1:1999 OIDO CUBIERTO TABLA 2 - DESVIACION TABLA A.2 | PROMEDIO MEDICION (SPL dB) | ERROR PROMEDIO MEDICION (SPL dB) | INCERTIDUMBRE EXPANDIDA (SPL dB) |
|---|---|---|---|---|
| 125 | 24,60 | 22,40 | 2,20 | 0,25 |
| 250 | 15,20 | 12,90 | 2,30 | 0,25 |
| 500 | 10,10 | 7,70 | 2,40 | 0,25 |
| 800 | 13,40 | 10,70 | 2,70 | 0,25 |
| 1000 | 15,70 | 12,70 | 3,00 | 0,25 |
| 1600 | 19,70 | 15,70 | 4,00 | 2,02 |
| 2000 | 23,60 | 18,50 | 5,10 | 0,25 |
| 3150 | 27,40 | 22,00 | 5,40 | 0,25 |
| 4000 | 26,10 | 21,10 | 5,00 | 0,25 |
| 6300 | 24,10 | 20,20 | 3,90 | 0,25 |
| 8000 | 25,00 | 21,20 | 3,80 | 0,25 |

Tabla 2 con la diferencia de desviación Tabla A.2 Nivel maximo de ruido permitido en salas para pruebas Audiometricas*

* SEGÚN NORMA ANSI / ASA S3.1: 1999 (Re. ANSI 14/12/2018)

GRAFICO DE LA MEDICION



## 9. OBSERVACIONES

• El usuario es el responsable de la medición de ruido en sus cabinas sonoamortiguadas a intervalos apropiados o cuando haya eventos correctivos, el fabricante recomienda se realice cada año.
• El tipo de datos que pueden ser encontrados en este informe deben ser interpretados así: Medición de ruido ambiental del área donde está ubicada la cabina sonoamortiguada, medición de ruido de banda de octavas en frecuencias dentro de la cabina sonoamortiguada para determinar la medición de ruido máximo permisible al interior de la cabina sonoamortiguada.
• Las declaraciones de conformidad de este informe, son hechas según especificaciones del fabricante para comunicar resultados mediante este informe, los valores medidos mayores a las especificaciones del fabricante son indicadas por una no conformidad del uso previsto.

FIRMA AUTORIZADA:

Auditek s.a.s
NIT 900.420.045-8

Ing. DIEGO A. BUSTOS
**Ingeiero Biomédico**

**FECHA DE EMISION:** jueves, 01 de febrero de 2024

**FIN DEL DOCUMENTO**

BIO SANCTA
Metrología biomédica

BC Group

# CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN No 23523
## CALIBRATION CERTIFICATE No 23523



**Cliente:** Customer: CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS
**Dirección:** Address: CCARRERA 38 # 36 -30 BARRIO BARZAL
**Ciudad:** City: VILLAVICENCIO
**Instrumento:** Instrument: ELECTROCARDIOGRAFO
**Modelo:** Model: SE-3
**Fabricante:** Manufacturer: EDAN
**Serie No.** Serial No. 309025-M12C06040017
**Activo No.** Asset No. CECG20-0008
**Fecha de Calibración:** Calibration Date: 21 DE FEBRERO DE 2024
**Ubicación:** Place: PROCEDIMIENTOS
**Lugar de Calibración:** Calibration Place: CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS PROCEDIMIENTOS

**Fecha de Expedición:** Receipt date 21 FEBRERO DE 2024
**Fecha de Expedición:** Date of Issue 25 FEBRERO DE 2024

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. Los resultados contenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados. El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.

This certificate express faithfully the results of the realised measurements. The results contained in the present certificate are at the moment and conditions in which the measurements were realised. The laboratory not makes responsible of the damages that can be derived from the inadequate use of the calibrated instruments. The user is responsible for the instrument recalibration at appropiate intervals.

Este certificado de calibración no podrá ser reproducido, excepto de manera completa, sin al aprobación escrita del laboratorio.
This calibration certificate cannot be reproduced except in full, without written approval from the laboratory

**Firma Autorizada**
Authorized signature

**ING. MIGUEL ÁNGEL CASTRO LEAL**
**Director Laboratorio de Calibración**
Director Calibration Lab

FIRMADO DIGITALMENTE
FEBRERO 25 2024
11:02:20
ING. MIGUEL ÁNGEL CASTRO LEAL

BIO SANCTA Metrología biomédica

REALIZADO POR: TP OSCAR MUÑOZ VALERO

BIO SANCTA
Metrología biomédica

BC Group

# CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN No 23523
## CALIBRATION CERTIFICATE No 23523



**Método de calibración:** Comparación directa de la lectura dle instrumento bajo calibración con la generación del patrón siguiendo los lineamientos del INSTRUCTIVO INTERNO IN-S-119 CALIBRACIÓN DE ELECTROCARDIÓGRAFO
Calibration Method:

**Condiciones ambientales:**
Enviromental Conditions:

| | INICIAL | FINAL | Δ |
|---|---|---|---|
| Temperatura | 28,1°C | 28,2°C | 0,1°C |
| Humedad Relativa | 65% | 66% | 1% |

**Trazabilidad:** Las mediciones realizadas son trazables al Sistema Internacional de Unidades según los siguientes certificados expedidos por BIOSANCTA SIMULADOR DE PACIENTE MARCA FLUKE BIOMEDICAL MODELO MPS 450 SN 0121201 CERTIFICADO No L3460 de Fecha: 11 de Marzo de 2022 - ANALIZADOR DE SEGURIDAD ELÉCTRICA BC BIOMEDICA MODELO SA 2005 SN 73362859J CERTIFICADO No L4028 de Fecha: 22 de febrero de 2023
Traceability:

**Incertidumbre de medición:** La Incertidumbre expandida de la medición se ha obtenido multiplicando la incertidumbre combinada por el factor de cobertura K, calculado conforme a los grados de libertad y el factor de Student para un probabilidad de 95%.
Measurement Uncertainty

The Expanded Uncertainty of the measurement has been obtained multiplying the combined uncertainty by the coverage factor K, calculated according to effective degrades of freedom and the Student Factor for at 95% probability.

## DATOS DE CALIBRACIÓN
## CALIBRATION DATA

### DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA PARÁMETROS AMPLITUD mV

| PATRON mV | Valor promedio mV | Error Ind mV | Incertidumbre mV | k |
|---|---|---|---|---|
| 0,500 | 0,524 | 0,024 | 0,036 | 2,0 |
| 1,000 | 1,006 | 0,006 | 0,036 | 2,0 |
| 1,500 | 1,499 | -0,001 | 0,036 | 2,0 |
| 2,000 | 1,991 | -0,009 | 0,036 | 2,0 |

### DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA PARÁMETROS FRECUENCIA CARDIACA EN LATIDOS POR MINUTO

| PATRÓN LPM | Valor promedio LPM | Error Ind LPM | Incertidumbre LPM | k |
|---|---|---|---|---|
| 60,00 | 60,90 | 0,90 | 0,97 | 2,0 |
| 120,0 | 121,6 | 1,6 | 1,9 | 2,0 |
| 180,0 | 180,3 | 0,3 | 3,4 | 2,0 |

BIO SANCTA
Metrología biomédica

BC Group

# CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN No 23523
## CALIBRATION CERTIFICATE No 23523



PARÁMETROS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA SEGÚN IEC 62357

| PARÁMETRO | ESPECIFICACIONES | MEDIDO | INCERTID. | k |
|---|---|---|---|---|
| CORRIENTE DE FUGA A TIERRA (µA) | ≤ 500 | 0,09 | 0,94 | 2,0 |
| CONDICIÓN DE PRIMERA FALLA (µA) | ≤ 1000 | 12,00 | 0,94 | 2,0 |
| CORIENTE DE FUGA AL CHASÍS (µA) | ≤ 100 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CONDICIÓN PRIMERA FALLA (µA) | ≤ 500 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CONDICIÓN SEGUNDA FALLA (µA) | ≤ 500 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CORRIENTE DE FUGA ELECTR PACIENTE A TIERRA (µA) | ≤ 50 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CONDICIÓN PRIMERA FALLA (µA) | ≤ 100 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CONDICIÓN SEGUNDA FALLA (µA) | ≤ 100 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CONDICIÓN TERCERA FALLA (µA) | ≤ 100 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CORRIENTE AUXILIAR ELECTR PARTES APLICADAS (µA) | ≤ 50 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CONDICIÓN PRIMERA FALLA (µA) | ≤ 100 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CONDICIÓN SEGUNDA FALLA (µA) | ≤ 100 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| CONDICIÓN TERCERA FALLA (µA) | ≤ 100 | 0,00 | 0,78 | 2,0 |
| RESISTENCIA A TIERRA (Ohmios) | ≤ 0,3 | 0,1400 | 0,0050 | 1,7 |

***** FIN DE CERTIFICADO *****
***** END OF CERTIFICATE *****

Auditek s.a.s

# CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN
# ESPIRÓMETRO

No. 15294

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE CLIENTE:** | **CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA** | |
| **FECHA:** | **1/02/2024** | |
| **DATOS DEL EQUIPO:** | **ESPIRÓMETRO** | |
| **MARCA: MIR** | **MODELO: SPIROBANK II** | **SERIE: Y18270** |

- ✓ Calibración con jeringa de 3 Lts (medición y ajuste)
- ✓ Verificación de Flow sensor
- ✓ Limpieza flow sensor
- ✓ Limpieza turbina
- ✓ Limpieza filtro

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CALIBRACIÓN.**

**Se ejecuta clasificación del instrumento y se determinan los intervalos de medición y errores permisibles. Mediante el método de gravimétrico, consistente en la determinación de volumen mediante, comparación directa con jeringa de 3 litros para pruebas de espirometria, se practicaron las pruebas metrológicas de exactitud, error e incertidumbre. (Ver informe anexo).**

| | |
|---|---|
| Instrumento de Medida: | JERINGA |
| Marca | SPIROMETRICS |
| Litros | TRES LITROS (3L) |
| Serie | 2125-8730 |
| Calibrado según norma: | NIST |

Auditek s.a.s

# INFORME DE MANTENIMIENTO VERIFICACIÓN Y/O AJUSTE

| | |
|---|---|
| **FECHA:** | **1/02/2024** |
| **EMPRESA:** | **AUDITEK S.A.S** |
| **CIUDAD:** | **BOGOTÁ D.C** |

| **DATOS DEL CLIENTE** | |
|---|---|
| **CLIENTE/EMPRESA** | CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA |
| **DIRECCIÓN** | CRA 38 # 36-30 |
| **TELÉFONO** | |
| **CIUDAD** | VILLAVICENCIO |

| **DATOS DEL EQUIPO** | |
|---|---|
| **EQUIPO:** ESPIRÓMETRO | **MODELO:** SPIROBANK II |
| **MARCA:** MIR | **SERIAL:** Y18270 |

| **ÍTEM EVALUADO** | **PASA** | **FALLA** |
|---|---|---|
| **FUENTE DE ALIMENTACIÓN PUERTO USB** | X | |
| **SENSOR DE FLUJO** | X | |
| **PANEL DE ACCESO DE INFORMACION** | X | |
| **BATERÍA INTERNA** | X | |
| **CABLE DE INTERCONEXIÓN** | X | |

**OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS:**
Calibración periódica en tiempo prudente.

| | |
|---|---|
| Instrumento de Medida: | **JERINGA** |
| Marca: | **SPIROMETRICS** |
| Litros: | **TRES LITROS (3LTS)** |
| Serie: | **2125-8730** |
| Calibrado Según Norma: | **NIST** |
| ELABORADO POR: | |

**DIEGO BUSTOS**
ING. BIOMÉDICO
MP 091030-0500629 CND

Auditek s.a.s
NIT 900.420.045-8

## Informe calibración Espirómetro

**Desechable (plástico transparente)**

*La corrección de calibración del disp. ha sido reajustada a los siguientes valores por defecto: Expiración 0%, Inspiración 0% (ajustes fábrica)*

| | |
|---|---|
| **Fecha** | 01/02/2024 |
| **Hora** | 16:26 |

**Dispos.**

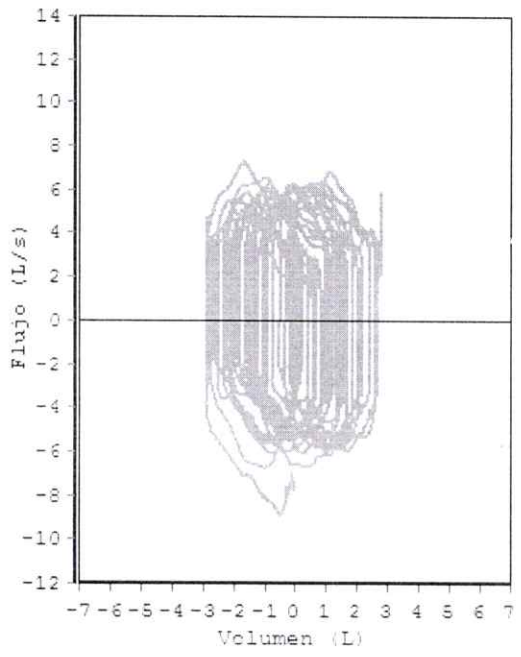
***SPIROBANK II NEW***

| | |
|---|---|
| Nº Serie | Y18270 |
| Versión | 3.2 |
| **Turbina** | **Desechable** |

**Resultados Test Calibración**

**TEST PASSED / FAILED**

| | |
|---|---|
| BTPS | 1,111 |
| Objet. Prueba | 3 L |
| **Corrección Expiración** | **0 %** |
| **Corrección Inspiración** | **0 %** |




Impreso por winspiroPRO 7.1.0Mod.D10

**Detalles Test Calibración**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Expiración (L) | 2,91 | 2,91 | 2,91 | 2,91 | 2,91 | 2,92 | 2,96 | 2,93 | 2,91 | 2,90 |
| | 2,93 | 2,89 | 2,92 | 2,93 | 2,89 | 2,95 | 2,95 | 2,91 | 2,92 | 2,92 |
| Inspiración (L) | 2,89 | 2,78 | 2,78 | 2,75 | 2,77 | 2,81 | 2,79 | 2,83 | 2,77 | 2,77 |
| | 2,76 | 2,84 | 2,81 | 2,81 | 2,80 | 2,83 | 2,83 | 2,77 | 2,79 | 2,82 |

**Volumen Fuera de Rango (Excluido de la calibración)*

IMPORTANTE: Los valores de flujo y vol. medidos durante la calibración están en condiciones ATP (Presión y Temperatura Ambientes). Sin embargo, todos los parámetros de espirometría son convertidos a condiciones BTPS (Temperatura y Presión Corporal, Saturadas). Ej. una jeringa de 3L (ATP) medida durante la calibración produce un FVC de 3,08 L (BTPS)

**Usuario** *WINSPIRO*

*Firma*

Centro de Especialistas
**Santa Bárbara IPS**

**LA SUSCRITA GERENTE**
**CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA I.P.S S.A.S.**

**CERTIFICA**

Que las empresas que realizan con nosotros exámenes de salud ocupacional de ingreso, periódico y egreso con nuestra empresa Centro de Especialistas Santa Bárbara I.P.S, y de acuerdo a las disposiciones legales vigentes mencionadas en la **Resolución 001918 de 2009,** que modifica los artículos 11 y 17 de la **Resolución No.2346 de 2007,** "la cual regula la práctica de evaluaciones médicas y el manejo y contenido de las historias clínicas" y el **Decreto 1072 de2015** en su artículo 2.2.4.6.13 "conservación de documentos" sobre el manejo, reserva y conservación adecuada del archivo, garantizando la custodia de las historias clínicas, teniendoen cuenta lo anterior **CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS** avala, que cuenta con un archivo de historias clínicas sistematizado (software Medical Rips)este nuevo sistema clínico le permite agregar valor a nuestros servicios, ofreciéndole a nuestros clientes , la comodidad y seguridad para descargar directamente y en tiempo real desde su portal web los certificados de aptitud de sus empleados. Las historias clínicas de salud ocupacional, tienen una seguridad a nivel de acceso, a través de una clave personal la cual es asignada por el área encargada de sistemas previo cumplimiento de los requisitos. También es de resaltar que este software está blindado con un sistema de validación biométrica, foto y firma del paciente, el cual permite validar la identidad de la personal con el objeto de impedir suplantaciones futuras.

Garantizando la custodia de las historias clínicas que se encuentran al servicio de la empresa **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** identificada con **NIT. 822.005.959-2** hasta la fecha; se comunica que estas reposaran en el **CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS S.A.S.,** en el archivo, durante un periodo de tiempo de veinte (20) años, contados a partir de la fecha de la última atención, aclarando que como es un documento legal privado será entregado al paciente si él, lo requiere con su respectiva cédula y una cartade solicitud, donde es hábil la entrega por 5 días después de la fecha.

La presente se entrega a solicitud de la empresa **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO N.I.T. 822.005.959-2** a los veintidós(22) días del mes de diciembre de 2024.

Atentamente,

**CLAUDIA PATRICIA MOLANO G.**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa. las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **01/08/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 1121824417** | NOMBRE: **DARLY YOHANA GARZON BELTRAN** | |
|---|---|---|
| Edad: **38 Años** | Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO** | Evaluacion Medica de: **INGRESO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMENES PRACTICADOS

APLICACION BATERIA RIESGO PSICOSOCIAL
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
COLESTEROL TOTAL
GLICEMIA
TRIGLICERIDOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS
AUDIOMETRIA

## CONCEPTO DE APTITUD

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | X | Satisfactorio | | Satisfactorio | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | NO | DERMATOLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | NO |

## RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | X | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | X | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | X | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS. DIETA RICA EN FRUTA Y VERDURAS, BAJA EN GRASA, EJERCICIO REGULAR Y BAJAR DE PESO
AUTO CUIDADO.

Lina Reyes M

Medico **LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
R.M: **508266**

Paciente: **DARLY YOHANA GARZON BELTRAN**
**CC 1121824417**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **12/08/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 40397666** | NOMBRE: **MARTHA RUIZ CORREDOR** | |
|---|---|---|
| Edad: **51 Años** | Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO NIVEL P** | Evaluacion Medica de: **EGRESO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO

## CONCEPTO DE APTITUD

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | | Satisfactorio | X |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | NO | DERMATOLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | NO |

## RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | X | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | X | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** SIN LIMITACION FISICA NI FUNCIONAL EGRESO FAVORABLE CON RELACION A LA LABOR HABITUAL

Ina Reyes M

Medico **LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
R.M: **508266**

Paciente: **MARTHA RUIZ CORREDOR**
**CC 40397666**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

**Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio**
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa. las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **23/08/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DEL META** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DEL META**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 86045027** | NOMBRE: **JAVIER MAURICIO SALINAS VARON** | |
|---|---|---|
| Edad: **49 Años** | Cargo: **SUBDIRECTOR DE PLANEACION DESAR** | Evaluacion Medica de: **EGRESO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

**EXAMENES PRACTICADOS**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD**

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | | Satisfactorio | X |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | **NO** | **NA** | OSTEOMUSCULAR | **SI** | NEUROLOGICO | **NO** |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | **NO** | **NA** | RESPIRATORIO | **NO** | DERMATOLOGICO | **NO** |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | **NO** | **NA** | CARDIOVASCULAR | **NO** | MANIPULAR CARGAS | **NO** |

**RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES**

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | X | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | X | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | X | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** SIN LIMITACION FISICA NI FUNCIONAL EGRESO FAVORABLE CON RELACION A LA LABOR HABITUAL

Lina Reyes M

**Medico LINA JULIETA REYES MONTENEGRO R.M: 508266**

**Paciente: JAVIER MAURICIO SALINAS VARON**
**CC 86045027**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **23/08/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DEL META** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DEL META**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 86045027** | NOMBRE: **JAVIER MAURICIO SALINAS VARON** | |
|---|---|---|
| Edad: **49 Años** | Cargo: **DIRECTOR GENERAL** | Evaluacion Medica de: **INGRESO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

**EXAMENES PRACTICADOS**

APLICACION BATERIA DE RIESGO PSICOSOCIAL
AUDIOMETRIA
GLICEMIA
TRIGLICERIDOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS
COLESTEROL TOTAL
OPTOMETRIA

**CONCEPTO DE APTITUD**

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | X | Satisfactorio | | Satisfactorio | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | | DERMATOLOGICO | |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | |

**RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES**

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | X |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | X | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | X | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | X | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.

Lina Reyes M

**Medico LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
**R.M: 508266**

**Paciente: JAVIER MAURICIO SALINAS VARON**
**CC 86045027**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **29/08/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 52827856** | NOMBRE: **JENNY PAOLA MAHECHA CEPEDA** | |
|---|---|---|
| Edad: **44 Años** | Cargo: **INSTITUTO DE TURISMO DEL META** | Evaluacion Medica de: **PERIODICO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMENES PRACTICADOS

GLICEMIA
TRIGLICERIDOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PERIODICO
ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS
APLICACION BATERIA RIESGO PSICOSOCIAL
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
COLESTEROL TOTAL

## CONCEPTO DE APTITUD

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | X | Satisfactorio | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | NO | DERMATOLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | NO |

## RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | X | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | X | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | X | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** HIGIENE POSTURAL , USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL , HABITOS DE ALIMETANCION SALUDABLE , ACTIVIDAD FISICA DIARIA

Lina Reyes M

Medico **LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
R.M: **508266**

Jenny Mahecha C

Paciente: **JENNY PAOLA MAHECHA CEPEDA**
**CC 52827856**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **30/08/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 1019108448** | NOMBRE: **MARIA CAMILA HERNANDEZ SANCHEZ** | |
|---|---|---|
| Edad: **29 Años** | Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO** | Evaluacion Medica de: **PERIODICO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMENES PRACTICADOS

GLICEMIA
TRIGLICERIDOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PERIODICO
COLESTEROL TOTAL
APLICACION BATERIA RIESGO PSICOSOCIAL
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA

## CONCEPTO DE APTITUD

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | X | Satisfactorio | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | NO | DERMATOLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | NO |

## RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | X |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | X | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | X | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | X | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.

Ina Reyes M

Medico **LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
R.M: **508266**

Paciente: **MARIA CAMILA HERNANDEZ SANCHEZ**
**CC 1019108448**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **30/08/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 47431165** | NOMBRE: **LIDA MARCELA SOLANO NOVOA** | |
|---|---|---|
| Edad: **50 Años** | Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO** | Evaluacion Medica de: **PERIODICO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

**EXAMENES PRACTICADOS**

GLICEMIA
TRIGLICERIDOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PERIODICO
COLESTEROL TOTAL
APLICACION BATERIA RIESGO PSICOSOCIAL
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA

**CONCEPTO DE APTITUD**

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | X | Satisfactorio | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | NO | DERMATOLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | NO |

**RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES**

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | X |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | X | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | X | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | X | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.

Ina Reyes M

Medico **LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
R.M: **508266**

Paciente: **LIDA MARCELA SOLANO NOVOA**
**CC 47431165**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **03/09/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 1121840534** | NOMBRE: **ALEXIS GUTIERREZ GONZALEZ** | |
|---|---|---|
| Edad: **36 Años** | Cargo: **SUBDIRECCION** | Evaluacion Medica de: **INGRESO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

## EXAMENES PRACTICADOS

GLICEMIA
TRIGLICERIDOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
COLESTEROL TOTAL
APLICACION BATERIA RIESGO PSICOSOCIAL
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA

## CONCEPTO DE APTITUD

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | X | Satisfactorio | | Satisfactorio | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | NO | DERMATOLOGICO | NO |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | NO |

## RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | X | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | X | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | X | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.

Lina Reyes M

Medico **LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
R.M: **508266**

Paciente: **ALEXIS GUTIERREZ GONZALEZ**
**CC 1121840534**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
***Nit. 900.051.899-7***

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada, informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **02/10/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| | | |
|---|---|---|
| Documento Identidad: **CC 1019108448** | NOMBRE: **MARIA CAMILA HERNANDEZ SANCHEZ** | |
| Edad: **29 Años** | Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO** | Evaluacion Medica de: **EGRESO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

**EXAMENES PRACTICADOS**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD**

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | | Satisfactorio | | Satisfactorio | X |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | **NO** | **NA** | OSTEOMUSCULAR | **SI** | NEUROLOGICO | **NO** |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | **NO** | **NA** | RESPIRATORIO | **NO** | DERMATOLOGICO | **NO** |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | **NO** | **NA** | CARDIOVASCULAR | **NO** | MANIPULAR CARGAS | **NO** |

**RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES**

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** SE SUGIERE VALORACIÓN MÉDICA EN SU EPS POR DOLOR REFERIDO (OSTEOMUSCULAR).
SIN LIMITACION FISICA NI FUNCIONAL EGRESO FAVORABLE CON RELACION A LA LABOR HABITUAL

Lina Reyes M

Medico **LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
R.M: **508266**

Paciente: **MARIA CAMILA HERNANDEZ SANCHEZ**
**CC 1019108448**

**Centro de Especialistas**
**Santa Barbara I.P.S E.U**
**Nit. 900.051.899-7**

Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

De acuerdo al Decreto 2345 de 2007se certifica que por parte del trabajador, que todos los datos consignado en la historia ocupacional y medica son veridicos. se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la poblacione examinada. informacion que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresaa la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (art 15) de medicina preventiva y del trabajo, segun art. 10 de la resolucion 1015 de 1989, o la norma que la notifique, adicione o sustituya.



**INFORMACION GENERAL**

FECHA EXAMEN: **17/10/2024** CIUDAD: **META - VILLAVICENCIO**

Empresa: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO** Proyecto: **INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO**

**INFORMACION DEL TRABAJADOR**

| Documento Identidad: **CC 1121817648** | NOMBRE: **MARYORY ROJAS ROJAS** | |
|---|---|---|
| Edad: **38 Años** | Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO- GRAD** | Evaluacion Medica de: **INGRESO** |

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

**EXAMENES PRACTICADOS**

GLICEMIA
TRIGLICERIDOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS
APLICACION BATERIA RIESGO PSICOSOCIAL
OPTOMETRIA
AUDIOMETRIA
COLESTEROL TOTAL

**CONCEPTO DE APTITUD**

| EXAMEN DE INGRESO | | EXAMEN PERIODICO | | EXAMEN DE RETIRO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo | X | Satisfactorio | | Satisfactorio | |
| Presenta condiciones de salud que no disminuye su capacidad laboral | | Signos y Sintomas de enfermedad general que deber ser valorados por su EPS | | Condiciones de salud que deben ser valoradas por su EPS | |
| Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad | | Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo | | Continuar manjeo por ARL | |
| Presenta condicones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar | | Secuela de accidente de trabajo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | |
| No cumple con los requisitos del perfil del cargo | | Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS | | Valoración medica laboral para evaluación y calificación | |
| Proceso no terminado | | Proceso no terminado | | Proceso no terminado | |

**Observaciones:**

| EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | Apto / No AP | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO | EXAMENES ANEXOS | SI/ NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| REQUIERE PARA EXAMENES EN ALTURAS | NO | NA | OSTEOMUSCULAR | SI | NEUROLOGICO | |
| REQUIERE PARA MANIPULAR ALIMENTOS | NO | NA | RESPIRATORIO | | DERMATOLOGICO | |
| REQUIERE PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | NO | NA | CARDIOVASCULAR | NO | MANIPULAR CARGAS | |

**RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES**

| SEGUN IMC | | MANEJO POR EPS / ARL | | RECOMENDACIONES | | SVC / (Incluir en) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta | | Control periodico PP o EPS | | Control Periodico Ocupacional | | Visual | |
| Ejercicio Regular | | Se Prescribe Tratamiento | | Higiene Postural | X | Auditivo | |
| Dieta y Ejercicio Regular | X | Remi. a EPS manejo medico | | Utilizacion de EPP | X | Respiratorio | |
| Valoracion Nutricion por EPS | | Continuar Manejo Medico | | Utilizacion de Ayudas Ergono. | | Ergonomico | |
| Descartar Altera. Metabolicas | | Remision ARL para manejo | | Medidas Anti Varices | | Cardiovascular | |
| Dieta, Ejecicios y Med. | | Uso Proteccion Solar FiltroUV | | Evaluacion Puesto de Trabajo | | Psicolaboral | |
| | | | | Pausas Activas Cada 3 Horas | | Quimico | |
| | | | | Pausas Ergonomicas | | Biologico | |

**RECOMENDACIONES:** REALIZAAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA
MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES
USAR LOS ELEMETOS DE PROTECCION PERSONAL
HACER PAUSAS ACTIVAAS

Ina Reyes M

Medico **LINA JULIETA REYES MONTENEGRO**
R.M: **508266**

Paciente: **MARYORY ROJAS ROJAS**
**CC 1121817648**

**Centro De Especialistas**
**SANTA BARBARA I.P.S S.A.S**
**NIT. 900.051.899-7**

**Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio**
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764081822423 que habilita desde VCIO 6740 hasta VCIO 10000. Vence 2025-10-20

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## VCIO No. 7094

**Actividad Economica ICA 8621**

**No somos responsables del IVA**



| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE** | INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO | **DETALLE** | VCIO 7094 |
| **NIT** | 822005959 2 | | |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CLL 34 # 37 - 33 Barzal | Acacías | 6086731313 |

| FECHA FACTURA | FECHA VENC. | EMAIL CLIENTE | ELABORO | FORMA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|
| 30/12/2024 | 30/12/2024 | finanzas@turismovillavicencio.gov.co | CENTRO DE ESPECIALI | Credito |

| Item | Cantidad | Código | Descripción | Valor Unitario | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | ITUR-1 | CONTRATO 082 / 2024 PRESTACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES PERIODICOS, DE INGRESO Y EGRESO PARA LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DEL INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO | 3.289.400 | 3.289.400 |

Total líneas o ítems: 1

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | **3.289.400** |
| **COPAGO** | **0** |
| **TOTAL FACTURA** | **3.289.400** |

**Valor en Letras**

TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

**NOTA**

Por favor realizar su pago a la cuenta de ahorros número 6326-5554928 Bancolombia a nombre de Centro de especialistas Santa Bárbara y enviar soporte de pago al correo electrónico: santabárbara.ipsgmail.com o santabarbara.ipsfacturaciongmail.com.

El soporte es muy importante para mantener los saldos de cartera conciliados y una exacta depuración de cartera.
NOTA: La retención en la fuente que se nos aplica es del 2 % por servicios integrales de salud prestados por una IPS (Art 75 Ley 1111 de 06

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica**

Fecha y Hora de Generación 30/12/2024 16:33:52

**CRA 38 #36-30 BARZAL Teléfono 684 8597**
**Correo Electrónico santabarbara.ips@gmail.com**

CUFE: 9778e14acc23189d51a4e55c10b446b29b47692b3fe361e688e8696c5903fdcfff4c594118de5bacd22644fee2c31c36--Expedición:30/12/2024 05:01 PM

**Centro De Especialistas**
**SANTA BARBARA I.P.S S.A.S**
**NIT. 900.051.899-7**

**Cra 38 No 36-30 Barzal Tels: 6848597 – 3138517542 V/cio**
Cra 14 No 12-34 Tel: 6574516 Cel: 3112703665 Acacias – Meta
Email: Santabarbara.ips@gmail.com www.ipssantabarbara.com

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764081822423 que habilita desde VCIO 6740 hasta VCIO 10000. Vence 2025-10-20

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## VCIO No. 7094

Actividad Economica ICA 8621

No somos responsables del IVA



| | | | |
|---|---|---|---|
| **CLIENTE** | INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO | **DETALLE** | VCIO 7094 |
| **NIT** | 822005959 2 | | |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CLL 34 # 37 - 33 Barzal | Acacías | 6086731313 |

| FECHA FACTURA | FECHA VENC. | EMAIL CLIENTE | ELABORO | FORMA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|
| 30/12/2024 | 30/12/2024 | finanzas@turismovillavicencio.gov.co | CENTRO DE ESPECIALI | Credito |

| Item | Cantidad | Código | Descripción | Valor Unitario | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | ITUR-1 | CONTRATO 082 / 2024 PRESTACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES PERIODICOS, DE INGRESO Y EGRESO PARA LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DEL INSTITUTO DE TURISMO DE VILLAVICENCIO | 3.289.400 | 3.289.400 |

Total líneas o ítems: 1

**Valor en Letras**

TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | **3.289.400** |
| **COPAGO** | **0** |
| **TOTAL FACTURA** | **3.289.400** |

**NOTA**

Por favor realizar su pago a la cuenta de ahorros número 6326-5554928 Bancolombia a nombre de Centro de especialistas Santa Bárbara y enviar soporte de pago al correo electrónico: santabárbara.ipsgmail.com o santabarbara.ipsfacturaciongmail.com.

El soporte es muy importante para mantener los saldos de cartera conciliados y una exacta depuración de cartera.
NOTA: La retención en la fuente que se nos aplica es del 2 % por servicios integrales de salud prestados por una IPS (Art 75 Ley 1111 de 06

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica**

Fecha y Hora de Generación 30/12/2024 16:33:52

**CRA 38 #36-30 BARZAL Teléfono 684 8597**

**Correo Electrónico santabarbara.ips@gmail.com**

CUFE: 9778e14acc23189d51a4e55c10b446b29b47692b3fe361e688e8696c5903fdcfff4c594118de5bacd22644fee2c31c36--Expedición:30/12/2024 05:01 PM

Centro de Especialistas
**Santa Bárbara IPS**

Yo PEDRO JOSE FERNANDO PARIS GRACIA en mi condición de REVISOR FISCAL del CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS identificado con Nit 900.051.899-7 debidamente inscrito en la cámara de comercio de Villavicencio certifico el pago de los aportes a seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (instituto colombiano de Bienestar familiar, Servicio Nacional de aprendizaje SENA y Caja de compensación Familiar), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a la nómina desde el inicio del contrato hasta la fecha de expedición del presente documento calendario legalmente exigibles a la fecha; siendo la última planilla cancelada número 9478904214 con pago registrado el 13 de diciembre de 2024.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

Dada en Villavicencio, a los veintidós (22) días del mes de diciembre de 2024.

PEDRO JOSE FERNANDO PARIS GRACIA
CC. 79.381.519 de Bogotá, D.C.
Tarjeta Profesional No. 58950-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:
4DBE0160D752A28D

**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 **PEDRO JOSE FERNANDO PARIS GRACIA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79381519 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 58950-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 4 días del mes de Diciembre 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

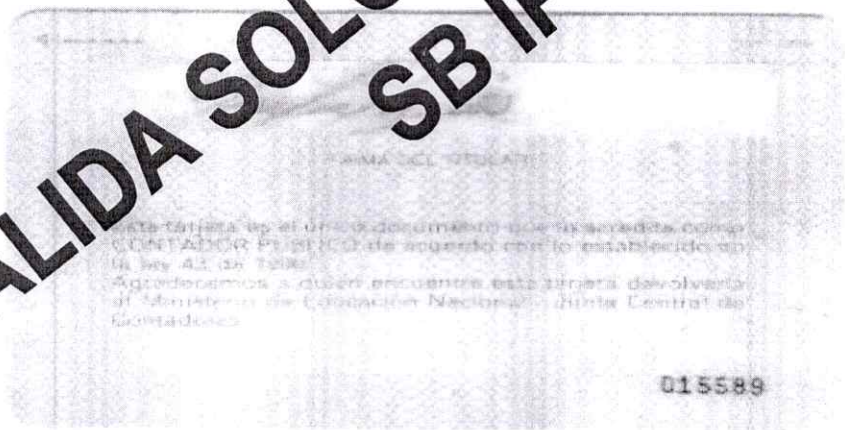


República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

58950-T

PEDRO JOSE FERNANDO
PARIS GRACIA
C.C. 79381519
RESOLUCION INSCRIPCION 75
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

04/06/90



FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradeceremos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

015589

VALIDA SOLO TRAMITE CCV.
SB IPS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.381.519

PARIS GRACIA

APELLIDOS

PEDRO JOSE FERNANDO

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

VALIDA SOLO TRAMITE CCV.
SB IPS

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1966

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

11-OCT-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A 5200100-00149976-M-0079381519-20090203 00098156604 1 6760011585

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 900051899 | 7 | CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | SANTA BARBARA IPS | CRR38#36-30BARZAL | VILLAVICENCIO-META | 6848597 | 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 | 1124035590 | 9478904214 | E | 2024/12/23 | 2024/12/13 | BANCOLOMBIA | 0 | $35,838,500 |

## 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: SANTA BARBARA IPS (53 Afiliados)** | | | | | | $134,555,934 | $22,156,000 | | | $136,289,268 | $5,600,600 | | | $134,555,934 | $5,383,800 | | | $136,202,601 | $2,698,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVOS ( 14 Afiliados)** | | | | | | $37,895,260 | $6,129,000 | | | $37,895,260 | $1,516,100 | | | $37,895,260 | $1,516,100 | | | $37,895,260 | $197,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 14 Afiliados) | | | | | | $37,895,260 | $6,129,000 | | | $37,895,260 | $1,516,100 | | | $37,895,260 | $1,516,100 | | | $37,895,260 | $197,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1047411493 | BELTRAN JAMIR | 230301 | 30 | $4,500,000 | $720,000 | EPS005 | 30 | $4,500,000 | $180,000 | CCF34 | 30 | $4,500,000 | $180,000 | 14-7 | 30 | $4,500,000 | $23,500 | 30 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 1121911188 | CAMPAZ MARLEN | 230201 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS017 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $7,800 | 30 | $0 | $0 |
| 3 | CC | 40402074 | CASTELLANOS LILIANA | 25-14 | 30 | $3,947,420 | $631,600 | EPS005 | 30 | $3,947,420 | $157,900 | CCF34 | 30 | $3,947,420 | $157,900 | 14-7 | 30 | $3,947,420 | $20,700 | 30 | $0 | $0 |
| 4 | CC | 40219632 | CONTRERAS EUNICE | 230301 | 30 | $1,617,460 | $258,800 | EPS002 | 30 | $1,617,460 | $64,700 | CCF34 | 30 | $1,617,460 | $64,700 | 14-7 | 30 | $1,617,460 | $8,500 | 30 | $0 | $0 |
| 5 | CC | 1121910263 | GOMEZ LAURA | 25-14 | 30 | $4,356,756 | $697,100 | EPS008 | 30 | $4,356,756 | $174,300 | CCF34 | 30 | $4,356,756 | $174,300 | 14-7 | 30 | $4,356,756 | $22,800 | 30 | $0 | $0 |
| 6 | CC | 1071890819 | GOMEZ LUIS | 230301 | 27 | $2,411,532 | $385,900 | EPS002 | 27 | $2,411,532 | $96,500 | CCF34 | 27 | $2,411,532 | $96,500 | 14-7 | 27 | $2,411,532 | $12,600 | 27 | $0 | $0 |
| 7 | CC | 1071890819 | GOMEZ LUIS | 230301 | 3 | $178,632 | $28,600 | EPS002 | 3 | $178,632 | $7,200 | CCF34 | 3 | $178,632 | $7,200 | 14-7 | 3 | $178,632 | $0 | 3 | $0 | $0 |
| 8 | CC | 40438277 | LONDOÑO OMAIRA | 25-14 | 30 | $4,000,000 | $640,000 | EPS005 | 30 | $4,000,000 | $160,000 | CCF34 | 30 | $4,000,000 | $160,000 | 14-7 | 30 | $4,000,000 | $20,900 | 30 | $0 | $0 |
| 9 | CC | 46671175 | MOLANO CLAUDIA | 25-14 | 30 | $6,556,800 | $1,114,700 | EPS005 | 30 | $6,556,800 | $262,300 | CCF34 | 30 | $6,556,800 | $262,300 | 14-7 | 30 | $6,556,800 | $34,300 | 30 | $0 | $0 |
| 10 | CC | 1122122420 | OLARTE DANNA | 230201 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS005 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $7,800 | 30 | $0 | $0 |
| 11 | CC | 1121828698 | PATIÑO ENID | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS005 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $7,800 | 30 | $0 | $0 |
| 12 | CC | 30946642 | PERALTA VIVIANA | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS037 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $7,800 | 30 | $0 | $0 |
| 13 | CC | 1000249391 | SANDOVAL ANGIE | 230301 | 30 | $1,617,460 | $258,800 | EPS002 | 30 | $1,617,460 | $64,700 | CCF34 | 30 | $1,617,460 | $64,700 | 14-7 | 30 | $1,617,460 | $8,500 | 30 | $0 | $0 |
| 14 | CC | 1121906131 | SOLANO JULIETH | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS005 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $7,800 | 30 | $0 | $0 |
| 15 | CC | 1027280265 | ZAPATA JUANITA | 230201 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | CCF34 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-7 | 30 | $1,300,000 | $6,800 | 30 | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: APRENDIZ SENA ( 3 Afiliados)** | | | | | | $0 | $0 | | | $1,733,334 | $216,800 | | | $0 | $0 | | | $1,646,667 | $8,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 3 Afiliados) | | | | | | $0 | $0 | | | $1,733,334 | $216,800 | | | $0 | $0 | | | $1,646,667 | $8,700 | | $0 | $0 |
| 16 | CC | 1121956700 | CORTES MARYORI | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 2 | $86,667 | $10,900 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| 17 | CC | 1122122046 | PULIDO YASMIN | | 0 | $0 | $0 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 30 | $1,300,000 | $6,800 | 0 | $0 | $0 |
| 18 | CC | 1003517669 | QUIROGA DELAN | | 0 | $0 | $0 | EPS041 | 8 | $346,667 | $43,400 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 8 | $346,667 | $1,900 | 0 | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: ASISTENCIAL ( 33 Afiliados)** | | | | | | $92,009,994 | $14,979,500 | | | $92,009,994 | $3,681,500 | | | $92,009,994 | $3,681,500 | | | $92,009,994 | $2,168,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 33 Afiliados) | | | | | | $92,009,994 | $14,979,500 | | | $92,009,994 | $3,681,500 | | | $92,009,994 | $3,681,500 | | | $92,009,994 | $2,168,000 | | $0 | $0 |
| 19 | CC | 40332291 | AGUIRRE NASLY | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS005 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $36,100 | 30 | $0 | $0 |
| 20 | CC | 21191767 | AGUIRRE VIVIANA | 231001 | 30 | $4,075,740 | $652,200 | EPS005 | 30 | $4,075,740 | $163,100 | CCF34 | 30 | $4,075,740 | $163,100 | 14-7 | 30 | $4,075,740 | $99,300 | 30 | $0 | $0 |
| 21 | CC | 1122126454 | ARANGO ANDREA | 25-14 | 30 | $1,969,440 | $315,200 | EPS017 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | CCF34 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | 14-7 | 30 | $1,969,440 | $48,000 | 30 | $0 | $0 |
| 22 | CC | 52838525 | BARRAGAN ADRIANA | 230301 | 30 | $1,969,440 | $315,200 | EPS002 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | CCF34 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | 14-7 | 30 | $1,969,440 | $48,000 | 30 | $0 | $0 |
| 23 | CC | 1121826977 | BARRERA HEIDY | 230201 | 30 | $3,790,000 | $606,400 | EPS005 | 30 | $3,790,000 | $151,600 | CCF34 | 30 | $3,790,000 | $151,600 | 14-7 | 30 | $3,790,000 | $92,400 | 30 | $0 | $0 |
| 24 | CC | 40316446 | CALDERON AMPARO | 230201 | 16 | $1,767,627 | $282,900 | EPS037 | 16 | $1,767,627 | $70,800 | CCF34 | 16 | $1,767,627 | $70,800 | 14-7 | 16 | $1,767,627 | $43,100 | 16 | $0 | $0 |
| 25 | CC | 79822588 | CARDENAS ELKIN | 230301 | 30 | $4,200,000 | $672,000 | EPS002 | 30 | $4,200,000 | $168,000 | CCF34 | 30 | $4,200,000 | $168,000 | 14-7 | 30 | $4,200,000 | $102,400 | 30 | $0 | $0 |
| 26 | CC | 1123511730 | CASTILLO JOHN | 230201 | 6 | $296,368 | $47,500 | EPS002 | 6 | $296,368 | $11,900 | CCF34 | 6 | $296,368 | $11,900 | 14-7 | 6 | $296,368 | $7,300 | 6 | $0 | $0 |
| 27 | CC | 1121845623 | CHONA GLADYS | 230301 | 30 | $1,969,440 | $315,200 | EPS002 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | CCF34 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | 14-7 | 30 | $1,969,440 | $48,000 | 30 | $0 | $0 |
| 28 | CC | 1123514445 | CORREA ANGIE | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS041 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $36,100 | 30 | $0 | $0 |
| 29 | CC | 1121853146 | DAZA SANDRA | 230201 | 30 | $1,639,200 | $262,300 | EPS005 | 30 | $1,639,200 | $65,600 | CCF34 | 30 | $1,639,200 | $65,600 | 14-7 | 30 | $1,639,200 | $40,000 | 30 | $0 | $0 |
| 30 | CC | 1122121743 | DAZA WENDY | 230201 | 30 | $1,969,440 | $315,200 | EPS005 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | CCF34 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | 14-7 | 30 | $1,969,440 | $48,000 | 30 | $0 | $0 |
| 31 | CC | 1122124878 | DIAZ ANDREA | 230301 | 26 | $4,160,000 | $665,600 | EPS005 | 26 | $4,160,000 | $166,400 | CCF34 | 26 | $4,160,000 | $166,400 | 14-7 | 26 | $4,160,000 | $101,400 | 26 | $0 | $0 |
| 32 | CC | 1122124878 | DIAZ ANDREA | 230301 | 4 | $426,667 | $68,300 | EPS005 | 4 | $426,667 | $17,100 | CCF34 | 4 | $426,667 | $17,100 | 14-7 | 4 | $426,667 | $0 | 4 | $0 | $0 |
| 33 | CC | 32936807 | DITTA ADRIANA | 230301 | 30 | $4,000,000 | $640,000 | EPS037 | 30 | $4,000,000 | $160,000 | CCF34 | 30 | $4,000,000 | $160,000 | 14-7 | 30 | $4,000,000 | $97,500 | 30 | $0 | $0 |



2024/12/13 02:47 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| 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 |
| 34 | CC | 1022957167 | FLOREZ MAGDA | 230301 | 30 | $4,356,756 | $697,100 | EPS005 | 30 | $4,356,756 | $174,300 | CCF34 | 30 | $4,356,756 | $174,300 | 14-7 | 30 | $4,356,756 | $106,200 | 30 | $0 | $0 |
| 35 | CC | 39094408 | FONSECA LILIANA | 230301 | 30 | $6,575,640 | $1,118,000 | EPS005 | 30 | $6,575,640 | $263,100 | CCF34 | 30 | $6,575,640 | $263,100 | 14-7 | 30 | $6,575,640 | $160,200 | 30 | $0 | $0 |
| 36 | CC | 1024595834 | GALEANO LUISA | 25-14 | 30 | $1,969,440 | $315,200 | EPS002 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | CCF34 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | 14-7 | 30 | $1,969,440 | $48,000 | 30 | $0 | $0 |
| 37 | CC | 1122142695 | GONZALEZ CAROLTH | 230301 | 30 | $1,969,440 | $315,200 | EPS005 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | CCF34 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | 14-7 | 30 | $1,969,440 | $48,000 | 30 | $0 | $0 |
| 38 | CC | 1122140469 | GUARIN MARIA | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS005 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $36,100 | 30 | $0 | $0 |
| 39 | CC | 1122136231 | GUTIERREZ LLISED | 230201 | 30 | $1,840,660 | $294,600 | EPS017 | 30 | $1,840,660 | $73,700 | CCF34 | 30 | $1,840,660 | $73,700 | 14-7 | 30 | $1,840,660 | $44,900 | 30 | $0 | $0 |
| 40 | CC | 1120368610 | LEIVA CLAUDIA | 230301 | 30 | $6,575,640 | $1,118,000 | MIN002 | 30 | $6,575,640 | $263,100 | CCF34 | 30 | $6,575,640 | $263,100 | 14-7 | 30 | $6,575,640 | $160,200 | 30 | $0 | $0 |
| 41 | CC | 35263741 | MORA DORIS | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS005 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $36,100 | 30 | $0 | $0 |
| 42 | CC | 21177528 | MORALES MARGARITA | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | CCF34 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-7 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 30 | $0 | $0 |
| 43 | CC | 31021608 | MORALES YUDY | 230301 | 30 | $1,969,440 | $315,200 | EPS005 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | CCF34 | 30 | $1,969,440 | $78,800 | 14-7 | 30 | $1,969,440 | $48,000 | 30 | $0 | $0 |
| 44 | CC | 1121878308 | MURCIA ERIKA | 230301 | 11 | $1,215,244 | $194,500 | MIN002 | 11 | $1,215,244 | $48,700 | CCF34 | 11 | $1,215,244 | $48,700 | 14-7 | 11 | $1,215,244 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 45 | CC | 1121878308 | MURCIA ERIKA | 230301 | 19 | $2,062,232 | $330,000 | MIN002 | 19 | $2,062,232 | $82,500 | CCF34 | 19 | $2,062,232 | $82,500 | 14-7 | 19 | $2,062,232 | $0 | 19 | $0 | $0 |
| 46 | CC | 39775694 | PARDO SONIA | 230301 | 30 | $5,300,000 | $901,000 | EPS008 | 30 | $5,300,000 | $212,000 | CCF34 | 30 | $5,300,000 | $212,000 | 14-7 | 30 | $5,300,000 | $129,200 | 30 | $0 | $0 |
| 47 | CC | 1033713680 | PEREZ INYI | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS005 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $36,100 | 30 | $0 | $0 |
| 48 | CC | 40447000 | RODRIGUEZ OLGA | 230201 | 30 | $4,075,740 | $652,200 | EPS037 | 30 | $4,075,740 | $163,100 | CCF34 | 30 | $4,075,740 | $163,100 | 14-7 | 30 | $4,075,740 | $99,300 | 30 | $0 | $0 |
| 49 | CC | 96195894 | ROMERO MELVIN | 230201 | 9 | $569,982 | $91,200 | CCFC55 | 9 | $569,982 | $22,800 | CCF34 | 9 | $569,982 | $22,800 | 14-7 | 9 | $569,982 | $0 | 9 | $0 | $0 |
| 50 | CC | 96195894 | ROMERO MELVIN | 230201 | 21 | $1,329,958 | $212,800 | CCFC55 | 21 | $1,329,958 | $53,200 | CCF34 | 21 | $1,329,958 | $53,200 | 14-7 | 21 | $1,329,958 | $32,400 | 21 | $0 | $0 |
| 51 | CC | 21237865 | ROMERO OFFIR | 231001 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | CCF34 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-7 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 30 | $0 | $0 |
| 52 | CC | 1121836536 | SERNA LEIDY | 230301 | 30 | $1,481,840 | $237,100 | EPS005 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | CCF34 | 30 | $1,481,840 | $59,300 | 14-7 | 30 | $1,481,840 | $36,100 | 30 | $0 | $0 |
| 53 | CC | 1121823115 | TEJEIRO OLGA | 230201 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS002 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | CCF34 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-7 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 30 | $0 | $0 |
| 54 | CC | 11185959 | ZAPATA JUAN | 25-14 | 30 | $7,175,420 | $1,219,900 | EPS005 | 30 | $7,175,420 | $287,100 | CCF34 | 30 | $7,175,420 | $287,100 | 14-7 | 30 | $7,175,420 | $174,800 | 30 | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: CONDUCTOR ( 1 Afiliados)** | | | | | | **$1,617,940** | **$258,900** | | | **$1,617,940** | **$64,800** | | | **$1,617,940** | **$64,800** | | | **$1,617,940** | **$112,700** | | **$0** | **$0** |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 1 Afiliados) | | | | | | **$1,617,940** | **$258,900** | | | $1,617,940 | $64,800 | | | **$1,617,940** | **$64,800** | | | $1,617,940 | $112,700 | | **$0** | **$0** |
| 55 | CC | 86087102 | CAMPUZANO OSCAR | 230301 | 30 | $1,617,940 | $258,900 | EPS005 | 30 | $1,617,940 | $64,800 | CCF34 | 30 | $1,617,940 | $64,800 | 14-7 | 30 | $1,617,940 | $112,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: RX ( 2 Afiliados)** | | | | | | **$3,032,740** | **$788,600** | | | **$3,032,740** | **$121,400** | | | **$3,032,740** | **$121,400** | | | **$3,032,740** | **$211,100** | | **$0** | **$0** |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 2 Afiliados) | | | | | | **$3,032,740** | **$788,600** | | | **$3,032,740** | **$121,400** | | | **$3,032,740** | **$121,400** | | | **$3,032,740** | **$211,100** | | **$0** | **$0** |
| 56 | CC | 86046424 | CHAVARRO JORGE | 230201 | 30 | $1,732,740 | $450,600 | EPS005 | 30 | $1,732,740 | $69,400 | CCF34 | 30 | $1,732,740 | $69,400 | 14-7 | 30 | $1,732,740 | $120,600 | 30 | $0 | $0 |
| 57 | CC | 1123511216 | HERNANDEZ ERIKA | 230301 | 30 | $1,300,000 | $338,000 | EPS002 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | CCF34 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-7 | 30 | $1,300,000 | $90,500 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 53)** | | | | | $134,555,934 | $22,156,000 | | | $136,289,268 | $5,600,600 | | | $134,555,934 | $5,383,800 | | | $136,202,601 | $2,698,100 | | $0 | $0 |



2024/12/13 02:47 PM

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 900051899 | 7 | CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | SANTA BARBARA IPS | CRR38#36-30BARZAL | VILLAVICENCIO-META | 6848597 | 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 | 1124035590 | 9478904214 | E | 2024/12/23 | 2024/12/13 | BANCOLOMBIA | 0 | $35,838,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 50 | $22,156,000 | $0 | $0 | $22,156,000 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 2 | $860,200 | $0 | $0 | $860,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 7 | $4,933,700 | $0 | $0 | $4,933,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 28 | $12,256,200 | $0 | $0 | $12,256,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 13 | $4,105,900 | $0 | $0 | $4,105,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 52 | $2,698,100 | $0 | $0 | $2,698,100 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 52 | $2,698,100 | $0 | $0 | $2,698,100 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 50 | $5,383,800 | $0 | $0 | $5,383,800 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 50 | $5,383,800 | $0 | $0 | $5,383,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 8) | | | | 53 | $5,600,600 | $0 | $0 | $5,600,600 |
| CAJACOPI | CCFC55 | 901,543,211 | 6 | 1 | $76,000 | $0 | $0 | $76,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 2 | $386,300 | $0 | $0 | $386,300 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 3 | $211,800 | $0 | $0 | $211,800 |
| FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN | MIN002 | 901,037,916 | 1 | 2 | $394,300 | $0 | $0 | $394,300 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 4 | $453,200 | $0 | $0 | $453,200 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 2 | $102,700 | $0 | $0 | $102,700 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 11 | $764,300 | $0 | $0 | $764,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 28 | $3,212,000 | $0 | $0 | $3,212,000 |
| TOTAL | | | | 53 | $35,838,500 | $0 | $0 | $35,838,500 |



2024/12/13 02:47 PM

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141147019171

(415)7707212489984(8020) 000014114701917 1

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| 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
CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Acacías 0 0 6 |

41. Dirección principal
CR 14 12 34 CEN

| 42. Correo electrónico | | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| facturacionelectronica@santabarbaraips.com | 44. Teléfono 1 6 0 8 6 5 7 4 5 1 6 | 3 1 3 3 4 3 0 7 7 9 |
| 43. Código postal | | |

## 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 2 1 | 2 0 0 5 1 0 2 5 | | | | | 3 |

## 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 | 5 | 9 | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 59 - Autorretención especial renta
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

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 MOLANO GARAVITO CLAUDIA PATRICIA

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 02-12-2024 10:35:24AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141147019171

(415)7707212489984(8020) 000014114701917 1

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

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

**Vigencia**

| | | |
|---|---|---|
| 80. Desde | 2 0 0 5 1 0 2 5 | |
| 81. Hasta | 9 9 9 9 1 2 3 1 | |

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 0 | 2 0 1 6 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 CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141147019171

(415)7707212489984(8020) 000014114701917 1

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

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 0 5 1 0 2 5 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 4 6 6 7 1 1 7 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MOLANO | GARAVITO | CLAUDIA | PATRICIA |

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

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141147019171

(415)7707212489984(8020) **000014114701917 1**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ZAPATA | LEAL | JUAN | PABLO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 5 1 0 2 5 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 4 6 6 7 1 1 7 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MOLANO | GARAVITO | CLAUDIA | PATRICIA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 0 1 0 2 7 | |

**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 CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 5 de 6 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141147019171

(415)7707212489984(8020) **000014114701917 1**

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

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 9 3 8 1 5 1 9 | | 5 8 9 5 0 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PARIS | GRACIA | PEDRO | JOSE FERNAND |

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

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 7 1 1

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 0 3 9 3 7 2 6 | | 7 4 6 7 9 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PEÑA | TIJO | MARTHA | ISABEL |

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

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 7 1 1

**Contador**

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

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DIAZ | MENDEZ | ADRIANA | MILENA |

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 8 0 2 1 9

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 6 de 6 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141147019171

(415)7707212489984(8020) 000014114701917 1

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

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

**1**

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

162. Nombre del establecimiento
CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS NUEVA CASTILLA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Meta 5 0 | Castilla la Nueva 1 5 0 | |

165. Dirección
CL 6 13 15 BRR SAN FRANCISCO

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 2 8 1 5 4 8 | 2 0 1 5 0 7 2 1 | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| 6 0 8 6 7 5 1 3 0 0 | | |

**2**

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

162. Nombre del establecimiento
CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS VILLAVICENCIO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 | |

165. Dirección
CR 38 36 30 BRR BARZAL

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 1 7 0 3 5 3 | 2 0 0 8 0 6 0 3 | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| 6 0 8 6 8 4 8 5 9 7 | | |

**3**

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

162. Nombre del establecimiento:
CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS ACACIAS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Meta 5 0 | Acacías 0 0 6 | |

165. Dirección
CR 14 12 34 BRR CENTRO

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 1 7 2 0 0 3 | 2 0 0 8 0 7 1 4 | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| 6 0 8 6 5 7 4 5 1 6 | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# Certificado
## Bancario

Miércoles, 20 de noviembre de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IP identificado(a) con NIT 900051899, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 63265554928 | 2005/11/02 | ACTIVA |
| CUENTA CORRIENTE | 84179644961 | 2017/07/21 | ACTIVA |

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCO DE INVERSIÓN S.A. Establecimiento Bancario

| | | |
|---|---|---|
| TURISMO Villavicencio | PROCESO GESTIÓN FINANCIERA<br>**HOJA DE RUTA**<br>PAGO DE CONTRATO | Código:FR-GF110-07<br>Fecha: 26/11/2024<br>Versión: 02<br>Página **1** de **2** |

Fecha de diligenciamiento 27 del mes 12 de 2024.

| | |
|---|---|
| Nombre del Contratista | Caja Compensacion Fliar Cofem Contrato No 174 del 2024. |
| Fecha del Informe | Del 06 de 12 del 2024 al 17 del 12 de 2024 |
| Nombre y cargo del Supervisor: | Shirley Viviana Arango Garzon – Subd. Adm y Financiera. |

| 1. REVISIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR (Solo es competencia del supervisor del Contrato). | R/E ✓ | No aplica N.A |
|---|---|---|
| Revisar - Informe de actividades del contratista y anexos (los soportes deben estar en forma física, y escaneado en el servidor) | Revisado | |
| Revisar- Cuenta de cobro o factura electrónica (2 originales) | ✓ | |
| Revisar - Planilla de seguridad social ó certificado expedido por el revisor fiscal o contador | Revisado | |
| Revisar – Declaración Juramentada para Persona Natural, los Datos registrados. | Revisado | ✓ |
| Elaborar - Informe del supervisor, debidamente firmado. | Elaborado | |
| Elaborar - Certificación del supervisor, debidamente firmado. (Dos (2) originales) | Elaborado | |
| Elaborar - Acta de Finalización (Dos (2) originales), en el último pago. | Elaborado | |
| Elaborar - Acta de Liquidación (Dos (2) originales), en el último pago, en caso de que aplique. | Elaborado | |
| Cargar al SECOP II Certificado, informe supervisor, acta de finalización y liquidación. (Teniendo en cuenta su etapa de ejecución del contrato). | Elaborado | |
| Imprimir y dar visto bueno sobre el pantallazo, donde se evidencie que el contratista haya cargado los documentos en el link de pago, en la plataforma del SECOP II. | Elaborado | |
| Organizar un paquete para contabilidad: una cuenta cobro (original), RUT en casos que aplique, Declaración Juramentada para Persona Natural, Un Certificación de supervisor, Certificado Bancario, Acta de Finalización, en casos que aplique y Acta de Liquidación. en casos que aplique y pantallazo de SECOP II | Conformado | |
| Vo Bo. Firma del supervisor _____ Fecha de traslado al P.U CON FUNCIONES CONTABLES _____<br><br>En este paso el supervisor realiza una verificación generando los documentos que corresponde a él como supervisor, organizando los documentos para contabilidad; que se entregarán con el informe del contratista sus anexos, informe y certificado del supervisor, acta de finalización, acta de liquidación y demás. al P.U con funciones contables. | | |

| 2. GESTIÓN POR PARTE DEL P.U CON FUNCIONES CONTABLES (Solo es competencia del profesional Universitario- Contable). | ADJUNTADO SI ó NO | No aplica N.A |
|---|---|---|
| Revisar - Cuenta de cobro o factura electrónica, valor e ítems. | | |
| Revisar - Rut (Registro Único Tributario) Para primer o único pago y en caso de actualización | | |
| Revisar – Declaración Juramentada para Persona Natural, los Datos registrados. | | |
| Revisar -Certificación del supervisor (original). | | |
| Verificar que este adjunto: Acta de Finalización, en caso de que aplique. | | |
| Verificar que este adjunto: Acta de Liquidación, en caso de que aplique. | | |
| Verificar el Cargue de la información en el SECOP II, Que los soportes del pago del contratista (link de pago) y supervisor, acta de finalización y liquidación, en caso de que aplique se encuentran cargados, dejando visto bueno en el pantallazo que adjunta el supervisor. | | |
| Liquidar y generar dos (2) Ordenes de pago. | | |
| Firma del P.U - Contable_____Fecha de traslado al Sub Admón. y Finan _____<br><br>El Profesional Universitario – Contable; debe revisar Cuenta de cobro o factura de Venta, y Rut (Registro Único Tributario); verifica que se haya adjuntado Acta de Finalización y Acta de Liquidación; una vez realizado las actividades anteriores liquida aplicando los descuentos que correspondan y genera orden de pago; procede a trasladar a tesorería los documentos. | | |

| 3. REVISIÓN POR PARTE DEL SUBDIRECTOR (A) ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO (TESORERÍA) | R/E ✓ | No aplica N.A |
|---|---|---|
| Revisar que los descuentos practicados en la Orden de pago se hayan realizo con forme a la normatividad. | Revisado | |

| | | |
|---|---|---|
| La orden de pago y los demás documentos para ser revisados por la Dirección General, para su verificación y aprobación de pago, una vez firmados por la dirección aprueba su pago. | Revisado y Aprobado | |
| Generar Dos (2) Comprobantes de egresos. | Elaborado | |
| Imprimir pantallazo del comprobante del pago o transferencia al contratista, (Dos (2) comprobantes). | Impreso | |
| **Vo Bo Firma del Sub. Administrativo y Financiero** _____<br>**Fecha de traslado a la P.U Con Funciones Jurídicas** _____<br>El Subdirector Administrativo y Financiero; debe verificar los descuentos realizados en la orden de pago; y traslada los documentos, a la dirección general para su revisión y aprobación.<br>Una vez aprobados por la dirección (orden de pago firmada), los documentos son entregados a la oficina de Subdirección administrativa y financiera para realizar los correspondientes egresos y pagos.<br>El subdirector administrativo y financiero, incorpora a los expedientes tanto de egresos, y los de la oficina de contratación (Orden de Pago debidamente firmada, Comprobante de Egreso, Comprobante de pago electrónico) haciendo entrega de los documentos que corresponden al área de contratación. | | |

| 4. RECEPCIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DEL P.U Con Funciones Jurídicas (Solo es competencia del personal de apoyo de contratación). | ADJUNTADO SI ó NO | No aplica N.A |
|---|---|---|
| Informe de actividades del contratista (con los soportes en forma física y CD en caso de que aplique) | | |
| Cuenta de cobro o factura de Venta si es régimen común (original) | | |
| Planilla de seguridad social ó certificado expedido por el revisor fiscal o contador | | |
| Informe del supervisor, debidamente firmado. | | |
| Certificación del supervisor, debidamente firmado. (original) | | |
| Acta de Finalización (original), en caso de que aplique. | | |
| Acta de Liquidación (original), en caso de que aplique | | |
| Orden pago, debidamente firmado (Dirección, Subdirector Adm y Finan, P.U Contable) | | |
| Comprobante de egreso, debidamente firmado. (Subdirector Adm) | | |
| comprobante del pago o transferencia al contratista | | |
| **Vo Bo Nombre y apellido:** _____<br>**Firma:** _____**Fecha de Ingreso a la carpeta:** DD/MM/AA<br>**Observaciones:** _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | | |