ALCALDÍA DE PASTO

COMPROBANTE DE EGRESO

No. 2024002201

Fecha: 27/dic./2024

A Favor de SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHA **CC. O Nit:** 900893325

Dirección: CR 36 N 18 108 **Telefonos:** 3154058398

Código Postal: 999999

Banco: OCCIDENTE 039916630 OTROS GARSTOS EN SALUD INVERSON

Cheque No. GIRO ELECTRONICO **Por valor de: $** 17,198,348.00

Valor en letras: DIEZ Y SIETE MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MC.

Detalle: O.P No. 2024001868-1 PAGO CTO 20243214 INVITACION PUBLICA CERTIF

Concepto: 1 PAGO CTO 20243214 INVITACION PUBLICA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD 8 OCT 27 DIC 2024

Orden de pago No.: 2024001868

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Disponibilidad	Registro presupuestal	Codigo	Nombre de la cuenta	Cod DANE	Valor
2024000071	2024000597	2.3.2.02.02.009 19 121000 2023520010087 19 1905 0300 1905053 004	Servicios para la comunidad, sociales y personales / Secretaria de Salud / Icld / / SALUDYPROTECCIÓNSOCIAL / SALUDYPROTECCIONSOCIALSALUDPUBLICA / / DOCUMENTOSDEEVALUACIÓN / SALUD	99999999999999	19,905,348.00
			TOTAL		**19,905,348.00**

MOVIMIENTO CONTABLE

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Débito	Crédito
24010102	Serviciios / Secretaria de Salud / SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIO	19,905,348.00	00.00
1110061505	Occidente 039916630 Otros garstos en Salud Inverson / Secretaria de Salu	00.00	17,198,348.00
24072201	Estampilla Procultura / Secretaria de Salud / SOMEB DE NARIÑO SALUD	00.00	398,000.00
24072202	Estampilla Adulto Mayor / Secretaria de Salud / SOMEB DE NARIÑO SALU	00.00	597,000.00
24072203	Estampilla Udenar / Secretaria de Salud / SOMEB DE NARIÑO SALUD OC	00.00	100,000.00
24072204	Estampilla Proelectrificación Rural / Secretaria de Salud / SOMEB DE NARI	00.00	100,000.00
24360501	Servicios / Secretaria de Salud / SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIO	00.00	1,194,000.00
24362701	Retención de impuesto de industria y comercio / Secretaria de Salud / SOM	00.00	119,000.00
24402401	Tasa Prodeporte / Secretaria de Salud / SOMEB DE NARIÑO SALUD OCU	00.00	199,000.00

SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD	Subsecretario(a) de Planeación y Calidad	Firma Beneficiario c.c ó Nit:

TOTAL			19,905,348.00			19,905,348.00

Cód Ret	Tipo retención	% Aplicar	Base gravable	Valor retenido	Tipo	Número
TSP	Tasa Prodeporte	1.00	19,905,348.00	199,000.00	EGT	2024002201
ESC	Estampillas pro cultura	2.00	19,905,348.00	398,100.00	EGT	2024002201
EUN	Estampilla pro Udenar	0.50	19,905,348.00	100,000.00	EGT	2024002201
FUE	Retencion En la Fuente	6.00	19,905,348.00	1,194,000.00	EGT	2024002201
ICA	Industria y Comercio(ICA)	0.60	19,905,348.00	119,000.00	EGT	2024002201
EAM	Estampilla del Adulto Mayor	3.00	19,905,348.00	597,000.00	EGT	2024002201
EPE	Estampilla Proelectrificación	0.50	19,905,348.00	100,000.00	EGT	2024002201

Elaboró:
TRUIZ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD	**Subsecretario(a) de Planeación y Calidad**	**Firma Beneficiario** **c.c ó Nit:**

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CTA OTROS GASTOS SALUD FUNCIONAMIEN
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 800181725
Generado por: MARIO ADOLFO DELGADO CASTILLO

A continuación el detalle de: Resumen - Consultar

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIO	**Nro. Producto Destino**	205011943
Nro. Identificación	9008933254	**Entidad Financiera**	BANCO AV VILLAS
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**Nro. Comprobante**	2024002201
Nro. Producto Origen/Recaudador	039916630	**Forma de pago**	Abono Cuenta Entidad AVAL
Fecha Pago/Débito	2025/01/03	**Aviso al beneficiario**	S
Fecha Transacción	2025/01/03	**Estado de Aviso**	ENVIADA
Valor Transacción	$17,198,348.00	**Fecha de Aviso**	2025/01/03
Comisión	-	**Medio Utilizado**	CORREO
IVA	-	**Nro. Transacción**	039F0422500300E8
Estado	EXT	**Información Adicional**	O CTO 20243214 INVITACION PUBLICA CERTIF
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/01/03
Causal de Rechazo	-	**Nro. Factura**	O.P No. 2024001868-1 PAG
Nro. Control	ONC004NVMO	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MARIO ADOLFO DELGADO CASTILLO

ORDEN DE PAGO

ALCALDÍA DE PASTO

No.: 2024001868

Fecha: 27/dic./2024

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS

CC o Nit: 900893325 **Teléfonos:** 3154058398

Dirección: CR 36 N 18 108

Concepto: 1 PAGO CTO 20243214 INVITACION PUBLICA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD 8 OCT 27 DIC 2024

Detalle: 1 PAGO CTO 20243214 INVITACION PUBLICA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD 8 OCT 27 DIC 2024

No. documento :

Valor: 19,905,348.00

2. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Certificado de Disponibilidad	Registro Presupuestal	CODIGO	NOMBRE DE LA CUENTA	VALOR
2024000071	2024000597	2.3.2.02.02.009 19 121000 2023520010087 19 1905 0300 1905053 004	Servicios para la comunidad, sociales y personales / Icld	19,905,348.00
			TOTAL	19,905,348.00

3. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Centro Costo	Débito	Crédito
55020580	Servicios / SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS	19 / Secretaria de S	19,905,348.00	00.00
24010102	Servicios / SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS	19 / Secretaria de S	00.00	19,905,348.00
		Sumas Iguales	19,905,348.00	19,905,348.00

Elaboró:

Neto a Pagar : $ 19,905,348.00

Valor Neto a pagar en letras: DIEZ Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MC.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD	SUBSECRETARIO(A) DE PLANEACION Y CALIDAD

ok.

ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO GESTION FINANCIERA			
	NOMBRE DEL FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS			
	VIGENCIA 02-Ene-19	VERSIÓN 04	CODIGO GF-F-007	CONSECUTIVO

No. DE LISTA:	No. DE ORDEN :

1. La suscrita Secretaria de salud de la alcaldía de Pasto

CERTIFICA

2. NOMBRE DEL PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA GESTION EN SALUD PUBLICA CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA GRUPOS DE POBLACIONES ESPECIALES VIGENCIA 2024 EN EL MUNICIPIO DE PASTO

3. El (a) contratista, relacionado a continuación, cumplió las obligaciones contractuales estipuladas en el :
TIPO DE CONTRATO: Invitación publica No. CONTRATO: 20243214

Los documentos soportes del informe anexo reposan en esta dependencia y están al acceso de cualquier revisión.

4. OTRO TIPO DE DESEMBOLSO:
TRANSFERENCIA: _____
SERVICIOS PUBLICOS : _____
PRESTACIONES SOCIALES : _____
OTROS : _____

5. CONTRATISTA/ BENEFICIARIO:	6. C.C. /NIT. : 900893325-4
SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN INTEGRAL SAS	
7. VALOR DEL CONTRATO/PAGO: VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE	8. **$ 20.000.000**
9. VALOR ADICIONAL AL CONTRATO: **$ 0**	10. VALOR TOTAL CONTRATADO: **$ 20.000.000**
CERO	VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE

11. FECHA INICIO	12. FECHA TERMINACION	13. FECHA DE SUSPENSIÒN	14. FECHA DE REINICIO
08/10/2024	31/12/2024	N/A	N/A

15. OBJETO DE CONTRATO: Prestación de servicios parra realizar el proceso de valoración y expedición de la certificación de discapacidad en la población con discapacidad del municipio de Pasto, de conformidad con el anexo técnico de la resolución 1197 de 2024, y las especificaciones técnicas determinadas, en la modalidad de monto agotable

16. VALOR Y FORMA DE PAGO

FECHA DEL PERIODO A PAGAR dd/mm/aa **al** dd/mm/aa	NUMERO DE PAGO PARCIAL (letras)	VALOR A PAGAR (En números)	VALOR A PAGAR (En letras)
08/10/24 A 27/12/24	UNICO	$19.905.348	DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE
VALOR EJECUTADO (Acumulado)	$19.905.348	DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE	

ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO GESTION FINANCIERA			
	NOMBRE DEL FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS			
	VIGENCIA 02-Ene-19	VERSIÓN 04	CODIGO GF-F-007	CONSECUTIVO

SALDO POR EJECUTAR	$94.652	NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE

17. DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPESTAL No. 2024000071	DE FECHA: 19/01/2024	
REGISTRO PRESUPUESTAL No. 2024000597	DE FECHA: 07/10/2024	VALOR: **20.000.000**
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL	DE FECHA:	VALOR:
RUBRO PRESUPUESTAL No. 2.3.2.02.02.009	VALOR A AFECTAR : $19.905.348	
RUBRO PRESUPUESTAL No.	VALOR A AFECTAR : $	
RUBRO PRESUPUESTAL No.	VALOR A AFECTAR : $	

PARA LOS EFECTOS LEGALES EL(a) CONTRATISTA DECLARA BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO: QUE LOS DOCUMENTOS SOPORTES DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL CONTIENEN EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIÓN, RIESGOS PROFESIONALES Y/O APORTES PARAFISCALES, CORRESPONDIENTES A LOS INGRESOS PROVENIENTES DEL CONTRATO OBJETO DEL PRESENTE PAGO. (CUANDO EL CONTRATO LO AMERITE)	MIRYAM PAZ JOJOA SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN INTEGRAL SAS REPRESENTANTE LEGAL MIRIAM PAZ JOJOA CONTRATISTA

RUTH CECILIA DE LA CRUZ TREJO
Profesional Especializada Área Salud.

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, a los (27) días del mes de (DICIEMBRE) del año 2024

MARY LUZ CASTILLO ROSERO
SECRETARIA DE SALUD

Espacio exclusivo para el diligenciamiento de la Secretaria de Hacienda

Reviso: _____
Cargo: _____
Fecha: _____

ANEXOS

Anexar estampillas. (Son exentas de anexar estampillas las actuaciones contempladas en los artículos 202, 219 y 236 del Estatuto Tributario Municipal.) Informe consolidado de actividades, Recibos de pago de salud, pensión y otros cuando el contrato lo amerite.

ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO GESTION FINANCIERA			
	NOMBRE DEL FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS			
	VIGENCIA	VERSIÓN	CODIGO	CONSECUTIVO
	02-Ene-19	04	GF-F-007	

MUNICIPIO DE PASTO

LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS

Siscar

DE PASTO

Liquidación No. **1300528761** PIN No. **20354758**

Contribuyente

Solicitante	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL
Identificación	900893325
Correo electrónico	auxiliarconTablesomebips@gmail.com
Departamento	NARIÑO
Municipio	PASTO
Fecha solicitud	2024-12-11
Fecha vence	2024-12-16

Acto gravado: Estampillas Cuenta Contratista - - 20243214 octubre 2024

Liquidado por:

Estampilla	Tipo	Base liquidación	% liquidación	Valor liquidado
PROCULTURA	En recibo	$ 0	0	$ 1,400
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	$ 0	0	$ 3,250

20354758

Total $ **$ 4,650**

Este recibo ha sido cancelado exitosamente por medio de PSE

Fecha de Pago: 2024-12-11

MUNICIPIO DE PASTO

LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS

Siscar

DE PASTO

Liquidación No. **1300528761** PIN No. **20354758**

Banco

Solicitante	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL
Identificación	900893325
Correo electrónico	auxiliarconTablesomebips@gmail.com
Departamento	NARIÑO
Municipio	PASTO
Fecha solicitud	2024-12-11
Fecha vence	2024-12-16

Acto gravado: Estampillas Cuenta Contratista - - 20243214 octubre 2024

Liquidado por:

Estampilla	Tipo	Base liquidación	% liquidación	Valor liquidado
PROCULTURA	En recibo	$ 0	0	$ 1,400
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	$ 0	0	$ 3,250

20354758

Total $ **$ 4,650**

Este recibo ha sido cancelado exitosamente por medio de PSE

Fecha de Pago: 2024-12-11

Factura Electrónica De Venta No

FE 17208

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764080425736 que habilita desde FE 16663 hasta FE 50000. Vence 2025-09-27

SOMEB DE NARINO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit 900893325

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 8621 6.00 X 1000

CLIENTE	ALCALDIA DE PASTO		
NIT	891280000 3		
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
16-18 ANGANOY VIA LOS RC	Pasto		

POR CONCEPTO DE
FACTURA DE VENTA

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
10/12/2024	10/12/2024	NURY MERCEDES CHALACA MENESES	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	VCMI001	Valoración clínica multidisciplinaria RLCPD institucional	124	Und.	160.527	0%	0	19.905.348

SUBTOTAL	**19.905.348**
DESCUENTO	**0**
IVA	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**19.905.348**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**19.905.348**

Valor en Letras

DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 10/12/2024 16:59:38

Carrera 36 ·18-31 Teléfono 7377194 Pasto

Correo Electrónico facturacionsomeb@gmail.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

CUFE: ea5bbab4833e04819a2886de7d23f08255133e289773abea5785ee51b195ebb68044625adf4711014f05e3e3278e3cb2 --Fecha y Hora de Expedición : 10/12/2024 5:05:56 p. m.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141123954171

(415)7707212489984(8020) 000014112395417 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS

36. Nombre comercial
SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS

37. Sigla
SOMEB IPS

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

41. Dirección principal
CR 36 18 108 BRR VERSALLES

42. Correo electrónico gerentesomebips@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 7 9 7 5 2 5 4	3 1 5 4 0 5 8 3 9 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
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 1 5 0 9 0 4	4 6 4 5	2 0 2 0 0 6 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 10 - 08 / 09 : 47: 32

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 PAZ JOJOA MIRIAM

985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 08-10-2024 09:47:54AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141123954171

(415)7707212489984(8020) 000014112395417 1

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

80. Desde	2 0 1 5 0 9 0 4
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

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 2 2 1 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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141123954171

(415)7707212489984(8020) 000014112395417 1

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 5 0 9 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 0 7 4 5 9 2 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PAZ	JOJOA	MIRIAM	

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141123954171

(415)7707212489984(8020) 000014112395417 1

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

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	1 0 1 0 0 4 9 4 2 5	6	1 8 4 3 5 2 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
HERNANDEZ		HERNANDO	EMILIO

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

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

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento:

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 5 2 8 2 4 0 7		2 7 2 2 3 3 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SANTACRUZ	PEREZ	ALEXIS	DAVID

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

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141123954171

(415)7707212489984(8020) 000014112395417 1

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

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: SOMEB DEL PUTUMAYO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

165. Dirección: ED BETHOVEN

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

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: SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

165. Dirección: CR 36 18 108 BRR VERSALLES

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764080425736

(415)7707212489984(8020) 0018764080425736

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900893325	4				

11. Razón social
SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Pasto — Cód. 14

24. Dirección
CR 36 18 108 BRR VERSALLES

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Nariño	Pasto

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2024-09-27 / 12:03:24 PM
Fecha Acuse de Recibo
· Firmado ·

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia
990. Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres PAZ JOJOA MIRIAM
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identificación 30745924 1004. DV 7
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACIO

997. Fecha formalización 2024-09-27 12:03:24

AUTORIZADO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Página 2 de 2 **Hoja No. 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764080425736

(415)7707212489984(8020) 001876408042573 6

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900893325	4				

11. Razón social

SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS CR 36 18 108 BRR VERSALLES	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FE	16,663	50,000	12	HABILITACIÓN	2
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

Factura Electrónica De Venta No.
FE 17208

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764080425736 que habilita desde FE 16663 hasta FE 50000, Vence 2025-09-27

SOMEB DE NARINO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit 900893325

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 8621 6.00 X 1000

CLIENTE	ALCALDIA DE PASTO		
NIT	891280000 3		
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
16-18 ANGANOY VIA LOS RC	Pasto		

POR CONCEPTO DE
FACTURA DE VENTA

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
10/12/2024	10/12/2024	NURY MERCEDES CHALACA MENESES	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	VCMI001	Valoración clínica multidisciplinaria RLCPD institucional	124	Und.	160.527	0%	0	19.905.348

Valor en Letras

DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**19.905.348**
DESCUENTO	**0**
IVA	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**19.905.348**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**19.905.348**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 10/12/2024 16:59:38

Carrera 36 -18-31 Teléfono 7377194 Pasto

Correo Electrónico facturacionsomeb@gmail.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: ea5bbab4833e04819a2886de7d23f08255133e289773abea5785ee51b195ebb68044625adf4711014f05e3e3278e3cb2 –Fecha y Hora de Expedición : 10/12/2024 5:05:56 p. m.

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Yo, **HERNANDO EMILIO HERNANDEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.010.049.425, y con Tarjeta Profesional No. 184352-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de **SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION INTEGRAL SAS** identificada con NIT 900893325-4, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario.

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los nueve (09) días del mes de diciembre de 2024.

Hernando Emilio Hernandez
Revisor fiscal TP 184352-T

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

184352-T



HERNANDO [illegible]
HERNANDEZ
C.C. 1010[illegible]

RESOLUCION INSCRIPCION 748 FECHA 05/12/2013

UNIVERSIDAD MARIANA

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 194368

187106

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

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX. 641 4a 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideaq.com

MUNICIPIO DE PASTO

LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS

Siscar

ALCALDÍA
DE PASTO

Contribuyente

Liquidación No.	1300528761
PIN No.	20354758
Solicitante	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL
Identificación	900893325
Correo electrónico	auxiliarconTablesomebips@gmail.com
Departamento	NARIÑO
Municipio	PASTO
Fecha solicitud	2024-12-11
Fecha vence	2024-12-16
Acto gravado	Estampillas Cuenta Contratista - - 20243214 octubre 2024
Liquidado por:	

Estampilla	Tipo	Base liquidación	% liquidación	Valor liquidado
PROCULTURA	En recibo	$ 0	0	$ 1,400
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	$ 0	0	$ 3,250
		Total	$	$ 4,650

Use este código para verificar la autenticidad de este documento

20354758

Este recibo ha sido cancelado exitosamente por medio de PSE

Fecha de Pago: 2024-12-11

MUNICIPIO DE PASTO

LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS

Siscar

ALCALDÍA
DE PASTO

Banco

Liquidación No.	1300528761
PIN No.	20354758
Solicitante	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL
Identificación	900893325
Correo electrónico	auxiliarconTablesomebips@gmail.com
Departamento	NARIÑO
Municipio	PASTO
Fecha solicitud	2024-12-11
Fecha vence	2024-12-16
Acto gravado	Estampillas Cuenta Contratista - - 20243214 octubre 2024
Liquidado por:	

Estampilla	Tipo	Base liquidación	% liquidación	Valor liquidado
PROCULTURA	En recibo	$ 0	0	$ 1,400
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	$ 0	0	$ 3,250
		Total	$	$ 4,650

Use este código para verificar la autenticidad de este documento

20354758

Este recibo ha sido cancelado exitosamente por medio de PSE

Fecha de Pago: 2024-12-11

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900893325
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO	DEPARTAMENTO:	NARIÑO
DIRECCIÓN:	CL 29 A 11 29- 54 ER SANGMACIO	TELÉFONO:	7227894
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			Si

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7940082981	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		965087684

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 416.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 416.000	$ 0	$ 416.000
230301	230301-PORVENIR	2	$ 432.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 432.000	$ 0	$ 432.000
SUBTOTALES:										$ 848.000	$ 0	$ 848.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 156.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 56.000
SUBTOTALES:													$ 212.000	$ 0	$ 0	$ 212.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 58.500	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500
SUBTOTALES:									$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF35	CCF35-CCF DE NARIÑO	4	$ 212.000	$ 0	$ 212.000
SUBTOTALES:			$ 212.000	$ 0	$ 212.000

DETALLE APORTANTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																													PENSIÓN							SALUD						ARP						CCF					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DOR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	BENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1085252672	CERON VELA JHANETH MARCELA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000		$ 13.500	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1085275875	MONTENEGRO CASTILLO LENNY JOHANA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	1	$ 13.500	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1086313664	LUNA CARDOZO DANIEL FERNANDO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000		$ 13.500	30	$ 1.300.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 42161161	CARDADA MONTERO NURY MERCEDES	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.400.000	1	$ 14.700	30	$ 1.400.000	CCF35-CCF DE NARIÑO	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 1.327.500

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900893325	4	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL SAS	B	01	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	7020	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
52-1	CLL 11 A N 29 54 SAN IGNACIO		7227894			drvictorhugobastidas@hotmail.com		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-10	2024-11	31586369	E	2024-11-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.333.500	6.000	BANCO AV VILLAS
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	31586369	2024-11-08	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES													DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
NL	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot.	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub.	Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 4216316	CHALACA MENESES NURY MERCEDES	1.400.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.400.000	234.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.400.000	56.000	CCF DE NARIÑO-CCF35	1.400.000	56.000	1.400.000	14.700	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	350.700	S	1749001
2	CC 1085262623	LERON YELA JANNETH MARCELA	1.300.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION-25-25-14	1.300.000	208.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.300.000	52.000	CCF DE NARIÑO-CCF35	1.300.000	52.000	1.300.000	13.600	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	325.600	S	1749001
3	CC 1085375975	MONTENEGRO CASTILLO LENNY JOHANA	1.300.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION-25-25-14	1.300.000	208.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.300.000	52.000	CCF DE NARIÑO-CCF35	1.300.000	52.000	1.300.000	13.600	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	325.600	S	1749001
4	CC 1085313668	LUNA CARCEDO DANIEL FERNANDO	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.300.000	208.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.300.000	52.000	CCF DE NARIÑO-CCF35	1.300.000	52.000	1.300.000	13.600	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	325.600	S	1749001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900893325	4	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL SAS	B	01	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	7020	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
52-1	CLL 11 A N 29 54 SAN IGNACIO		7227894			drvictorhugobastidas@hotmail.com		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-10	2024-11	31586369	E	2024-11-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.333.500	6.000	BANCO AV VILLAS
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	31586369	2024-11-08	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
5.300.000	5.300.000	5.300.000	5.300.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				4	848.000	0	3.700	0	851.700
PORVENIR	230301	800224808	8	2	432.000	0	1.900	0	433.900
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	2	416.000	0	1.800	0	417.800
EPS(Administradoras: 2)				4	212.000	0	1.000	0	213.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	3	156.000	0	700	0	156.700

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	56.000	0	300	0	56.300
ARP(Administradoras: 1)				4	55.500	0	300	0	55.800
POSITIVA	14-23	860011153	6	4	55.500	0	300	0	55.800
CCF(Administradoras: 1)				4	212.000	0	1.000	0	213.000
CCF DE NARINO	CCF35	891280008	1	4	212.000	0	1.000	0	213.000
Gran Total					1.327.500	0	6.000	0	1.333.500

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900893325	4	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL SAS	B	01	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	7020	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
52-1	CLL 11 A N 29 54 SAN IGNACIO		7227894		drvictorhugobastidas@hotmail.com			S

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DE LA LÍQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-11	2024-12	31805452	E	2024-12-04	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1,327,500	0	BANCO AV VILLAS
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	31805452	2024-12-06	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	INGR	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 42161161	CHALACA MENESES NURY MERCEDES	1,400,000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1,400,000	224,000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1,400,000	56,000	COF DE NARIÑO-CCF35	1,400,000	56,000	1,400,000	14,700	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	350,700	S	1749901
2	CC 1085262623	CERON YELA JANNETH MARCELA	1,300,000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1,300,000	208,000	0	0	SANITAS-EPS005	1,300,000	52,000	COF DE NARIÑO-CCF35	1,300,000	52,000	1,300,000	13,600	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	325,600	S	1749901
3	CC 1085275875	MONTENEGRO CASTILLO LENNY JOHANA	1,300,000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1,300,000	208,000	0	0	SANITAS-EPS005	1,300,000	52,000	COF DE NARIÑO-CCF35	1,300,000	52,000	1,300,000	13,600	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	325,600	S	1749901
4	CC 1085313681	LUNA CAICEDO DANIEL FERNANDO	1,300,000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1,300,000	208,000	0	0	SANITAS-EPS005	1,300,000	52,000	COF DE NARIÑO-CCF35	1,300,000	52,000	1,300,000	13,600	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	325,600	S	1749901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900893325	4	SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL SAS	B	01	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	7020	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
52-1	CLL 11 A N 29 54 SAN IGNACIO		7227894		drvictorhugobastidas@hotmail.com			S

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-11	2024-12	31805452	E	2024-12-04	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1,327,500	0	BANCO AV VILLAS
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	31805452	2024-12-06	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
5,300,000	5,300,000	5,300,000	5,300,000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				4	848,000	0	0	0	848,000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	2	416,000	0	0	0	416,000
PORVENIR	230301	800224808	8	2	432,000	0	0	0	432,000
EPS(Administradoras: 2)				4	212,000	0	0	0	212,000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	56,000	0	0	0	56,000

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
SANITAS	EPS005	800251440	6	3	156.000	0	0	0	156.000
ARP(Administradoras: 1)				4	55.500	0	0	0	55.500
POSITIVA	14-23	860011153	6	4	55.500	0	0	0	55.500
CCF(Administradoras: 1)				4	212.000	0	0	0	212.000
CCF DE NARINO	CCF35	891280008	1	4	212.000	0	0	0	212.000
Gran Total					1.327.500	0	0	0	1.327.500

ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO CONTRATACIÓN			
	NOMBRE DEL FORMATO: ACTA DE ENTREGA PARA ULTIMO PAGO A CONTRATISTA			
	FECHA	VERSIÓN	CODIGO	PAGINA
	16-Ago-22	01	CO-F-072	1 de 1

DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD **FECHA: DIA:** 27 **MES:** diciembre **AÑO:** 2024

CONTRATISTA QUE ENTREGA	SUPERVISOR QUE RECIBE
NOMBRE: SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONA Y REHABILITACION INTEGRAL SAS RL MIRIAM PAZ JOJOA	**NOMBRE: RUTH CECILIA DE LA CRUZ TREJO**
FIRMA: MIRYAM PAZ JOJOA	**FIRMA:**
NÚMERO Y OBJETO DEL CONTRATO: 20243214 Prestación de servicios para realizar el proceso de valoración y expedición de la certificación de discapacidad en la población con discapacidad del municipio de Pasto, de conformidad con el anexo técnico de la resolución 1197 de 2024, y las especificaciones técnicas determinadas, en la modalidad de monto agotable	**CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADA ÁREA SALUD**

CONCEPTO	CANTIDAD	OBSERVACIONES Y/O JUSTIFICACIONES
1. DOCUMENTOS	1	LISTADO DE PERSONAS CERTIFIFCADAS POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
2. OFICIOS RECIBIDOS O RESPONDIDOS		
3. SERVICIOS O PRODUCTOS ENTREGADOS A CONFORMIDAD	124	VALORACIONES POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD
4. OBRAS		
5. BIENES INMUEBLES		
6. BIENES MUEBLES		
7. EQUIPOS		
8. ARTEFACTOS		
9. ACCESORIOS		
10. MATERIALES		
11. ELEMENTOS DEVOLUTIVOS		

NOTA: Los documentos recibidos se reciben con apoyo de la secretaria ejecutiva para consolidar las carpetas correspondientes, mientras que para los bienes inmuebles y muebles se tomaron registros fotográficos que con los elementos devolutivos dará los trámites pertinentes.

Fecha de presentación del informe	**Día**	**Mes**	**Año**	**Informe Nº**	**Período de Informe**						
					Día	**Mes**	**Año**		**Día**	**Mes**	**Año**
	27	12	2024	1	08	10	2024	a	27	12	2024

Contrato No. 20243214

Contratista: SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN INTEGRAL SAS Representante legal MIRIAM PAZ JOJOA

Tema del Informe: Presentación de Informe equivalente al pago de las acciones ejecutadas del contrato No 20243214, del periodo comprendido entre el 08 de octubre al 31 de diciembre como operador de este, de acuerdo con las evidencias allegadas en el periodo a la supervisora del contrato.

Tipo de Informe: *Parcial*		**Tipo de Informe:** Final	**X**

Descripción del Informe de Actividades

1. ***Realizar valoraciones clínicas multidisciplinarias simultáneas por un equipo de mínimo tres (3) profesionales, donde se incluya 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, bajo el lineamiento establecido por la Resolución 1197 de 2024 y su anexo técnico para certificación de discapacidad en modalidad institucional de personas remitidas por la Secretaría de salud del Municipio de Pasto.***

8 de octubre al 27 de diciembre: Asignación de 124 citas para valoración por equipo multidisciplinario para certificación de discapacidad de acuerdo a agenda disponiendo de agendas abiertas todas las semanas a partir de la fecha de inicio del contrato. Soporte: Archivo *asignación citas disponible en drive sms*

2. *Coadyuvar a que en la valoración clínica multidisciplinaria se cuente con los apoyos y ajustes razonables que haya establecido el médico tratante, y que el procedimiento de certificación de discapacidad se desarrolle en los términos del anexo técnico de la Resolución 1197 de 2024.*

8 de octubre al 27 de diciembre: Durante el procedimiento de valoración el equipo multidisciplinario brindo los apoyos o ajustes razonables para garantizar que la valoración se realice de acuerdo a la necesidad del paciente, se brindo apoyo con interprete de lengua de señas a pacientes sordos Soporte: Valoración clínica realizada a través de plataforma SISPRO

3. ***Coadyuvar a que el equipo multidisciplinario se asegure de que la persona solicitante comprenda de qué se trata la realización del procedimiento de certificación de discapacidad, que la información que de este se derive y su resultado se registrará en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, y que esa información será utilizada para apoyar la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, como medio de verificación de la existencia de discapacidad o priorización para programas sociales y para el re direccionamiento a la oferta programática institucional. Una vez se cuente con la manifestación de voluntad del solicitante o excepcionalmente de la persona de apoyo, se iniciará la valoración clínica multidisciplinaria.***

8 de octubre al 27 de diciembre: Durante el procedimiento de valoración el equipo multidisciplinario brindo los apoyos y explico a la persona con discapacidad y su red de apoyo en que consiste el procedimiento de acuerdo a lo establecido en la Res 1197 de 2024 Soporte: Valoración clínica realizada a través de plataforma SISPRO

4. Informar a la persona con discapacidad o excepcionalmente a través de la persona de apoyo, los siguientes aspectos, asegurándose de que comprenda la información, para lo cual, de ser necesario, hará uso de los apoyos y ajustes razonables que requiera.

8 de octubre al 27 de diciembre: Durante el procedimiento de valoración el equipo multidisciplinario brindo los apoyos y explico a la persona con discapacidad y su red de apoyo en que consiste el procedimiento de acuerdo a lo establecido en la Res 1197 de 2024 Soporte: Valoración clínica realizada a través de plataforma SISPRO

5. Entregar el certificado de discapacidad generado por el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. En el evento que no sea posible la generación o la entrega del certificado de discapacidad en la cita, informarle las razones y motivos, y proceder a realizar las acciones pertinentes para resolver los inconvenientes. En todo caso, el certificado será entregado dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la realización de la valoración clínica multidisciplinaria.

8 de octubre al 27 de diciembre: Se entregaron 124 certificados de discapacidad de acuerdo a lo establecido en la Res 1197 de 2024 Soporte: Valoración clínica realizada a través de plataforma SISPRO

6. Informar a la persona con discapacidad o excepcionalmente a su red de apoyo la posibilidad de solicitar una segunda opinión, así como las condiciones para ello, descritas en el artículo 11 de la presente resolución, en caso de no estar de acuerdo con el resultado del procedimiento de certificación de discapacidad.

8 de octubre al 27 de diciembre: Durante el procedimiento de valoración el equipo multidisciplinario brindo los apoyos y explico a la persona con discapacidad y su red de apoyo en que consiste el procedimiento de acuerdo a lo establecido en la Res 1197 de 2024 Soporte: Valoración clínica realizada a través de plataforma SISPRO

7. Entregar a la secretaria de salud el consolidado de las valoraciones clínicas multidisciplinarias realizadas para el procedimiento de certificación de discapacidad.

8 de octubre al 27 de diciembre: Se realiza entrega de 124 certificados de discapacidad realizados a través de la plataforma SISPRO de acuerdo al procedimiento establecido en la Res 1197 de 2024 Soporte: Valoración clínica realizada a través de plataforma SISPRO

Conclusiones y Recomendaciones del Supervisor y/o Interventor

NA

Nota: (en caso de presentar anexos con el informe enúncielos y adjúntelos a este documento)

- Certificado pago de cuenta
- Certificado de cumplimiento.
- Constancia copia del pago de salud y pensión.
- Informe de actividades.

- Factura electrónica por 124 valoraciones
- Certificado de parafiscales
- Copia tarjeta profesional contador
- Estampillas

Contratista	Firma
SOMEB DE NARIÑO SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN INTEGRAL SAS Representante Legal MIRIAM PAZ JOJOA	MIRYAM PAZ JOJOA

CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR

1. **Componente técnico:** en mi calidad de supervisor certifico que las actividades aquí consignadas, fueron verificadas y se han desarrollado conforme la información relacionada en la "Descripción del Informe de Actividades" y sus soportes.

2. **Componente administrativo, financiero, contable:**

DETALLE	VALOR
Valor total del Contrato:	**$ 20.000.000**
Valor ejecutado (Acumulado):	**$19.905.348**
Valor a pagar:	**$19.905.348**
Valor pendiente a ejecutar:	**$94.652**

3. **Componente jurídico:** Se ha verificado el cumplimiento del sistema de seguridad *social, impuestos, tasas y contribuciones, normatividad aplicable según aplique y* las obligaciones contractuales.

Certifica Interventor o Supervisor	Firma
RUTH CECILIA DE LA CRUZ TREJO Profesional Especializada en Área Salud.	

Ruta de acceso:
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1MFnAyZTQDugI2XwyYDCHFNOodYGUn8DLOgy3r8cBLAo/edit?gid=2137145225#gid=2137145225