PCJ

97

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					
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
Si se requiere inserte más filas para rubros, adiciones, reducciones o traslado indicarlo			**Valor total del contrato**	5.000.000,00
			Valor ejecutado presupuestal	3.869.632,00
			Saldo por ejecutar	905.135,00

NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #2

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	3.869.632,00	3.869.632,00	3.869.632,00
TOTAL TRAMITE	$ 3.869.632,0							
Saldo por Uso	$ 3.869.632,0							
Saldo	$ 3.869.632,0							

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 8156	14-jun-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: Jady Garzón
Nombre del Supervisor: Jady Garzón
Supervisor del ___ No.: 007-013-2024

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

Nombre de quien Revisa en Cuentas por pagar y/o Contabilidad :
Fecha: 20-06-2024
Firma de quien Revisa: Gladys Helena Bernal Gutierrez

98

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. PSFE8156
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		14/06/2024
			FECHA DE VENCIMIENTO
TELÉFONO	5135689	**NIT** 800172114-0	29/07/2024

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	EXAMEN MEDICO POS INCAPACIDAD	Servicio	$137,367	1		$137,367.00
2	Vacuna tetano	Unidad	$35,900	10		$359,000.00
3	Vacuna Hepatitis B	Unidad	$71,967	10		$719,670.00
4	Electrocardiograma	Unidad	$49,633	1		$49,633.00
5	EXAMEN DE PRE EMPLEO O INGRESO	Servicio	$43,933	1		$43,933.00
6	OPTOMETRÍA	Unidad	$35,467	2		$70,934.00
7	Audiometría clínica	Unidad	$27,933	3		$83,799.00
8	Glicemia	Unidad	$13,667	3		$41,001.00
9	KOH	Unidad	$11,567	1		$11,567.00
10	Coprológico	Unidad	$10,700	1		$10,700.00
11	FROTIS DE GARGANTA	Unidad	$12,231	1		$12,231.00
12	Examen médico énfasis osteomuscular y neurológico.	Unidad	$45,833	2		$91,666.00
13	Paquete certificado trabajo seguro en alturas	Unidad	$260,000	3		$780,000.00
14	Alcohol etílico	Unidad	$37,000	3		$111,000.00
15	Perfil lipídico	Unidad	$43,000	2		$86,000.00
16	Espirometría	Unidad	$48,200	1		$48,200.00
17	Paquete certificado manipulación de alimentos	Unidad	$194,833	6		$1,168,998.00
18	EXAMEN MEDICO LABORAL DE EGRESO	Unidad	$43,933	1		$43,933.00

Tres millones ochocientos sesenta y nueve mil seiscientos treinta y dos pesos

Moneda: COP
Generado: 2024-06-14 15:37:33-05:00
Validación DIAN: 2024-06-14 15:38:34-05:00

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

Tipo de operación: Estándar Forma de pago: Crédito

CUFE: 3ebacca55323bb81b4b505e7cfcbccf67a95b30e44cdef8e0be3aa84da916974cccbf2658dff244bb9a0a4b4b44b395c

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	$3,869,632.00
Total	**$3,869,632.00**

Total de lineas: 18

Leidy Johana Garzon
Firmado digitalmente por Leidy Johana Garzon
Fecha: 2024.06.14 17:12:41 -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

PROCESO					
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
AGENCIA LOGISTICA FUERZAS MILITARES	TITULO	Código: CT-FO-01			
	ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN	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

20/06/2024	HORA: 10:00AM	ENTREGA PARCIAL	N°02	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

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	Vacuna Tetano	10	35900	359000
3	Vacuna Hepatitis B	10	71967	719670
4	Electrocardiograma	1	49633	49633
5	Examen medico ocupacional ingreso	1	43933	43933
6	Optometria	2	35467	70934
7	Audiometria Clinica	3	27933	83799
8	Glicemia	3	13667	41001
9	KOH	1	11567	11567
10	Coprologico	1	10700	10700
11	Frotis de garganta	1	12231	12231
12	Examen medico énfasis osteomuscular y neurologico	2	45833	91666
13	Paquete certificado trabajoi seguro en alturas	3	260000	780000
14	Alcohol etilico	3	37000	111000
15	Perfil lipidico	2	43000	86000
16	Espirometria	1	48200	48200
17	Paquete certificado manipulación de alimentos	6	194833	1168998
18	Examen medico laboralde egreso	1	43933	43933
			VALOR SIN I.V.A	
			VALOR I.V.A (_____)%	
			VALOR TOTAL	3.869.632

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 8156

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: 2024.06.20 11:00:12 -05'00'
IPS PROSALUD	LUZ MARIAN CABEZAS ALBARRACÍN	Representante Legal	Representante Legal	

(SI REQUIERE INSERTE MAS FILAS)

100

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

Apartadó, 14 de junio del 2024

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES Y APORTES PARAFISCALES

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 en el mes de junio de 2024 la entidad se encuentraal día con el pago de las obligaciones laborales y 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

Apartadó, 14 de junio 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

101

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: NIT — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 800091482
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: PROSALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO: APARTADO — DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN: CR 100 95 23 B. CENTRO — TELÉFONO: 8280200
TIPO APORTANTE: 01-EMPLEADOR — CLASE APORTANTE: B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA: PRIVADA — ACTIVIDAD ECONÓMICA: 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: 7930878329 — TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES mayo AÑO 2024 — PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2024/06/18 — NÚMERO AUTORIZACIÓN: 713056582

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 211.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 211.300	$ 0	$ 211.300
230201	230201- PROTECCIÓN	1	$ 211.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 211.300	$ 0	$ 211.300
230301	230301-PORVENIR	9	$ 2.994.100	$ 0	$ 0	$ 31.800	$ 31.800	$ 0	$ 0	$ 3.057.700	$ 0	$ 3.057.700
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 383.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 383.500	$ 0	$ 383.500
SUBTOTALES:										$ 3.863.800	$ 0	$ 3.863.800

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	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 946.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 946.800	$ 0	$ 0	$ 946.800
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 258.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258.000	$ 0	$ 0	$ 258.000
SUBTOTALES:													$ 1.204.800	$ 0	$ 0	$ 1.204.800

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	13		$ 0	$ 0		$ 0	$ 732.700	$ 732.700	$ 0	$ 0	$ 732.700
SUBTOTALES:									$ 732.700	$ 0	$ 0	$ 732.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	13	$ 1.202.400	$ 0	$ 1.202.400
SUBTOTALES:			$ 1.202.400	$ 0	$ 1.202.400

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1001033060	JARAMILLO SANTERO SUSANA	DEPEND		$ 2.071.000	FIJO			SI																	
2	CC 1027944320	GUTIERREZ NARANJO SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.320.618	FIJO			SI																	
3	CC 1028028417	AYAZO PALACIO ELBA ISABEL	DEPEND		$ 1.480.740	FIJO			SI		30															
4	CC 1028041052	MEJIA ARISTIZABAL STIVEN	DEPEND		$ 1.794.299	FIJO			SI																	
5	CC 1028041052	MEJIA ARISTIZABAL STIVEN	DEPEND		$ 1.794.299	FIJO			SI														L-14-14			
6	CC 1028041810	RENDON QUINTERO NATHALIA	DEPEND		$ 1.344.201	FIJO			SI																	
7	CC 1040356943	ALVAREZ GUERRA LEYDI JOHANA	DEPEND		$ 1.344.201	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 2.071.000	$ 331.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 331.400
2	230201-PROTECCION	30	$ 1.320.618	$ 211.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 211.300
3	230301-PORVENIR	30	$ 1.480.740	$ 237.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 237.000
4	230301-PORVENIR	29	$ 1.734.490	$ 277.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 277.600
5	230301-PORVENIR	1	$ 59.810	$ 9.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.600
6	230301-PORVENIR	30	$ 1.344.201	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.100
7	230301-PORVENIR	30	$ 1.344.201	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.100

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.071.000	$ 82.900	$ 0	$ 82.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.071.000	1	$ 50.500
2	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.320.618	$ 52.900	$ 0	$ 52.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.320.618	1	$ 32.200
3	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.480.740	$ 59.300	$ 0	$ 59.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.480.740	1	$ 36.100
4	EPS037-NUEVA EPS	29	$ 1.734.490	$ 69.400	$ 0	$ 69.400	14-11 - ARL SURA	29	$ 1.734.490	1	$ 42.300
5	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 59.810	$ 2.400	$ 0	$ 2.400	14-11 - ARL SURA	1	$ 59.810	1	$ 0
6	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.344.201	$ 53.800	$ 0	$ 53.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.344.201	1	$ 32.800
7	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.344.201	$ 53.800	$ 0	$ 53.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.344.201	1	$ 32.800

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 2.071.000	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 82.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 1.320.618	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 52.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 1.480.740	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 59.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	29	$ 1.734.490	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	1	$ 59.810	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	30	$ 1.344.201	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 53.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	30	$ 1.344.201	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 53.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

ORTANTE

DE IDENTIFICACIÓN	800091462
	PROSALUD SAS
AMENTO	ANTIOQUIA
IO	8360050
PORTANTE:	E-MENOS DE 200 COTIZANTES
D ECONOMICA	Otras actividades de atención de la salud humana
	SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7930878329			TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	junio AÑO	2024
DÍAS DE MORA	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/06/18			NÚMERO AUTORIZACIÓN			713555582

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DADES							SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
							PENSIÓN									SALUD								ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
COM	IDF	LMA	VAC	AVP	VCT	IPP	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
							230301-PORVENIR	30	$ 1.344.201	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.100	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.344.201	$ 53.800	$ 0	$ 53.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.344.201	1	$ 32.800	30	$ 1.344.201	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 53.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
							230301-PORVENIR	30	$ 2.582.210	$ 413.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 413.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.582.210	$ 103.300	$ 0	$ 103.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.582.210	1	$ 63.000	30	$ 2.582.210	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 103.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
							230301-PORVENIR	9	$ 390.000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 62.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	9	$ 390.000	$ 15.600	$ 0	$ 15.600	14-11 - ARL SURA	9	$ 390.000	1	$ 9.800	9	$ 390.000	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 15.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
									$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 6.360.000	$ 254.400	$ 0	$ 254.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 6.360.000	1	$ 155.000	30	$ 6.360.000	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 254.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
							230301-PORVENIR	30	$ 6.360.000	$ 1.017.600	$ 31.800	$ 31.800	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.081.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 6.360.000	$ 254.400	$ 0	$ 254.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 6.360.000	1	$ 155.000	30	$ 6.360.000	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 254.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
							25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.320.618	$ 211.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 211.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.320.618	$ 52.900	$ 0	$ 52.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.320.618	1	$ 32.200	30	$ 1.320.618	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 52.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
							230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 2.396.588	$ 383.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 383.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.396.588	$ 95.900	$ 0	$ 95.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.396.588	1	$ 58.400	30	$ 2.396.588	SCCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 95.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 7.003.700

Planilla Pagada
ACH
501
Planilla Pagada

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	20-06-2024	Número de Pago:	02
Valor de pago solicitado	($) 3.869.632		

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	**81.90%**	
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°79308783:29	
	IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)	$ N/A	
	Periodo Salud	Junio2024	
	Periodo Pensión	Mayo 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	Junio 2024	$ 3.869.632	
2.	Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. PSFE 8156	14-06-2024	$ 3.869.632	
3.	Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (copia)	20-06-2024	$ 3.869.632	
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 Tributaria-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					
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					

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:	2024-07-26-3:16 p. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	244663624	Fecha Registro:	2024-07-24	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-20-00-003 REGIONAL ANTIOQUIA-CHOCO - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES		
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	70924	Comprobante Contable de la Generación:	
Fecha Máxima Pago:	2024-07-26	Código de Referencia:	04500077600244663624	Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	3.869.632,00	Valor Deducciones:	77.393,00	Valor Neto:	3.792.239,00	Saldo x Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		Valor Bruto	3.869.632,00	Valor Deducciones	77.393,00	Valor Neto	3.792.239,00	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

TESORERÍA	DOCUMENTO SOPORTE					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	Número:	CONBT 013-2024	Tipo:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Fecha:	2024-07-24

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	3.869.632,00	0,00	3.869.632,00				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 %	77.393,00	77.393,00	

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	2024-07-25	3.869.632,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

ADRIANA DEL SOCORRO ARBOLEDA
PROFESIONAL DE DEFENSA
TESORERA REGIONAL

C.E. 486
FORMA DE PAGO: PE
CUENTA: CUN
FECHA: 26 DE JULIO 2024