11

87

PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA			
AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES	TITULO: CONTROL DE PAGOS	Código: GF-FO-35		
		Versión No. 03	Página: 1 de 1	
		Fecha: 5	5	2023

DATOS DEL CONTRATO

Contrato No.	007-013-2024	No. Registro Presupuestal / Fecha		29-04-2024				
Objeto del Contrato :	PRESTACION DE SERVICIO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES DE INGRESO; RETIRO Y/O PERIÓDICOS , PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA REGIONAL ANTIOQUIA - CHOCÓ UBICADOS EN LA ZONA DEL URABA ANTIOQUEÑO; DE LA REGIONAL ANTIOQUIA- CHOCÓ.	RP Actual No.	31724	Valor	5.000.000,00	Fecha	29-04-2024	
Nombre Contratista:	IPS PROSALUD S.A.S	RP Reserva No.		Valor		Fecha		
Nombre de quien entrega el Bien y/o Servicio:			No. de la negociación de BMC					
Presupuesto con cargo a ALFM	SI		NO					
Con cargo al (los) contrato(s) interadministrativo(s) No. /Convenio u otras			Plazo de ejecución del contrato (contrato inicial y prorroga:	15-12-2024				
Celebrado(s) con:								

EJECUCIÓN ANTICIPO

Valor anticipo pactado	Valor amortizar	Total amortizado	Saldo pendiente por amortizar
0,00	0,00	0,00	0,00

CONTROL CONTRATO

Valor de RP	Rubro presupuestal	Descripción del rubro	VALOR	5.000.000,00
			Dependencia de afectación	Valor por rubro
5.000.000,00	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA YSERVICIOS SOCIALES	EXOC EXAMENES OCUPACIONALES	5.000.000,00
			Valor total del contrato	5.000.000,00
			Valor ejecutado presupuestal	225.233,00
			Saldo por ejecutar	4.774.767,00

Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo

NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #1

No. de documento	Fecha del documento	Rubro presupuestal	Código del uso presupuestal	Descripción del uso	Dependencia de afectación	Valor factura	Valor a pagar	Valor ejecutado
PSFE 7670	10-may-24	A-02-02-02-009-003	009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA YSERVICIOS SOCIALES	EMO EXAMENES OCUPACIONALES URABÁ	225.233,00	225.233,00	225.233,00
TOTAL TRAMITE				$ 225.233,0				
Saldo por Uso	$ 225.233,0							
Saldo	$ 225.233,0							

ADICIÓN / REDUCCIÓN/TRASLADOS DEL RP No. DE FECHA _____ Y FECHA DEL MOVIMIENTO (SI APLICA) _____

Movimiento	Fecha		Valor

Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo

Firma del Supervisor: Jeidy Garzon
Nombre del Supervisor: Jeidy Garzon
Supervisor del ____ No.: _____

Nombre de quien Revisa en Presupuesto:
Fecha en que se validan los saldos "RP":
Firma de quien Revisa:

Normaldy
31-04-2024

Nombre de quien Revisa en Cuentas por pagar y/o Contabilidad :
Fecha:
Firma de quien Revisa:

Gladys Bemal G
29-05-2024

85

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

PROSALUD
PROSALUD S.A.S. - NIT 800091462-0
Crr 100 #95 - 23, Apartadó, Antioquia, C.P. 057840
Tel: 3015423992-3002841575
contabilidad@ipsprosalud.com ; www.ipsprosalud.com/

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No. PSFE7670
Responsable de IVA

SEÑOR(ES)	AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES - REGIONAL ANTIOQUIA CHOCO		**FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)**
DIRECCIÓN	CR 50 79 SUR 101 BRR EL PALMAR MCP LA ESATRELLA, Colombia, Medellín, Antioquia		08/05/2024
			FECHA DE VENCIMIENTO
TELÉFONO	5135689	**NIT** 800172114-0	22/06/2024

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	EXAMEN MEDICO POS INCAPACIDAD	Servicio	$137,367	1		$137,367
2	EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO	Unidad	$43,933	2		$87,866

Doscientos veinticinco mil doscientos treinta y tres pesos

Moneda: COP
Generado: 2024-05-08 14:50:06-05:00
Validación DIAN: 2024-05-08 14:51:07-05:00

15-20-00-003;007-013-2024;leidy.garzon@agencialogistica.gov.co

Tipo de operación: Estándar Forma de pago: Crédito

CUFE: dd985c92c22bd4e132a2382a22ed266fc5b070af52b8b5fb55d5bec881bd9ca5516fd48f5f35af7dbd70c03333658f03

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

No descontar ICA Exenta S/N Sentencia 10888 Marzo 2001 Del Consejo de Estado.

Subtotal	$225,233
Total	**$225,233**

Total de lineas: 2

Leidy Johana Garzon

Firmado digitalmente por Leidy Johana Garzon
Fecha: 2024.05.09 09:48:17 -05'00'

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N°18764063334041 de 2024-01-05 Modalidad Factura Electrónica Desde N° PSFE5677 hasta PSFE100000 con vigencia hasta 2025-01-05

Representación gráfica de factura de venta electrónica

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S. - Software: Alegra - NIT 900.559.088-2

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

Apartadó, 09 de mayo del 2024

CERTIFICACIÓN DE PAGO OBLIGACIONES LABORALES

En mi calidad de representante legal de PROSALUD SAS, con NIT 800.091.462-0 y domiciliada en la ciudad de Apartadó en la carrera 100#95-23 barrió centro, hago constar que a la fecha se encuentran al día los pagos correspondientes a las obligaciones laborales

Cordialmente;

Luz Marina Cabeza De Albarracín
Representante legal
IPS PROSLAUD

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

Apartadó, 09 de mayo del 2024

CERTIFICACIÓN DE PAGO Y APORTESPARAFISCALES

En mi calidad de representante legal de PROSALUD SAS, con NIT 800.091.462-0 y domiciliada en la ciudad de Apartadó en la carrera 100#95-23 barrió centro, hago constar que al mes de mayo a la fecha se encuentran al dia los pagos de parafiscales (Salud, ARL, PENSION, Caja de Compensación Familiar). exigidos por la Ley, correspondiente a sus empleados.

Cordialmente;

Luz Marina Cabeza De Albarracín
Representante legal
IPS PROSLAUD

PROCESO					
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
AGENCIA LOGISTICA FUERZAS MILITARES	TITULO: ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN	Código: CT-FO-01			
		Versión No. 01	Página 1 de 2		
		Fecha	12	2	2020

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO: **007-013-2024** | FECHA DEL CONTRATO: 16 de Abril 2024

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACION DE SERVICIO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES DE INGRESO; RETIRO Y/O PERIÓDICOS , PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA REGIONAL ANTIOQUIA - CHOCÓ UBICADOS EN LA ZONA DEL URABA ANTIOQUEÑO; DE LA REGIONAL ANTIOQUIA- CHOCÓ".

CONTRATISTA: IPS PROSALUD

NIT/CC/CE: 800091462

DATOS DE LA ENTREGA PARCIAL O TOTAL DEL BIEN O SERVICIO

TRATA DE LA ENTREGA(parcial/ total) QUE HACE EL CONTRATISTA A LA AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES

09/05/2024	HORA: 10:00AM	ENTREGA PARCIAL		N°01	ENTREGA TOTAL
CIUDAD/MUNICIPIO:	La Estrella-Antioquia	DIRECCION :	Carrera 50 No.79sur101, Bodegas Stock Sur Bodega Interior188		

INTERVIENEN EN LA ENTREGA:

ENTIDAD/EMPRESA	NOMBRE	CARGO	EN CALIDAD DE
Agencia Logística de las Fuerzas Militares	Leidy Johanna Garzón Herrera	Profesional de Defensa	Supervisora del contrato
IPS PROSALUD	LUZ MARIAN CABEZAS ALBARRACÍN	Representante Legal	Representante Legal
Incluya las filas que sean requeridas			

EN CUMPLIMIENTO DE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No.:

ENTIDAD CONTRATANTE/CLIENTE: AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES REGIONAL ANTIOQUIA CHOCÓ

DATOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS A ENTREGAR Y/O RECIBIR

SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACION:

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/TOTAL
1	Examen medico ocupacional Pos incapacidad	1	137367	137367
2	Examen medico laboral de Egreso	2	43933	87866
3				0
4				0
5				0
6				0
7				0
8				0
			VALOR SIN I.V.A	
			VALOR I.V.A (_____)%	
			VALOR TOTAL	225.233

CUMPLIENDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN: *MARQUE CON UNA X LOS QUE APLIQUEN*

OBJETO DEL CONTRATO: [ ] ANEXO DEL CONTRATO [ ] FICHA TECNICA : [ ] ESPECIFICACIONES TECNICAS [ ]

NORMA TECNICA: [ ] **CUAL? :**

EVIDENCIADO DE ACUERDO CON LA APLICACIÓN DE : *COLOCAR UNA X A LOS QUE APLIQUEN*

ACTIVIDAD	APLICA	NO APLICA	OBSERVACIONES
INSPECCION VISUAL REALIZADA			
INFORMES DE LABORATORIO REALIZADOS			
CERTIFICACION EXPEDIDA	x		*Se debe entregar una certificación de la prestación del servicio.*
OTRO			

DATOS DEL RECIBO PARCIAL O TOTAL DE LOS BIENES O SERVICIOS

TRATA DEL RECIBO A SATISFACCION QUE HACE LA ENTIDAD CONTRATANTE /CLIENTE

COMITÉ TECNICO : [ ] SUPERVISOR : [ ]

SE PUDO VERIFICAR QUE ESTOS CUMPLEN A ENTERA SATISFACCIÓN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL CONTRATO.

OBSERVACIONES GENERALES : Factura No. PSFE 7670

5000683701

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, INTERVIENEN :

ENTIDAD/EMPRESA	NOMBRE	CARGO	EN CALIDAD DE	FIRMA
Agencia Logística de las Fuerzas Militares	Leidy Johanna Garzón Herrera	Profesional de Defensa	Supervisora del Contrato	Leidy Johana Garzon — Firmado digitalmente por Leidy Johana Garzon Fecha: 2024.05.09 09:43:15 -05'00'
IPS PROSALUD	LUZ MARIAN CABEZAS ALBARRACÍN	Representante Legal	Representante Legal	

(SI REQUIERE INSERTE MAS FILAS)

8 8

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	800091462
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			PROSALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	APARTADO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CR 100 95 23 B CENTRO	TELÉFONO:	8260200
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7925958926	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			629854340

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
230701	230701- PROTECCION	1	$ 211.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 211.300	$ 0	$ 211.300
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 383.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 383.500	$ 0	$ 383.500
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 211.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 211.300	$ 0	$ 211.300
230301	230301-PORVENIR	9	$ 3.084.400	$ 0	$ 0	$ 31.800	$ 31.800	$ 0	$ 0	$ 3.148.000	$ 0	$ 3.148.000
SUBTOTALES:										**$ 3.954.100**	**$ 0**	**$ 3.954.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO 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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 258.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258.100	$ 0	$ 0	$ 258.100
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 965.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 965.800	$ 0	$ 0	$ 965.800
SUBTOTALES:													**$ 1.223.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.223.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP 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	13		$ 0	$ 0		$ 0	$ 741.900	$ 741.900	$ 0	$ 0	$ 741.900
SUBTOTALES:									**$ 741.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 741.900**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	13	$ 1.217.600	$ 0	$ 1.217.600
SUBTOTALES:			**$ 1.217.600**	**$ 0**	**$ 1.217.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RET. CRUMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1001033066	LARAMILLO BANTERO SUSANA	DEPEND		$ 2.071.000	FIJO			SI																
2	CC 1001033066	LARAMILLO BANTERO SUSANA	DEPEND		$ 2.071.000	FIJO			SI													L-01-01			
3	CC 1027944320	GUTIERREZ NARANJO SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.320.618	FIJO			SI																
4	CC 1028028417	AYAZO PALACIO ELSA ISABEL	DEPEND		$ 1.480.740	FIJO			SI																
5	CC 1028041052	MORA ARISTIZABAL STIVEN	DEPEND		$ 1.794.292	FIJO			SI																
6	CC 1028041810	HENDON QUINTERO NATHALIA	DEPEND		$ 1.344.201	FIJO			SI																
7	CC 1028041810	HENDON QUINTERO NATHALIA	DEPEND		$ 1.344.201	FIJO			SI											25-21					
8	CC 1040356943	ALVAREZ SUERNA LEYDI JOHANA	DEPEND		$ 1.344.201	FIJO			SI																

SEGURIDAD SOCIAL Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	29	$ 2.001.967	$ 320.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.400	EPS037-NUEVA EPS	29	$ 2.001.967	$ 80.100	$ 0	$ 80.100	14-11 - ARL SURA	29	$ 2.001.967	1	$ 48.800	29	$ 2.001.967	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 80.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	230301-PORVENIR	1	$ 69.034	$ 11.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 11.100	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 69.034	$ 2.800	$ 0	$ 2.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 69.034	1	$ 0	1	$ 69.034	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	230201-PROTECCION	31	$ 1.320.618	$ 211.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 211.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	31	$ 1.320.618	$ 52.900	$ 0	$ 52.900	14-11 - ARL SURA	31	$ 1.320.618	1	$ 32.200	31	$ 1.320.618	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 52.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	230301-PORVENIR	31	$ 1.480.740	$ 237.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 237.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	31	$ 1.480.740	$ 59.300	$ 0	$ 59.300	14-11 - ARL SURA	31	$ 1.480.740	1	$ 36.100	31	$ 1.480.740	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 59.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	230301-PORVENIR	31	$ 1.794.292	$ 287.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 287.100	EPS037-NUEVA EPS	31	$ 1.794.292	$ 71.800	$ 0	$ 71.800	14-11 - ARL SURA	31	$ 1.794.292	1	$ 43.800	31	$ 1.794.292	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 71.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	230301-PORVENIR	28	$ 1.254.588	$ 200.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 200.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	28	$ 1.254.588	$ 50.200	$ 0	$ 50.200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.254.588	1	$ 30.600	28	$ 1.254.588	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 50.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	230301-PORVENIR	2	$ 89.614	$ 14.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 14.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	2	$ 89.614	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	2	$ 89.614		$ 0	2	$ 89.614	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	230301-PORVENIR	31	$ 1.344.201	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.100	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	31	$ 1.344.201	$ 53.800	$ 0	$ 53.800	14-11 - ARL SURA	31	$ 1.344.201	1	$ 32.800	31	$ 1.344.201	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 53.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN		NIT NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	800091462
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			PROSALUD SAS
CIUDAD MUNICIPIO		APARTADO DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN		CR 100 95 23 B CENTRO TELÉFONO	8280200
TIPO APORTANTE		01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE	6-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA		PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA	Otras actividades de atención de la salud humana
FORMA DE PRESENTACIÓN		UNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7925958926	TIPO DE PLANILLA	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES mayo AÑO 2024
DIAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd)	2024-05-09	NUMERO AUTORIZACIÓN	625854340

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | |

PROCESO			
	GESTIÓN FINANCIERA		
AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES	TITULO **TRÁMITE PAGO ANTICIPO / PARCIAL Y/O TOTAL**	Código: **GF-FO-36** Versión No. **03** Página 1 de 4 Fecha: **01 03 2022**	

Fecha trámite de pago	09-05-2024	Número de Pago:	01
Valor de pago solicitado	($) 225.233		

DATOS DEL CONTRATO:

Contrato y/u Orden de Compra	No. 007-013-2024	
Nombre o Razón Social del Contratista	IPS PROSALUD S.A.S	
Identificación	NIT o C.C:	SAP (acreedor) : 800002918
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES DE INGRESO; RETIRO Y/O PERIÓDICOS PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA REGIONAL ANTIOQUIA- CHOCÓ UBICADOS EN LA ZONA DEL URABA ANTIOQUEÑO DE LA REGIONAL ANTIOQUIA-CHOCÓ".	
Orden o Pedido ERP SAP	No. 4300010364	
Expediente Orfeo	No. 20241403106050000002E	
Registro Presupuestal	No. 31724	
	x VIGENCIA ACTUAL ☐ REZAGO	
Valor total del contrato	Valor Inicial del Contrato	($) 5.000.000
	+ Valor Adiciones	($)
	- Valor Reducciones	($)
	Valor Total del Contrato	($) 5.000.000
No. Contrato interadministrativo / convenio / Acta de acuerdo (Cuando aplique)	N/A	
Fecha de legalización del contrato	16 de Abril del 2024	
Fecha de finalización del contrato	15 Diciembre del 2024.	
Porcentaje de ejecución del contrato	**4.50%**	
Modificaciones del contrato	☐ Adición Valor _____ ☐Modificación Descripción _____ ☐ Suspensión Descripción _____ ☐ Prorroga Fecha _____ ☐ Cesión Descripción _____	
Novedades del contrato	*(Se especificará claramente novedades respecto al pago, como embargos, multas, sanciones, afectación de pólizas u otro concepto que afecte el valor del pago al contratista).*	

Garantías del contrato	Número	Valor Asegurado	Vigencia de la Póliza	
			Fecha de inicio	Vigente hasta
• Póliza de cumplimiento	M100228222	$500.000	16-04-2024	15-06-2025
• Póliza de responsabilidad civil extracontractual (cuando aplica)				

DATOS FINANCIEROS DEL CONTRATISTA:

Cuenta Bancaria	Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA		
	N° 64505238913	Tipo cta. bancaria	Ahorro ☐ Corriente x
Régimen Tributario (RUT) al que pertenece	X RESPONSABLE DE IVA ☐ NO RESPONSABLE DE IVA ☐ RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN		
Tipo de Facturación (De acuerdo a lo que estipule el RUT)	☐ LITOGRÁFICA (Formato Preimpreso – Talonario) ☐ POR COMPUTADOR X ELECTRÓNICA ☐ CUENTA DE COBRO		

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEY 50 / 1990		**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
	1.planilla pagada de seguridad social integral (salud-pensión-arl) y parafiscales (SENA-ICBF-Caja de Compensación)	X	
	2. Certificación de pago de seguridad social y parafiscales	X	
	3. Certificación de obligaciones laborales	X	
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	Planilla	N°7925958926	
	IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)	$ N/A	
	Periodo Salud	Abril 2024	
	Periodo Pensión	Marzo 2024	

DOCUMENTOS SOPORTE QUE SE ANEXAN AL PRESENTE PAGO Y SE ENTREGAN A GESTIÓN FINANCIERA:

El **supervisor del contrato** verificará la aprobación y cargue de la facturación por parte del contratista en SECOP II y Sistema de Facturación Electrónica designado por las SIIF Nación (cuando aplique)

APROBACIÓN DE FACTURAS	SECOP II	X Si ☐ No
	Olimpia (cuando sea Electrónica)	X Si ☐ No

(Documentos que se entregan a la Dirección Financiera - Esta relación debe ser diligenciada teniendo en cuenta lo solicitado en la cláusula de forma de pago del contrato):

ÍTEM	DOCUMENTO (Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)	FECHA	VALOR	FOLIO
1.	Control de pagos código GF-FO-35	Mayo 2024	$ 225.233	
2.	Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. PSFE 7670	08-05-2024	$ 225.233	
3.	Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (copia)	09-05-2024	$ 225.233	
4.	Acta de corte parcial o final de obra (si aplica)	N/A		
5.	Reporte o Listado de Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP - MB51 (cuando aplique)	N/A		
6.	Certificación Bancaria (Si aplica, Modalidades de contratación que se generan por la Tienda Virtual del Estado Colombiano – Grandes Superficies (Órdenes de Compra)	N/A		

Nota: El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), verificara y confirmará que los documentos digitales se encuentren en su totalidad dentro de la herramienta tecnológica

establecida ORFEO y/o SECOP II de acuerdo a la modalidad de la adquisición (contrato y/u orden de compra) que se encuentra en trámite.

CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN A GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN Y QUE REPOSAN EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO:

Los documentos relacionados en la cláusula forma de pago en el contrato No. **007-013-2024** suscrito **16-04-2024**, que no se tramitan a la Dirección Financiera deben reposar en el expediente contractual de la Subdirección de Contratos para su consulta cuando sea necesario, por lo anterior los abajo firmante certifican que los documentos relacionados a continuación reposan en el expediente contractual:

- El supervisor asegurar el cargue de documentos en la plataforma SECOP II
- El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), asegurara que el expediente contractual físico y en ORFEO se encuentre debidamente cargado y completo. Para consulta de usuarios de la información tanto internos como externos (Entes de Control)

Únicamente para el primer pago:				
Cargar en la plataforma SECOP II Registro de Identificación Tributaría-R.I.T. expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda (Actividad económica y código CIIU)	SI	X	NO	
Cargar en la plataforma SECOP II Registro Único Tributario-R.U.T. expedido por la D.I.A.N. documento en firme (copia de certificado documento sin costo)	SI	X	NO	

ÍTEM	DOCUMENTO (Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)	Reposa en el expediente Contractual	FECHA	FOLIO
1.	Control de pagos código GF-FO-35	X		
2.	Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No.	X		
3.	Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (original)	X		
4.	Acta de corte parcial o final de obra código PA-FO-86 (si aplica)			
5.	Reporte o Listado de Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP (cuando aplique)			
6.	Certificación Bancaria			
7.	Certificación: pago de seguridad social integral, aportes parafiscales y de cumplimiento de obligaciones laborales.	X		
8.	Planilla de seguridad social en estado pagada.	X		
9.	Informe de supervisión No.	X		
10.	Informe de Actividades (si aplica).			
11.	Certificación aplicación Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario (Cuando aplique)			
12.	Certificación de asignación de Retiro (Cuando Aplique)			
13.	Insertar más filas. Para incluir documentos entregables adicionales que soporten la ejecución contractual y deberán reposan en el expediente contractual			

RESPONSABLE DEL TRAMITE (SUPERVISOR) *Certifico que previa revisión del presente formato y sus anexos, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el contrato (informe de actividades y/o de los productos establecidos), por lo que cumple con todos los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.*	Nombre LEIDY JOHANNA GARZÓN HERRERA					
	Cargo/Dependencia Supervisora Líder SST- Administrativo			Extensión		
	Firma LEIDY GARZÓN HERRERA					
VALIDACIÓN CARGUE VERIFICACIÓN TRAMITE DE PAGO - GESTOR CONTRACTUAL *Se controla tanto para los contratos como las órdenes de compra, de acuerdo a la verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas, las actividades administrativas, legales, financieras y presupuestales establecidas en el contrato; los cuales reposan de manera completa y organizada en el expediente contractual, la plataforma SECOP II y/u ORFEO.*	**SECOP II**		**ORFEO**		**EXPEDIENTE FÍSICO**	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Nombre JESÚS ANTONIO SÁNCHEZ					
	Cargo / Dependencia: Técnico en Apoyo			Extensión:		
	Firma:					
V°. B°. del Directivo del área responsable del contrato o quien haga sus veces (Subdirector, Director, Jefe de Oficina y/o Dependencia)	Nombre JHON JAIRO CONTRERAS HERAZO					
	Cargo Coordinador de Contratos (e)					
	Firma					

N°	Presupuesto	Fecha	Documento	Nombres Paciente	Tipo de examen	Valor examen	Total
1	73033	2024-04-29	21447744	Martha Gladys Serna Sosa	EXAMEN MEDICO POS INCAPACIDAD	137367	137367
2	73152	2024-05-03	10538927	Marco Orlando Bornachera Yanguas	EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO	43933	43933
3	73175	2024-05-03	1028007784	Kadir Villa Hernandez	EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO	43933	43933
					TOTAL:	**225233**	**225233**

Nº	Presupuesto	Fecha	Documento	Nombres Paciente	Tipo de examen	Valor examen	Total
1	7303383	2024-04-29	21447744	Martha Gladys Serna Sosa	EXAMEN MEDICO POS INCAPACIDAD	137.967	137.967
2	7315211	2024-05-03	1053807327	Mario Orlando Bohorquez Pachera Yarlas	EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO	43.033	43.033
3	7317511	2024-05-03	1028007784	Kadir Vma Fernandez	EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO	43.033	43.033

GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

TITULO	Código: GSE-FO-21		
ARQUEO DE CAJA MENOR	Versión No. 01		Página 1 de 1
	Fecha:	15	9

225233

225233

ADMINITRATIVA	No. Caja Menor SIIF Nación:	124
JENIFFER ZULETA CARDONA	Fecha Arqueo Caja Menor:	18/03/2024
BBVA CTA CTE 299009332	Resolución Caja Menor:	0085 DEL 25 DE ENERO 2024
BBVA		
GLADYS HELENA BERNAL		

VALOR CONSTITUIDO CAJA MENOR	(A)	$	5.200.000
1. VALOR EN BANCOS	(B)	$	2.179.300
2. VALOR TOTAL EFECTIVO	(C)	$	400

TOTAL:

ITEM	DENOMINACION BILLETES	CANTIDAD	SUBTOTAL BILLETES
	100.000		
	50.000		
	20.000		
	10.000		
	5.000		
	2.000		
	1.000		
	Subtotal Billetes		-

ITEM	DENOMINACION MONEDAS	CANTIDAD	SUBTOTAL MONEDAS
	1.000		-
	500		
	200		
	100	4	400
	50		-
	Subtotal Monedas		400

3. VALOR DE REEMBOLSOS PENDIENTES	(D)	$	2.455.000

ITEM	No. REEMBOLSO	FECHA	VALOR
			$ 2.455.000
	Subtotal reeembolsos		$ 2.455.000

4. TOTAL FACTURAS PENDIENTES POR LEGALIZAR	(E)	$	571.800

ITEM	No. FACT y/o DOCUMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	101010004187343	29/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-072-2024	$ 28.900,00
2	100310003418994	29/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-072-2024	$ 28.900,00
3	134331	29/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-074-2024	$ 19.700,00
4	170203	29/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-074-2024	$ 28.400,00
5	1265718	29/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-074-2024	$ 23.200,00
6	129057	29/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-074-2024	$ 28.400,00
7	176954	29/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-074-2024	$ 19.700,00
8	1073381	29/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-074-2024	$ 23.200,00
9	100410004147077	30/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-077-2024	$ 28.900,00
10	100710004242661	30/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-077-2024	$ 28.900,00
11	120410000012162	30/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-078-2024	$ 16.200,00
12	0001894145-003635	30/04/2024	ORDEN DE MARCHA GA-078-2024	$ 28.300,00
13	0001840505-001640	01/05/2024	ORDEN DE MARCHA GA-078-2024	$ 28.300,00
14	120310000015274	01/05/2024	ORDEN DE MARCHA GA-078-2024	$ 16.200,00
15	RECIBO DE CAJA MENOR	02/05/2024	ORDEN DE MARCHA GA-079-2024	$ 22.000,00
16	RECIBO DE CAJA MENOR	02/05/2024	ORDEN DE MARCHA GA-081-2024	$ 60.000,00
17	172079	02/05/2024	ORDEN DE MARCHA GA-082-2024	$ 28.400,00
18	135734	02/05/2024	ORDEN DE MARCHA GA-082-2024	$ 19.700,00
19	964671	02/05/2024	ORDEN DE MARCHA GA-082-2024	$ 23.200,00
20	RECIBO DE CAJA MENOR	03/05/2024	ORDEN DE MARCHA GA-083-2024	$ 71.300,00
	Subtotal Facturas Pendientes por Legalizar			$ 571.800

Total (A - B - C - D - E)		(6.500)
Diferencias (Vr Constituido - Total)		5.206.500

OBSERVACIONES:
Se presenta diferencia, porque se le debe al conductor Ricardo el saldo en negativo.

Jeniffer Zuleta C.

JENIFFER ZULETA CARDONA
Firma Responsable Caja Menor

KAREN PATRICIA BARRIENTOS LAYOS
Firma Delegado Arqueo Caja Menor

SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjrmejia	JOSE ROLANDO MEJIA GAVIRIA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-20-00-003	REGIONAL ANTIOQUIA-CHOCO - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES
Fecha y Hora Sistema:	2024-06-24-10:08 a. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	198352924	Fecha Registro:	2024-06-20	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-20-00-003 REGIONAL ANTIOQUIA-CHOCO - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES		
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	54224	Comprobante Contable de la Generación:	
Fecha Máxima Pago:	2024-06-24	Código de Referencia:	8450007760019835292 4	Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	225.233,00	Valor Deducciones:	4.505,00	Valor Neto:	220.728,00	Saldo x Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		Valor Bruto	225.233,00	Valor Deducciones	4.505,00	Valor Neto	220.728,00	Moneda Base Compra		Valor MBC	

REINTEGROS

Números				No Recaudo:	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00	Reintegrado Neto Pesos:	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00	Reintegrado Neto Moneda:	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	800091462	Razón Social:	PROSALUD S.A.S.	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	64505238913	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo:	Corriente	Estado:	Activa

TESORERIA	DOCUMENTO SOPORTE					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	Número:	CONT 013-2024	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2024-06-20

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
EXOC EXAMENES OCUPACIONALES / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Propios	20	CSF	225.233,00	0,00	225.233,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-04-01-04-04	RETEFUENTE- SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	2,000 %	4.505,00	4.505,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
003 - REGIONAL ANTIOQUIA-CHOCO ALFM	7-2 - GASTOS GENERALES PROPIOS CSF	2024-06-30	225.233,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

NORMA LUCIA RODRIGUEZ

TECNICO DE APOYO SEGURIDAD Y DEFENSA

TESORERA REGIONAL (E)

C.E 407

FORMA DE PAGO: PE

CUENTA: CUN

FECHA: 24 DE JUNIO 2024