Cartagena, 25 octubre 2024

Doctor
**JAIME TORRADO CASADIEGOS**
Director SENA Regional-Bolívar
Centro Multisectorial – SENA Ternera
Klmt 1 Vía Turbaco
Cartagena

Asunto: Pago Facturas Gente Feliz

Respetado Doctor Torrado:

Se remite factura presentada por Gente Feliz, dentro de la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR.6251593 de 2024.

Se anexa:

- factura Original No FE-88 ($ 12.241.112)
- Copia Compromiso SIIF No. 24324 de mayo 2024.
- Certificación del Supervisor del Contrato
- Relación de soporte de los servicios prestados.
- Certificación Pago Aportes Parafiscales.
- Formato Acta de recibo a satisfacción
- Pago estampilla U de C.

Cordial saludo,

**NELSY TINOCO OTERO**
Coordinador (F) Servicio Médico Asistencial
Regional Bolívar

Proyectó: Laura González P

**PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL**

**ETAPA CONTRACTUAL**
**FORMATO**
**INFOME DE SUPERVISIÓN**

| **INFORME DE SUPERVISIÓN No. 02 Fecha 25/10/2024** | |
|---|---|
| **DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:** | SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL /DIRECCION REGIONAL |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO:** | NELSY DEL CARMEN TINOCO OTERO |
| **APOYO A LA SUPERVISIÓN:** | N/A |
| **CONTRATO No:** | CO1.PCCNTR.6251593 |
| **TIPO DE CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIO DE SALUD |
| **OBJETO:** | PRESTAR SERVICIO DE SALUD EN ODONTOLOGIA GENERAL Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES (ORTODONCIA,ORTOPEDIA MAXILAR, PERIODONCIA,CIRUGIA ORAL ENDODONCIA,REHABILITACION ORAL,ODONTOPEDIATRIA, RADIOLOGIA,URGENCIAS,PROMOCION Y PREVENCION. |
| **VALOR:** | OCHENTA MILLONES DE PESOS $(80.000.000) M/C |
| **CONTRATISTA:** | GENTE FELIZ S.A.S |
| **NIT:** | 806.010.200 |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | CARTAGENA BOLIVAR |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 09 MAYO 2024 |
| **FECHA DE INICIO:** | 09 MAYO 2024 |
| **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | OCHENTA MILLONES ($80.000.000). |
| **VALOR ACTUAL DEL CONTRATO:** | OCHENTA MILLONES ($80.000.000). |
| **PRORROGA No:** | N/A |
| **SUSPENSIÓN No. :** | N/A |
| **FORMA DE PAGO:** | POR EVENTOS CONFORME LAS ATENCIONES REALIZADAS |

| OBLIGACIONES | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTO |
|---|---|---|
| PRESTAR LOS SERVICIO DE SALUD EN ODONTOLIGIA GENERAL (ORTODONCIA,ORTOPEDIA MAXILAR,PERIODONCIA,CIRUGIA ORAL,ENDODONCIA, REHABILITACION ORAL, ODONTOPEDIATRIA, RADIOLOGIA, URGENCIAS, PROMOCION Y PREVENCION), PARA LOS BENEFICIARIOS AFILIADOS AL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL DEL SENA EN LA REGIONAL BOLIVAR REMITIDOS O AUTORIZADOS POR EL ODONTOLOGO ASESOR DE LA REGIONAL A TRAVES DE UNA ORDEN DE ATENCION EXPEDIDA POR EL SENA. EL SERVICIO MEDICOEl CUBRE A LOS PADRES, HIJOS ,CONYUGE Y HERMANOS DE LOS EMPLEADOS Y PENSIONADOS DE ESTA ENTIDAD A NIVEL NACIONAL QUE CONFORME A LAS NORMAS QUE REGULAN LA MATERIA TENGA DERECHO. | REALIZACION DE CONSULTAS DE ORTODONCIA,ORTOPEDIA MAXILAR,PERIODONCIA,CIRUGIA ORAL,ENDODONCIA, REHABILITACION ORAL, ODONTOPEDIATRIA, RADIOLOGIA, URGENCIAS, PROMOCION Y PREVENCION, PARA LOS BENEFICIARIOS AFILIADOS AL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL DEL SENA EN LA REGIONAL BOLIVAR,CONFORME AL OBJETO DE EL CONTRATO. | ATENCIONES REALIZADAS |
| OTORGAR CITA PARA LA ATENCION Y REALIZACION DE CONSULTAS ,TERAPIAS, PROCEDIMIENTOS Y LOS DEMAS SERVICIOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REQUERIDOS POR EL BENEFICIARIO DEL SERVICIO MEDICO DEL SENA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA SOLICITUD REALIZADA POR EL BENEFICIARIO DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL DEL SENAREGIONAL BOLIVAR Y DE 24 HORAS PARA ATENCION DOMICILIARIA. | CITAS OTORGADAS CON OPORTUNIDAD CORRESPONDIENTES. | ATENCION REALIZADAS FECHAS CORRESPONDIENTES |
| VERIFICAR QUE EL BENEFICIARIO PRESENTÉ EL RESPECTIVO CARNÉ VIGENTE PARA ACCEDER A TODOS LOS SERVICIOS. LLEVAR LA HISTORIA CLÍNICA DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, DEJAR CONSTANCIA CON FECHA EXACTA DE CADA ATENCIÓN O CONTROL QUE SE HAYA PRESTADO AL PACIENTE Y CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS CON EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES, REMITIENDO LA EVOLUCIÓN | ENVIA INFORME DE CONTRAREFERENCIA REPORTADA A LA ODONTOLOGA ASESOSORA . | HISTORIAS CLINICAS ACTUALIZADAS EN EL APLICATIVO DEL SMA. |

| | | |
|---|---|---|
| DE LA ATENCIÓN AL SERVICIO MÉDICO DEL SENA EN LA REGIONAL BOLÍVAR. | | |
| CONTAR EN TODO MOMENTO CON UNA RED DE SERVICIOS QUE LE PERMITA CUBRIR A CABALIDAD LA ATENCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL. | REPORTE DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS. | HISTORIAS CLINICAS ODONTOLOGICAS ACTUALIZADAS. |
| ELABORAR MENSUALMENTE LAS CUENTAS DE COBRO/FACTURA; LAS CUENTAS EN NINGÚN CASO PODRÁN PRESENTARSE POR SUMAS SUPERIORES A LAS TARIFAS PACTADAS Y DEBERÁN ESTAR SOPORTADAS POR LAS ÓRDENES EMITIDAS POR EL SENA. | FACTURAS REPORTADAS EN EL SECOP II. | PRODUCTO APROBACION FACTURA EN EL SECOP II. |
| PRESENTAR Y MANTENER VIGENTES LOS PERMISOS, LICENCIAS Y TÍTULOS ESPECIALES EXIGIDOS POR PARTE DE LA LEY O LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, CIVILES O SANITARIAS, PARA EL EJERCICIO DEL SERVICIO PRESTADO. | PRODUCTOS ,IPS HABILITADA. | IPS HABILITADA. |
| CUMPLIR CON LOS ORDENAMIENTOS ÉTICOS Y MORALES QUE IMPONE LA PROFESIÓN MÉDICA. | ATENCION AL PACIENTE CON PROTOCOLO CORRESPONDIENTE | PACIENTE ATENDIDO |
| INFORMAR AL SENA TODOS LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN SUPLANTACIONES O FRAUDES DE USUARIOS O CUALQUIER OTRA IRREGULARIDAD. | N/A | N/A |
| TODO TRATAMIENTO ADELANTADO POR DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO DE SALUD, DEBE SER AUTORIZADO POR EL ODONTÓLOGO ASESOR Y ES DE OBLIGATORIA ACEPTACIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS. | ORDENES EMITIDAS ODONTOLOGO ASESOR. | ORDENES RECEPCIONADAS. |
| TODA REMISIÓN ESTARÁ SUPEDITADA A UNA VALORACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DEL MÉDICO ASESOR. | REMISION REALIZADA ODONTOLOGA ASESORA. | VALORACION REMISION. |

**Saldo del Contrato:**

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL CONTRATO** | $ 80.000.000 |
| **VALOR EJECUTADO RADICADO** | |
| **SALDO DEL CONTRATO** | |
| **VALOR FACTURA A PAGAR** | $ 12.241.112 |

**Valor a Pagar:** Doce millones doscientos cuarenta y un mil ciento doce pesos ($12.241.112) M/Cte.

| No. | NUMERO DE FACTURA | FECHA FACTURA | VALOR FACTURA |
|---|---|---|---|
| 1 | FE-88 | 16/10/2024 | $ 12.241.112 |
| | **TOTAL** | | **$** 12.241.112 |

**Valor Facturado:** Doce millones doscientos cuarenta y un mil ciento doce pesos ($12.241.112) M/Cte.

.

**SIIF.** 24324 de 9 Mayo 2024

**OBSERVACIONES**

*Las facturas fueron debidamente auditadas por la medico odontologa del SMA.*

**NELSY TINOCO OTERO**
Coordinador Servicio Médico Asistencial
Regional Bolívar

## Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHlyserna | LENNIN YAFITH SERNA CAMPO |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-013-000000 | SENA REGIONAL BOLIVAR-DIRECCION REGIONAL |
| Fecha y Hora Sistema: | 9/05/2024 12:00:00 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 5924 de fecha 2024-04-04. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 24324 | **Fecha Registro:** | 2024-05-09 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-013-000000 SENA REGIONAL BOLIVAR-DIRECCION REGIONAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 80.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 80.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 80.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 806010200 | **Razón Social:** | GENTE FELIZ S.A.S | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 4241017201 | **Banco:** | SCOTIABANK COLPATRIA SA | **Tipo:** | Corriente | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 88147752 | **Nombre:** | JAIME TORRADO CASADIEGOS | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL BOLIVAR |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.6251593 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2024-05-09 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101000 DESPACHO DIRECCION | C-3603-1300-15-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 80.000.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 80.000.000,00 | 0,00 | 80.000.000,00 | 80.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | SERVICIOS MEDICOS: CONTRATAR EL SERVICIO DE SALUD EN ODONTOLOGÍA GENERAL, ESPECIALIZADA Y AYUDAS DIAGNOSTICAS (ORTODONCIA, ORTOPEDIA MAXILAR, PERIODONCIA, CIRUGÍA ORAL, ENDODONCIA, REHABILITACIÓN ORAL, ODONTOPEDIATRÍA, RADIOLOGÍA) PARA LOS BENEFICIAR |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-013-000000 | SENA REGIONAL BOLIVAR-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2024-05-09 | 80.000.000,00 | 80.000.000,00 | NINGUNO |

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
53ed0d13e9427dd7288d3f9d30df02279fafa67cfde9c022f92168d60c998a071391b9ce5d303355d2a974c502bd533b

**Número de Factura:** FE-88
**Fecha de Emisión:** 16/10/2024
**Fecha de Vencimiento:** 16/10/2024
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar
**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Transferencia Débito
**Orden de pedido:** 16102024
**Fecha de orden de pedido:** 16/10/2024

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** GENTE FELIZ S.A.S
**Nombre Comercial:** GENTE FELIZ S.A.S
**Nit del Emisor:** 806010200
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:**O-47
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8622
**País:** Colombia
**Departamento:** Bolívar
**Municipio / Ciudad:** Cartagena De Indias
**Dirección:** CC CENTRO UNO LC 214 CL 32 C 8 A 44
**Teléfono / Móvil:** 3106036665
**Correo:** eleonbarrios@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 899999034
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-13
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**País:** Colombia
**Departamento:** Bolívar
**Municipio / Ciudad:** Cartagena De Indias
**Dirección:** kilometro 1 via turbaco
**Teléfono / Móvil:** 6530743
**Correo:** nctinocot@sena.edu.co

### Detalles de Productos

| Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| | SERVICIOS ODONTOLOGICOS | NIU | 1,00 | $ 12.241.112,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 12.241.112,00 |

### Notas Finales

SERVICIOS ODONTOLOGICOS PRESTADOS CONTRATO CO1.PCCNTR.6251593 /servicio de salud en odontología general, especializada y ayudas diagnosticas (ortodoncia, ortopedia maxilar, periodoncia, cirugía oral, endodoncia, rehabilitación oral, odontopediatría, radiología) para los beneficiarios afiliados al servicio médico asistencial del SENA en la REGIONAL BOLÍVAR

Linea de negocio:

Laura G.

SENA REGIONAL BOLÍVAR COORDINADOR S.M.A

24 OCT 2024

Powered by CamScanner

## Datos Totales



**ento generado el:**
2024 10:47:35
**ento validado por la DIAN:**
2024 10:47:36
**enerado por:**
**ón Gratuita DIAN**
7268
**enerado por:**
**ón Gratuita DIAN**
**D197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 12.241.112,00 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 12.241.112,00 |
| IVA | | | 0,00 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | | 12.241.112,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 12.241.112,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

**o de Autorización: 18764060803039** **Rango desde: 1** **Rango hasta: 100000** **Vigencia: 2024-11-28**

Powered by CamScanner

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

*** BANCO GNB SUDAMERIS ***

NIT. 860.050.750-1

Oficina : 55 PRINCIPAL CARTAGENA

Fecha : 26/JUL/2024 Hora : 09:43:05

Cajero : MORPAL Caja : 172

Control : 334389-I

---

853 ESTAMPILLA UNIV.DE CARTAG 800.000,00

Ref1: 8000000

Ref2: 8999990341

Ref3: SENA

Ref4: GENTE FELIZ

TOTAL 800.000,00

---

Efectivo. 800.000,00

Vlr. Recibido. 800.000,00

Vlr. Cambio. 0,00

Cant. Recaudos: 1,00

Antes de retirarse de la ventanilla por favor revise que el detalle de la transacción registrado en este comprobante, esté correcto.

---

Para cualquier reclamo debe presentar este recibo y la(s) factura(s) original(es) y/o la(s) factura(s) aquí relacionada(s)

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

El suscrito **Rossemberg Ramírez Bermúdez,** contador Público titulado con tarjeta profesional No. 125489-T otorgado por el Ministerio de Educación a través de la junta central de contadores

## CERTIFICADO DE PARAFISCALES

Hago constar qué, la empresa **GENTE FELIZ SAS** identificada con Nit No. 806.010.200-3, Regimen Simple de Tributación, se encuentra a paz y salvo a julio de 2024 por aportes a la seguridad social pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha por los siguientes conceptos:

- E.P.S
- PENSIONES
- A.R.L
- COMFENALCO
- APORTES PARAFISCALES (exonerado)

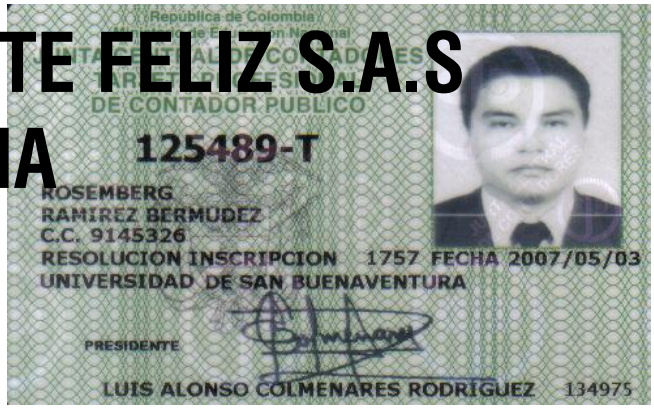
El presente se expide en la ciudad de Cartagena de Indias, D.T. y C., a los 29 días del mes de julio de 2024.



**ROSEMBERG RAMIREZ BERMUDEZ**
Contador Público T.P. No. 125489-T

USO EXCLUSIVO GENTE FELIZ S.A.S
USO SENA




USO EXCLUSIVO GENTE FELIZ S.A.S
USO SENA






ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | GENTE FELIZ LTDA |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-806010200 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2024-07-27 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-07-23 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-07-23 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-06 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-07 |
| NÚMERO PLANILLA: | 30511645 |
| TOTAL COTIZANTES: | 2 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 30511645 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 52.000 | $ 52.800 |
| EPS048 | 806008394 | EPS-S MUTUAL SER | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 52.000 | $ 52.800 |
| Subtotal Salud | | 2 | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 104.000 | $ 105.600 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 3.200 | $ 208.000 | $ 211.200 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 3.200 | $ 208.000 | $ 211.200 |
| Subtotal Pensión | | 2 | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 6.400 | $ 416.000 | $ 422.400 |
| 14-4 | 860002183 | SEGUROS COLPATRIA | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 300 | $ 13.600 | $ 13.900 |
| Subtotal ARL | | 1 | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 300 | $ 13.600 | $ 13.900 |
| CCF08 | 890480023 | COMFENALCO CARTAGENA | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 104.000 | $ 105.600 |
| Subtotal CCF | | 1 | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 104.000 | $ 105.600 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 9.900 | $ 637.600 | $ 647.500 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 02/08/2024 |

ASOPAGOS s.a.

# CONSTANCIA DE PAGO DE AFILIADOS

## DATOS GENERALES

| RAZÓN SOCIAL | IDENTIFICACIÓN | Nro PLANILLA | TIPO DE PLANILLA | PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | FECHA DE PAGO | CENTRO DE COSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GENTE FELIZ LTDA | NI 806010200 - 0 | 30511645 | E: Planillas empleados empresas | 2024-06 | 2024-07 | 2024-07-23 | COLPATRIA RIESGO I |

Se certifica que en la fecha 2024-07-23, la empresa GENTE FELIZ LTDA con documento de identificación NI 806010200, canceló los aportes de seguridad social correspondientes a los siguientes empleados y dirigido a las siguientes entidades:

| DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | AFP | EPS | ARL | CCF | PAGÓ ICBF | PAGÓ SENA | PAGÓ FSP | PAGÓ MEN | PAGÓ ESAP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 45521571 | OROZCO GOMEZ MARIA ELENA | PROTECCION | SALUD TOTAL | SEGUROS COLPATRIA | COMFENALCO CARTAGENA | NO | NO | NO | NO | NO |
| CC 73145857 | LEON BARRIOS EDGAR ENRIQUE | COLPENSIONES | EPS-S MUTUAL SER | SEGUROS COLPATRIA | COMFENALCO CARTAGENA | NO | NO | NO | NO | NO |

PAGADO

| | |
|---|---|
| | Versión: 07 |
| | Código: GIL-F-010 |

## Proceso Gestión de Infraestructura y Logística

## Formato Acta de Recibo a Satisfacción

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Acta N° | 2 |
| FECHA: | 25/10/2024 | CIUDAD/MUNICIPIO: | Catagena/ |
| COD REGIONAL: | 13 | REGIONAL | BOLIVAR |
| CENTRO DE COSTO: | Despacho Regional Bolivar | | |
| COD CENTRO DE COSTO: | 1010 | | |
| TIPO DE ADQUISICIÓN: | CONTRATO | TIPO DE ENTREGA: | SUMINISTRO |
| N° DE ACTO ADMINISTRATIVO: | CO1.PCCNTR.6251593 | FECHA ACTO ADMINISTRATIVO: | 9/05/2024 |
| RUBRO PRESUPUESTAL | C-3603-1300-15-20305C-3603025-03 | | |
| PROVEEDOR CONTRATISTA: | GENTE FELIZ SAS | | |
| NIT/CEDULA DE CIUDADANIA: | 80601020 | | |
| VALOR TOTAL: | $ 80.000.000,00 | | |
| FECHA DE VENCIMIENTO: | 31/12/2024 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Contratar el Servicio de salud en odontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial del SENA en la Regional Bolívar. | | |
| CANTIDAD BIENES DEVOLUTIVOS | 0 | CANTIDAD BIENES DE CONSUMO | 0 |

## RECIBIDO A SATISFACCION:

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

| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES | Especificaciones según documento soporte: Factura de venta No. FE -53 del proveedor GENTE FELIZ SAS. El supervisor certifica que verifico que el contratista se encuentre al dia con los pagos relativos al Sistema de Seguridad Social Integral , de conformidad con lo dispuesto en el Art.23 de la ley 1150 de 2007, para la cual se anexa certificacion y pagos correspondientes. |
| FIRMA SUPERVISOR | |
| NOMBRE COMPLETO | NELSY DEL CARMEN TINOCO OTERO |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 45691120 |
| CORREO INSTITUCIONAL | nctinocot@sena.edu.co |
| CARGO | COORDINADOR (F) SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL |
| N° DE CONTACTO | 3173408537 |