INFORME DE SUPERVISIÓN N° 2

PARA: Delegado de la Contratación

FECHA: 07/05/2025

1. INFORMACIÓN BÁSICA

CONTRATO/CONVENIO Nº: ENV-13-32-0248-25-1

FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO: 28-02-2024.

CONTRATISTA/ASOCIADO: JUNTA MEDICO LABORAL

IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA/ASOCIADO: NIT 901.167.990-2

OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:

VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO: $50.000.000

VALOR ADICION: N/A

VALOR TOTAL DEL CONTRATO/CONVENIO: N/A

FECHA DE ADICIÓN:

FECHA DE INICIO[1]: 10-03-2025

PLAZO DEL CONTRATO/CONVENIO[2]: El plazo estimado para la ejecución del objeto es de Nueve Meses (10) o hasta el agotamiento de la partida presupuestal contados a partir de la fecha establecida del inicio del contrato establecido en la plataforma Secop II en todo caso no podrá superar el 15 de Diciembre 2025 de la correspondiente vigencia *fiscal.*

[1] Tener en cuenta la fecha establecida en la plataforma SECOP II cuando este haya utilizado este medio. No puede ser anterior a la fecha de expedición de RDP, ni a las fechas de pago de impuestos y expedición de pólizas en caso de que aplique.
[2] Tener en cuenta el plazo estipulado en la plataforma SECOP II cuando este haya utilizado este medio.

2. SEGUIMIENTOS

Según lo dispone la Ley 1474 de 2012, en su Artículo 83. Supervisión e interventoría contractual. "(…). La supervisión consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto del contrato/convenio, enunciado en el presente informe (…)", según los siguientes ítems:

2.1 Período de supervisión[3] (Seguimiento administrativo):

Se realiza el presente informe para el período de ejecución del 1 al 30 de Abril del año en curso de 2025

2.2 Novedades (Seguimiento administrativo):

Ninguna

SUSPENSION		
Fecha suspensión	**Fecha Reinicio**	**Motivo**

2.3 Cumplimiento de obligaciones (Seguimiento técnico): Las especificaciones técnicas alrededor del proceso de certificación de discapacidad y las disposiciones de obligatoriedad a cargo de los entes territoriales por las cuales se motivó este proceso de contratación, se encuentran dispuestas en la Ley 1618 de 2013, Resolución 113 de 2020 y Resolución 1197 de 2024.

Para este proceso de supervisión se procede entonces a realizar una valoración del recurso humano y técnico ofrecido por el operador para la realización de los certificados, y posteriormente se pasa a validar cada uno de los certificados realizados en la plataforma SISPRO en indicado por el ministerio de salud y proyección social y así finalmente proceder con la autorización del pago proporcional correspondiente.

[3] En este ítem el supervisor deberá señalar el alcance en el tiempo que tuvo su labor de supervisión, es decir entre qué fechas se llevó a cabo este ejercicio, indicando además si el contrato/convenio se cumplió en un solo acto o si comprende un periodo de ejecución.

- **Fisioterapeuta**



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

KAROL STEPHAN MEJIA AGUDELO

Con Cedula de Ciudadania No. 1037651363

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON
Subdirectora (E)
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

79854674 - 15/12/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 0236002445029CC1037651363C.

- **Psicóloga**



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ADRIANA BELTRAN LEAL

Con Cedula de Ciudadania No. 52251937

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Medellín, a los ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
Subdirectora
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

79025995 - 08/11/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9460402422193CE52251937C.

- **Medico**



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARITZA LILIANA RUEDA BELTRAN

Con Cedula de Ciudadania No. 52701280

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cali, a los veinticinco (25) días del mes de agosto de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO
Subdirector
CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

77244776 - 25/08/2021
FECHA REGISTRO

OBLIGACIONES GENERALES	DETALLAR EL CUMPLIMIENTO O NO DE LAS OBLIGACIONES, JUSTIFICANDO LAS ACCIONES REALIZADAS O EL POR QUÉ NO SE HAN EJECUTADO EN EL PERÍODO DEL PRESENTE INFORME
Cumplir con el objeto del contrato en la forma y oportunidad pactada	CUMPLE
Cumplir con las cantidades, requisitos y especificaciones ofertadas y contratadas, acorde a la propuesta económica y fichas técnicas	CUMPLE
Dar cumplimiento a las especificaciones generales y particulares de los pliegos de condiciones, a los estudios previos, ficha técnica y a la propuesta presentada por el contratista.	CUMPLE
Acatar las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato	CUMPLE
Dar cumplimiento a lo preceptuado en las Leyes 1150 de 2007 y 1562 de 2012 compilado por el Decreto 1072 de 2015 referente a la obligatoriedad de los contratistas de estar afiliados a los Sistemas de Seguridad Social Integral.	CUMPLE SE ANEXA SORTE DE PAGO (1 VINCULADO,2 PRESTACIONES D ESERVICIO)
Presentar la cuenta de cobro o factura, de acuerdo con las directrices de la supervisión del contrato y conforme con los tiempos establecidos para el pago del contrato y por el municipio acorde al cierre contable establecido para cada mes.	CUMPLE SE ANEXA FACTURA ELECTRONICA
Informar oportunamente al supervisor sobre alguna anomalía o dificultad presentada durante la ejecución del contrató	CUMPLE
Asistir a las reuniones acordadas	CUMPLE
El contratista no podrá ceder el presente contrato total o parcialmente a persona alguna.	CUMPLE

Realizar y aportar las certificación pago de impuesto y estampillas, además adquisición de garantías necesarias para el inicio del contrato en los tiempos definidos para el trámite de los mismos.	CUMPLE
Dar cumplimiento a lo estipulado en el Capítulo 6. Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo-DECRETO 1072 DE 2015	CUMPLE
Contar con los elementos de protección y seguridad laboral necesarios para ejecutar las actividades contractadas, para cada uno de las personas que empleara en el desarrollo del contrato.	CUMPLE
Cumplir con el programa de actividades de prevención y promoción sobre Riesgos Laborales que establezca el Municipio acorde con el (Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.28).	CUMPLE
Para los procesos de Compra Venta o suministro de bienes, El CONTRATISTA se compromete a presentar en su factura o cuenta de cobro, el detalle de los elementos entregados, donde se identifique todos aquellos elementos que individualicen el bien, como por ejemplo: la Marca, Serie, Referencia, Especificaciones Técnicas y Cantidad, valor unitario discriminando IVA (si aplica).	NO APLICA
Todas las demás descritas en la propuesta presentada al Municipio de Envigado.	CUMPLE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	DETALLAR EL CUMPLIMIENTO O NO DE LAS OBLIGACIONES, JUSTIFICANDO LAS ACCIONES REALIZADAS O EL POR QUÉ NO SE HAN EJECUTADO EN EL PERÍODO DEL PRESENTE INFORME
Dicho procedimiento debe realizarse por los equipos multidisciplinarios para certificación de discapacidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud autorizadas por las secretarías de salud del orden departamental y distrital o las entidades que hagan sus veces, el cual está conformado por tres (3) profesionales registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad de este Ministerio, cada uno de una disciplina diferente, donde se incluye un médico general o especialista y dos (2) profesionales de alguna de las siguientes áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería, optometría o trabajo social.	CUMPLE SE ANEXA CERTIFICACIONES (PSICOLOGA, FISIOTERAPIA Y MEDICO GENERAL) Durante este periodo se presentó una novedad importante de señalar de forma específica, ya que el certificador Julián Suarez no puede acompañar el proceso, por tanto, el equipo interdisciplinario certificador queda a cargo de: Maritza Rueda Beltrán (medico), Adriana Beltrán Leal (psicóloga) y Karol Stephan Mejía Agudelo (Fisioterapeuta), adjunto certificado de profesional evaluador.
Los profesionales mencionados anterior mente deberán de estas inscritos El Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad	CUMPLE
Disponer de agendas médicas con una oportunidad no superior a 15 días hábiles para la atención de los usuarios remitidos por el Municipio para la realización del certificado de discapacidad de manera institucional.	CUMPLE
Contar con equipos multidisciplinario conformado, para la atención y certificación en discapacidad, los profesionales de los equipos deben estar registrados en el directorio nacional de Certificadores.	CUMPLE

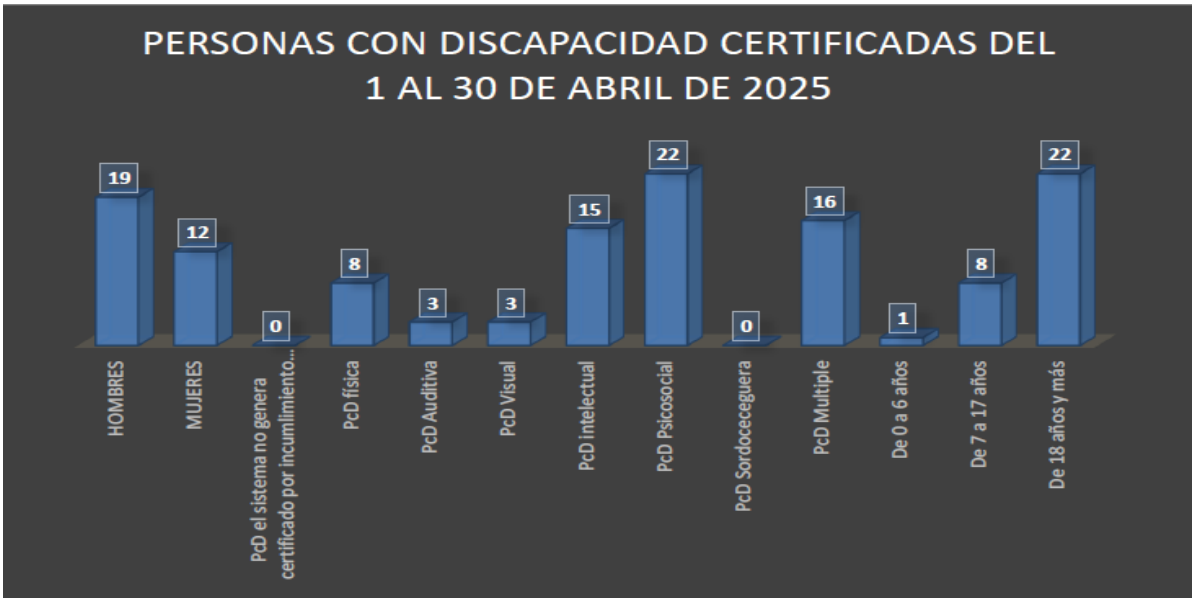
Realizar los registros necesarios según la normatividad especifica: 1) La inscripción al Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, y 2) Reportar y actualizar los usuarios institucionales que ingresarán a los sistemas de información, mediante la plataforma PISIS	CUMPLE
Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa requerida para la prestación del servicio.	CUMPLE
Entregar copia del certificado de discapacidad realizado al usuario atendido o a su familiar autorizado por este mismo.	CUMPLE
Garantizar la responsabilidad del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable. Se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de dicha información, por tratarse de datos sensibles. (Ley Estatutaria 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1712 de 2014	CUMPLE
Ejecutar las actividades propias del contrato de manera eficiente, profesional y en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad sin que ello implique exclusividad.	CUMPLE
Entregar los informes o entregables que sean solicitados de manera anticipada por el municipio de Envigado o el supervisor del contrato, de acuerdo con el alcance que definan de común acuerdo las partes.	CUMPLE
Suministrar al Coordinador y/o Administrador del contrato toda la	CUMPLE

información que sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones.	
Participar en las reuniones de coordinación que se programen para analizar y garantizar el cumplimiento de los diferentes compromisos contractuales.	CUMPLE

CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD SUPERVISADOS:

Durante este periodo supervisado 10 al 31 de marzo 2025, se identifica que a el operador se le remitieron 38 usuarios de los cuales se realizó valoración a 31 en la modalidad institucional los cuales fueron reportados en la Plataforma SISPRO del Ministerio de Salud de donde se realizó validación y se puede acceder en cualquier momento de dicho documento, además se entregó copia física a los usuarios que cumplían con criterio de discapacidad, continúan usuarios pendientes de certificar por: 1: se encuentra fuera el país, 2 por motivos de salud.(pendientes re agendar para el mes de mayo de no aceptación se da por finalizado el proceso solicitado, a continuación se relaciona listado de usuarios valorados.

# SOLICITUDES REMITIDAS	# CERTIFICACIONES REALIZADAS	# CERTIFICACIONES PENDIENTES	CERTIFICACIONES DOMICILIARIAS REALIZADAS	CERTIFICACIONES REALIZADAS EN LA ENTIDAD
31	31	0	0	31



REPORTE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DEL 01 AL 30 DE ABRIL							
CONSECUTIVO	CODIGO # ORDEN	TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD	NUMERO DE DOCUMENTO IDENTIDAD	NOMBRES	APELLIDOS	MODALIDAD	ESTADO
1	1154459	CC	70567881	GUILLERMO	VANEGAS SIERRA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
2	995053	CC	1115065578	JHONY ALEJANDRO	GARCIA ARANDA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
3	1062791	CC	10030581	ANDRES FELIPE	PARRA GUZMAN	PRESENCIAL	CERTIFICADO
4	623157	CC	1030641525	JEISSON BEILLIN	ZUÑIGA HIDALGO	PRESENCIAL	CERTIFICADO
5	1001386	CC	43011976	BLANCA OLIVA	RESTREPO PUERTA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
6	926899	CC	11801820	FRANKLIN DE	SCARPETA MORENO	PRESENCIAL	CERTIFICADO
7	1349919	CC	42872114	MARIA RUBIELA	BOTERO OCHOA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
8	1185511	CC	43713421	EUGENIA ELENA	RAMIREZ ZULUAGA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
9	866551	CC	43712930	AIDA MARIA	RAMIREZ ZULUAGA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
10	889618	TI	1036457220	JUAN PABLO	OSSA QUINTERO	PRESENCIAL	CERTIFICADO
11	918318	TI	1038874666	JACOBO	ESPINOSA DURANGO	PRESENCIAL	CERTIFICADO
12	802226	CC	8162775	JAIME NICOLAS	OSPINA JARAMILLO	PRESENCIAL	CERTIFICADO
13	851030	CC	79849656	GERMAN ALONSO	GIL MEDINA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
14	857701	CC	1037593849	SEBASTIAN	JARAMILLO ARANGO	PRESENCIAL	CERTIFICADO
15	918660	TI	1036455540	ANA SOFIA	GARCIA VELEZ	PRESENCIAL	CERTIFICADO
16	1102744	TI	1021934758	MATEO	RINCON TABARES	PRESENCIAL	CERTIFICADO
17	1164944	CC	32446782	LUZ GLORIA	OSORIO NAVAS	PRESENCIAL	CERTIFICADO
18	1225080	CC	15241281	PEDRO NEL	ECHEVERRY HERNANDEZ	PRESENCIAL	CERTIFICADO
19	1219519	TI	1020316434	ANTONIA	MOLINA BUILES	PRESENCIAL	CERTIFICADO
20	907933	CC	1037633370	ANTHONY	OROZCO CHICA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
21	1382214	RC	1023550149	EMILIANO	ALCARAZ OCAMPO	PRESENCIAL	CERTIFICADO
22	1193381	TI	1037669238	ISAAC	GALLEGO ORTIZ	PRESENCIAL	CERTIFICADO
23	1025699	CC	1140858302	IVAN RENE	PEREZ ESTRADA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
24	1070975	CC	42892842	CECILIA	RODRIGUEZ ZAPATA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
25	731365	CC	8342618	JESUS EMILIO	RENDON RENDON	PRESENCIAL	CERTIFICADO
26	1229632	CC	1013340255	GROOT VALENTINA	ALZATE DE	PRESENCIAL	CERTIFICADO
27	1286555	TI	1017278432	LUIS FELIPE	BERMUDEZ HUMBRIA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
28	1276311	CC	70567636	JUAN FERNANDO	CALLE BETANCUR	PRESENCIAL	CERTIFICADO
29	1025619	CC	1037594304	ADRIAN FELIPE	HENAO VILLADA	PRESENCIAL	CERTIFICADO
30	1186963	TI	1155715939	EMILIANO	CASTAÑEDA HERNANDEZ	PRESENCIAL	CERTIFICADO
31	1306891	CC	32111129	ANGELA PATRICIA	ESCOBAR MARQUEZ	PRESENCIAL	CERTIFICADO

Posterior a el envió de dicha información por parte de la IPS Junta Medico Laboral, se procede a la respectiva revisión de cada Certificado que se encuentre en la Plataforma SISPRO y calidad del dato

Según tarifas establecidas a la fecha por el Ministerio de Salud y Protección Social en el artículo 13 de la Resolución 113 de 2020 y actualizadas para 2024 según comunicado del Ministerio de Salud vía correo electrónico por la **funcionaria Jasmine Lara (Coordinadora Grupo de gestión en Discapacidad**) Fecha: **16-01-2025**. Esta Valoración podrá tener como resultado la generación o no del certificado de discapacidad.

Item	Valor 2021	IPC acumulado 2021*	Valor 2022	IPC acumulado 2022*	Valor Proyectado 2023	IPC acumulado 2023*	Valor Proyectado 2024	IPC acumulado 2024*	Valor Proyectado 2025
Valoración Institucional	$ 122.948	5,62%	$ 129.858	13,12%	$ 146.895	9,28%	$ 160.526	5,20%	$ 168.873
Valoración Domiciliaria	$ 165.980	5,62%	$ 175.308	13,12%	$ 198.308	9,28%	$ 216.710	5,20%	$ 227.979

Se aprueba entonces lo siguiente para el periodo supervisado del 10 de Abril al 30 de Abril **de 2025:**

Tipo certificado	Valor unitario (Precio 2025)	Cantidad autorizada marzo 2025	Valor total marzo - 2025
Valoración Institucional	$168.873	**30**	$ 5.235.063
Valoración Domiciliaria	$227.979	**0**	**0**
Valor Total a Pagar			**$ 5.235.063**

Los soportes y evidencias de cada una de las obligaciones verificadas en la supervisión, se encontrarán disponibles en archivo digital:

PC: equipo ubicado en la oficina de Dirección de Salud Pública con usuario ENVIGADO/cesar.mesa@envigado.gov.co

CONSOLIDADO ACCIONES 2025:

Durante lo corrido del contrato a la fecha se han realizado:

Mes	Institucional	Domiciliario	Total
Marzo	30	0	30
Abril	31	0	31
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
TOTAL			

2.4 Seguridad social (Seguimiento administrativo):

El contratista/asociado cumplió con el pago de la seguridad social en (salud pensión y riesgos laborales). Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1150 de 2007, a la ley 789 de 2002 art.50, a la ley 1562 de 2012 y a la Ley 1273 de 2018, detallado de la siguiente manera:

Obligado a Presentar Seguridad Social	Si	**x**	Diligencie el cuadro		
	No		Omita el cuadro		
PERSONA NATURAL			**PERSONA JURIDICA**[4]	**SI**	**NO**
Planilla número	N/A		Certificado de Representante Legal		**X**
Período de Cotización	Marzo 2025				
Fecha de pago	N/A		Certificado de Revisor Fiscal		**X**
Valor base de cotización	$				
Salud	$		Copia de Tarjeta Profesional del Revisor Fiscal (Para la cuenta inicial)		X
Pensión	$		Certificado de la Junta Central de Contadores del Revisor Fiscal (Según vigencia)		X
ARL tipo de riesgo	**XX**		Período de Cotización	Marzo 2025	
Nombre personal relacionado en planilla que ejecuta el contrato/convenio (cuando aplique)			Nombre personal relacionado en planilla que ejecuta el contrato/convenio (cuando aplique)		

[4] Se debe verificar el pago de seguridad social del personal vinculado y/o contratista requerido y contenido en la propuesta económica.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901167990	2	JUNTA MEDICO LABORAL IPS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 48 46 A SUR 107 CS1125	ENVIGADO-ANTIOQUIA	4440120	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo Pensión	Periodo Salud	Clave Pago	Clave Planilla	Tipo Planilla	Fecha Limite	Fecha Pago	Pago Banco	Pago Dias Mora	Pago Valor
2025-03	2025-04			E	2025/04/23			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO No.	EMPLEADO Identificación		EMPLEADO Nombre	NOVEDADES (ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip)	PENSION Codigo	PENSION Dias	PENSION IBC	PENSION Aporte	SALUD Codigo	SALUD Dias	SALUD IBC	SALUD Aporte	CCF Codigo	CCF Dias	CCF IBC	CCF Aporte	RIESGOS Codigo	RIESGOS Dias	RIESGOS IBC	RIESGOS Tarifa	RIESGOS Aporte	PARAFISCALES Dias	PARAFISCALES IBC	PARAFISCALES Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (4 Afiliados)							$13,532,000	$2,243,200			$13,532,000	$541,400			$13,532,000	$541,400			$13,532,000		$141,500		$0	$0		$3,467,500
Centro de Trabajo: RIESGO 2 (4 Afiliados)							$13,532,000	$2,243,200			$13,532,000	$541,400			$13,532,000	$541,400			$13,532,000		$141,500		$0	$0		$3,467,500
Ciudad: ENVIGADO Depto: ANTIOQUIA (4 Afiliados)							$13,532,000	$2,243,200			$13,532,000	$541,400			$13,532,000	$541,400			$13,532,000		$141,500		$0	$0		$3,467,500
1	CC	1036650878	CANO DIANA		230201	30	$1,891,000	$302,600	EPS010	30	$1,891,000	$75,700	CCF03	30	$1,891,000	$75,700	14-11	30	$1,891,000	1.044%	$19,800	30	$0	$0	SI	$473,800
2	CC	1017230109	GARCIA ANGELLY		231001	30	$1,891,000	$302,600	EPS002	30	$1,891,000	$75,700	CCF03	30	$1,891,000	$75,700	14-11	30	$1,891,000	1.044%	$19,800	30	$0	$0	SI	$473,800
3	CC	52701280	RUEDA MARITZA		230201	30	$7,785,000	$1,323,600	EPS010	30	$7,785,000	$311,400	CCF03	30	$7,785,000	$311,400	14-11	30	$7,785,000	1.044%	$81,300	30	$0	$0	SI	$2,027,700
4	CC	21533525	VANEGAS NATALIA		230201	30	$1,965,000	$314,400	EPS010	30	$1,965,000	$78,600	CCF03	30	$1,965,000	$78,600	14-11	30	$1,965,000	1.044%	$20,600	30	$0	$0	SI	$492,200
Total	Afiliados(4)						$13,532,000	$2,243,200			$13,532,000	$541,400			$13,532,000	$541,400			$13,532,000		$141,500		$0	$0		$3,467,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901167990	2	JUNTA MEDICO LABORAL IPS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 48 46 A SUR 107 CS1125	ENVIGADO-ANTIOQUIA	4440120	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo Pensión	Periodo Salud	Clave Pago	Clave Planilla	Tipo Planilla	Fecha Limite	Fecha Pago	Pago Banco	Pago Dias Mora	Pago Valor
2025-03	2025-04			E	2025/04/23			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$2,243,200	$0	$0	$2,243,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$302,600	$0	$0	$302,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$1,940,600	$0	$0	$1,940,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$141,500	$0	$0	$141,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$141,500	$0	$0	$141,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$541,400	$0	$0	$541,400
COMFENALCO ANTIOQUIA	CCF03	890,900,842	6	4	$541,400	$0	$0	$541,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$541,400	$0	$0	$541,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$465,700	$0	$0	$465,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$75,700	$0	$0	$75,700
TOTAL				**4**	**$3,467,500**	**$0**	**$0**	**$3,467,500**

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1037651363
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAROL STEPHAN MEJIA AGUDELO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ENVIGADO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CR 43A 41S SUR 96	TELÉFONO:	3581763
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1747464641**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992317010

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 408.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 408.400	$ 0	$ 408.400
SUBTOTALES:										$ 408.400	$ 0	$ 408.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 319.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 319.100	$ 0	$ 0	$ 319.100
SUBTOTALES:													$ 319.100	$ 0	$ 0	$ 319.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 62.200	$ 62.200	$ 0	$ 0	$ 62.200
SUBTOTALES:									$ 62.200	$ 0	$ 0	$ 62.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1037651363	MEJIA AGUDELO KAROL STEPHAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 2.612.183	NO	230301-PORVENIR	$ 2.552.400	$ 408.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 408.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	$ 2.552.400	$ 319.100	$ 0	$ 319.100	14-11 - ARL SURA	$ 2.552.400	103765136	$ 62.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 789.700

Planilla Pagada

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-05-05, 08:02:48 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2025
Empresa	ADRIANA BELTRAN LEAL
CEDULA CIUDADANIA	CC 52251937
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1072356937
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1457553726
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 413.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 178.000	$ 0
N800903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.500	$ 0
			SubTotales:	$ 413.300	$ 0
			Total a Pagar:		$ 413.300

2.5 Valor a pagar (Seguimiento financiero y contable):

DESCRIPCION		VALOR
1	Valor Cuota pactada contrato/convenio	$ 5.235.063
2	Glosa[5](+)(-)	0
Valor Total a Pagar		$ 5.235.063

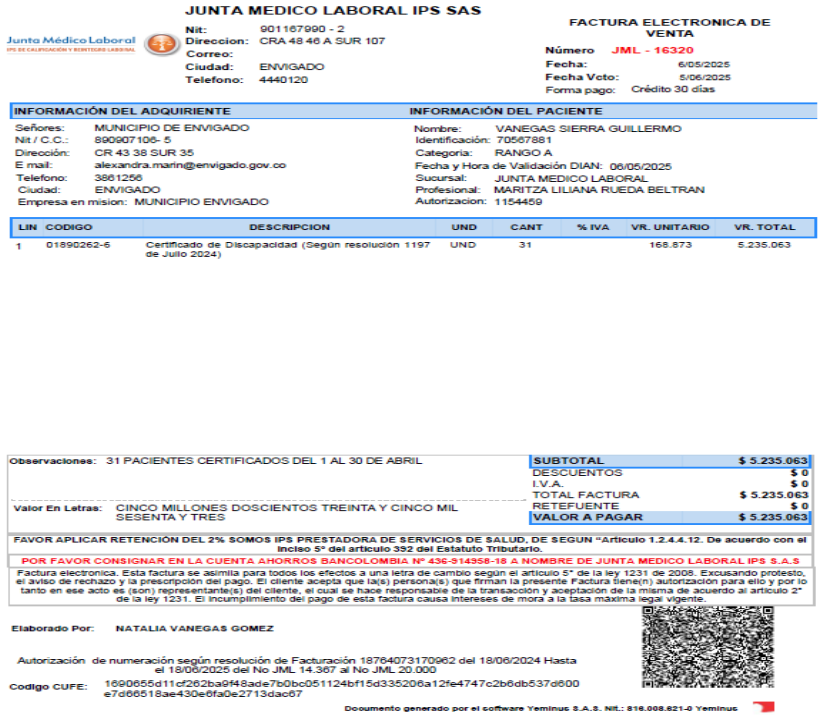
2.5.1 Justificación: (si aplica-glosa)

N/A

[5] Se entiende por glosa los valores que pueden ser sumados o disminuidos de la cuota pactada, el cual deberá ser justificado

2.5.2 Descripción de pagos:

ÍTEM	FACTURA	VALOR	% DE EJECUCION	FECHA DE PAGO
Valor total del contrato/convenio	**---**	**$ 50.000.000**	**---**	**---**
Pago acta 1	JML -16184	**$ 5.066.190**	**10%**	10/04/2025
Pago acta 2	JML-16320	**$ 5.235.063**	**10%**	
Pago acta 3				
Pago acta 4				
Pago acta 5				
Pago acta 6				
Pago acta 7				
Pago acta 8				
Valor total actas de pago		**$ 10.301.253**	**20 %**	
Valor por ejecutar del contrato/convenio		**$39.698.747**	**79 %**	



JUNTA MEDICO LABORAL IPS SAS

Junta Médico Laboral

Nit: 901167990 - 2
Direccion: CRA 48 46 A SUR 107
Correo:
Ciudad: ENVIGADO
Telefono: 4440120

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Número JML - 16320
Fecha: 6/05/2025
Fecha Vcto: 5/06/2025
Forma pago: Crédito 30 días

INFORMACIÓN DEL ADQUIRIENTE		INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Señores:	MUNICIPIO DE ENVIGADO	Nombre:	VANEGAS SIERRA GUILLERMO
Nit / C.C.:	890907106- 5	Identificación:	70567881
Dirección:	CR 43 38 SUR 35	Categoria:	RANGO A
E mail:	alexandra.marin@envigado.gov.co	Fecha y Hora de Validación DIAN:	06/05/2025
Telefono:	3861256	Sucursal:	JUNTA MEDICO LABORAL
Ciudad:	ENVIGADO	Profesional:	MARITZA LILIANA RUEDA BELTRAN
Empresa en mision:	MUNICIPIO ENVIGADO	Autorizacion:	1154459

LIN	CODIGO	DESCRIPCION	UND	CANT	% IVA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1	01890262-6	Certificado de Discapacidad (Según resolución 1197 de Julio 2024)	UND	31		168.873	5.235.063

Observaciones: 31 PACIENTES CERTIFICADOS DEL 1 AL 30 DE ABRIL

Valor En Letras: CINCO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SESENTA Y TRES

SUBTOTAL	$ 5.235.063
DESCUENTOS	$ 0
I.V.A.	$ 0
TOTAL FACTURA	$ 5.235.063
RETEFUENTE	$ 0
VALOR A PAGAR	$ 5.235.063

FAVOR APLICAR RETENCIÓN DEL 2% SOMOS IPS PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, DE SEGUN "Articulo 1.2.4.4.12. De acuerdo con el inciso 5° del articulo 392 del Estatuto Tributario.

POR FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA AHORROS BANCOLOMBIA Nº 436-914358-18 A NOMBRE DE JUNTA MEDICO LABORAL IPS S.A.S

Factura electronica. Esta factura se asimila para todos los efectos a una letra de cambio según el articulo 5° de la ley 1231 de 2008. Excusando protesto, el aviso de rechazo y la prescripción del pago. El cliente acepta que la(s) persona(s) que firman la presente Factura tiene(n) autorización para ello y por lo tanto en ese acto es (son) representante(s) del cliente, el cual se hace responsable de la transacción y aceptación de la misma de acuerdo al articulo 2° de la ley 1231. El incumplimiento del pago de esta factura causa intereses de mora a la tasa maxima legal vigente.

Elaborado Por: NATALIA VANEGAS GOMEZ

Autorización de numeración según resolución de Facturación 18764073170962 del 18/06/2024 Hasta el 18/06/2025 del No JML 14.367 al No JML 20.000

Codigo CUFE: 1690655d11cf262ba9f48ade7b0bc051124bf15d335206a12fe4747c2b6db537d600e7d66518ae430e6fa0e2713dac67

Documento generado por el software Yeminus S.A.S. Nit.: 816.008.621-0 Yeminus

2.6 Otros seguimientos Administrativos:

- Las garantías contractuales siguen aún vigentes, sin novedad alguna
- Las publicaciones se vienen realizando acorde a la norma.
- Se ha verificado el pago de impuestos aplicados en cada pago al contratista/asociado.

2.7 Seguimiento jurídico

- Hasta el momento el contratista/asociado no ha estado inmerso en inhabilidades o incompatibilidades sobrevivientes que le impidan seguir legalmente con la ejecución del contrato/convenio.
- Las capacidades y facultades demostradas por el contratista/asociado para la celebración del contrato/convenio permanecen en la misma condición.
- Se realizó seguimiento a los riesgos identificados en la matriz de riesgos y hasta el momento no se han materializado.

2.8 Adiciones, prórrogas o modificaciones[6]:

N/A

Número de Acta	Valor Adicionado	Plazo Prorrogado	Tipo de Modificación (señalar con una X)	
			Adición (valor)	
			Adición y prorroga (valor y tiempo)	
			Prórroga (tiempo)	
			Modificación (cualquier otra que no implica valor o tiempo)	

2.9 Observaciones administrativas, técnicas, jurídicas, financieras y contables[7]
N/A

2.10 Concepto de supervisión:

2.10.1 Requerimientos:

2.10.2 Recibido a satisfacción:

[6] Se deberá señalar si se han realizado adiciones, prórrogas o modificaciones al contrato/convenio, establecer el N° del acta, la fecha y las novedades en caso que aplique.

[7] Se podrán relacionar observaciones adicionales de acuerdo a la Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado de Colombia Compra Eficiente.

Se otorga Visto bueno para la relación de informe de actividades ejecutadas en el periodo comprendido entre el 1 de Abril al 30 de Abril 2025 de acuerdo a la verificación de la información consignada en el informe de supervisión.

3 Documentos anexos:

1. Certificado de pago de seguridad social (Planilla o certificación) (vinculado: 1, prestación de servicios: 2)
2. Informe de Actividades del contratista/asociado con sus evidencias si a ello hubiere lugar N°2 contrato ENV-13-32-0248-25-1
3. Factura o cuenta de cobro Factura JML # 16320

FIRMA



_____
Nombre completo de supervisor
Cargo **Auxiliar Administrativa**
Dependencia **Salud**