114

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
			Valor total del contrato	5.000.000,00
			Valor ejecutado presupuestal	4.094.865,00
			Saldo por ejecutar	905.135,00

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

NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #3

No. Documento - Factura:

Rubro Presupuestal	Código Del Uso Presupuestal	Descripción Del Uso		Dependencia De Afectación	Valor A Pagar	Valor Ejecutado		Saldo por Ejecutar
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 8961	01-ago-24	A-02-02-02-009-003	009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA YSERVICIOS SOCIALES	EMO EXAMENES OCUPACIONALES URABÁ	194.833,00	194.833,00	194.833,00
TOTAL TRAMITE					$ 194.833,0			
Saldo por Uso	$ 194.833,0							
Saldo	$ 194.833,0							

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: Jeniffer Z
Nombre del Supervisor: JENIFFER ZULETA C
Supervisor del ____ No.: 007-013-2024

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

ELIANA GUERRA
26/08/2024

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

GLADYS HELENA BERNAL
26/08/2024

115

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. PSFE8961
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		01/08/2024
TELÉFONO	5135689	**NIT** 800172114-0	**FECHA DE VENCIMIENTO** 15/09/2024

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	Paquete certificado manipulación de alimentos	Unidad	$194.833	1		$194.833,00

Ciento noventa y cuatro mil ochocientos treinta y tres pesos

Moneda: COP
Generado: 2024-08-01 09:11:58-05:00
Validación DIAN: 2024-08-01 09:12:59-05:00

5-20-00-003;007-013-2024;jeniffer.zuleta@agencialogistica.gov.co

Tipo de operación: Estándar Forma de pago: Crédito

CUFE: 0f35198fec6ba31ef1ba7ba1acffd3d3a4ef2d6b633076f96496f048ec067675d79f7cf70e6526dc0a9631e7db30b7e4

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	$194.833,00
Total	**$194.833,00**

Total de lineas: 1

Jeniffer Zuleta Cardona
Firmado digitalmente por Jeniffer Zuleta Cardona
Fecha: 2024.08.20 13:59:06 -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

PROCESO					
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
AGENCIA LOGÍSTICA 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

02/08/2024	HORA: 10:00AM	ENTREGA PARCIAL		N°03	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	Jeniffer Zuleta Cardona	Técnica Apoyo Seguridad y 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	Paquete certificado manipulación de alimentos	1	194833	194833
2				
3				
			VALOR SIN I.V.A	
			VALOR I.V.A (_____)%	
			VALOR TOTAL	194.833

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 8961

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, INTERVIENEN :

ENTIDAD/EMPRESA	NOMBRE	CARGO	EN CALIDAD DE	FIRMA
Agencia Logística de las Fuerzas Militares	JENIFFER ZULETA CARDONA	Técnica Apoyo Seguridad y Defensa	Supervisora del Contrato	Jeniffer ZC Firmado digitalmente por Jeniffer Zuleta Cardona
IPS PROSALUD	LUZ MARINA CABEZAS ALBARRACÍN	Representante Legal	Representante Legal	

(SI REQUIERE INSERTE MAS FILAS)

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

Apartadó, 1 de agosto 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

117

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

Apartadó, 1 de agosto 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 agosto 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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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:	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:			7937370053	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD.	MES	agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/08/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			840991248

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
230301	230301-PORVENIR	8	$ 2.915.700	$ 0	$ 0	$ 31.800	$ 31.800	$ 0	$ 0	$ 2.979.300	$ 0	$ 2.979.300
25-14	25-14 COLPENSIONES	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
230201	230201- PROTECCIÓN	1	$ 239.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 239.300	$ 0	$ 239.300
SUBTOTALES:										$ 3.813.400	$ 0	$ 3.813.400

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	8		$ 0		$ 0		$ 0	$ 880.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 880.400	$ 0	$ 0	$ 880.400
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 311.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 311.900	$ 0	$ 0	$ 311.900
SUBTOTALES:													$ 1.192.300	$ 0	$ 0	$ 1.192.300

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
14-11	14-11 - ARL SURA	12		$ 0	$ 0		$ 0	$ 704.200	$ 704.200	$ 0	$ 0	$ 704.200
SUBTOTALES:									$ 704.200	$ 0	$ 0	$ 704.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	12	$ 1.155.600	$ 0	$ 1.155.600
SUBTOTALES:			$ 1.155.600	$ 0	$ 1.155.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	800991462
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			PROSALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	APARTADO	DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN	CR 100 36 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	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7937370053	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTHOS	MES	julio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/08/13	NUMERO AUTORIZACIÓN			540991248

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

NR	DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES										
																													PENSIÓN								SALUD						ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
8	CC 1040754843	ALVAREZ GUERRA LEYDI JOHANA	DEPEND		$ 1.344.201	FIJO								14-14								230301 - PORVENIR	30	$ 1.380.822	$ 221.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 221.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.380.822	$ 55.300	$ 0	$ 55.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.380.822	1	$ 33.700	30	$ 1.380.822	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 55.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1045518091	VELASQUEZ BARROS PABLO	DEPEND		$ 1.344.201	FIJO		SI														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	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 53.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1102866449	ARRIETA GUERRA LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 2.582.210	FIJO		SI														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	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 103.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 13346226	ALBARRACIN AGUILLON LUIS ANTONIO	DEPEND	PENS VEJ ACT	$ 6.360.000	FIJO		SI																$ 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	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 254.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 32528211	FAREZA ALBARRACIN LUZ MARINA	DEPEND		$ 6.360.000	FIJO		SI														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	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 254.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 42025426	GONZALEZ RAMIREZ NORA	DEPEND		$ 1.320.618	FIJO		SI														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	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 52.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 63528082	ORTIZ RODRIGUEZ YAMID ESPERANZA	DEPEND		$ 2.396.588	FIJO		SI														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	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 95.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 6.865.500

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PROCESO					
GESTIÓN FINANCIERA					
AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES — La unión de nuestras Fuerzas	TITULO **TRAMITE DE PAGO ANTICIPO/PARCIAL Y/O TOTAL**	CÓDIGO: **GF-FO-36**			Grupo Social y Empresarial de la Defensa
		VERSIÓN No. **04**	Página **1** de **5**		
		FECHA:	**17**	**9**	**2024**

Fecha trámite de pago	02-08-2024	Número de Pago:	03
Valor de pago solicitado	($)194.833		

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: 800091462-0	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	($)
	Valor Total del Contrato	($)
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	85,79%	
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)	**X** ELECTRÓNICA ☐ CUENTA DE COBRO		
CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEY 50 / 1990		**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° 7937370053	
	IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)	N/A	
	Periodo Salud	JULIO	
	Periodo Pensión	AGOSTO	

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 en el Sistema de Facturación Electrónica designado por SIIF Nación (cuando aplique).

APROBACIÓN DE FACTURAS	SECOP II	**X**	Si	☐	No
	SIIF (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	01-08-2024	$194.833	
2.	Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. PSFE8961	01-08-2024	$194.833	
3.	Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (copia)	01-08-2024	$194.833	
4.	Acta de corte parcial o final de obra (si aplica)	N/A		
5.	Reporte o Listado de Entradas de Almacén generado	N/A		

PROCESO					
GESTIÓN FINANCIERA					
AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES — La unión de nuestras Fuerzas	TITULO **TRAMITE DE PAGO ANTICIPO/PARCIAL Y/O TOTAL**	CÓDIGO: **GF-FO-36**			Grupo Social y Empresarial de la Defensa
		VERSIÓN No. **04**	Página **3** de **5**		
		FECHA:	**17**	**9**	**2024**

ÍTEM	DOCUMENTO (Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)	FECHA	VALOR	FOLIO
	por el sistema ERP-SAP - MB51 (cuando aplique)			
6.	Certificación Bancaria (Aplica para las Modalidades de contratación que se generan por la Tienda Virtual del Estado Colombiano – Grandes Superficies (Órdenes de Compra o cuando el contrato no relaciona la cuenta bancaria).	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 y/o ORFEO
- El funcionario responsable en la Subdirección General de Contratación y/o Coordinación de Contratos (Regionales), asegurara que el expediente contractual físico y en SECOP II y/o ORFEO se encuentre debidamente cargado y completo. Para consulta de usuarios de la información tanto internos como externos (Entes de Control).

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. PSFE108790	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.	Entradas de Almacén generado por el sistema ERP-SAP (cuando aplique)			
6.	Certificación Bancaria (cuando aplique).			
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. **03**	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			

Únicamente para el primer pago:		
Cargar en la plataforma SECOP II Registro de Identificación Tributaría - RIT expedido por la Secretaría Distrital de Hacienda (Actividad económica y código CIIU)	SI	
Cargar en la plataforma SECOP II Registro Único Tributario - RUT expedido por la DIAN documento en firme (copia de certificado)	SI	

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 **JENIFFER ZULETA CARDONA**					
	Cargo/Dependencia **TASD - ADMINISTRATIVO**			Extensión		
	Firma Jeniffer ZC Firmado digitalmente por Jeniffer Zuleta Cardona					
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 **JESUS ANTONIO SANCHEZ SALGADO**					
	Cargo / Dependencia: **TASD - CONTRATOS**			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**					
	Cargo **COORDINADOR CONTRATOS**					
	Firma					

SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos
Comprobante

Usuario Solicitante:	MHaarboled	ADRIANA DEL SOCORRO ARBOLEDA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-20-00-003	REGIONAL ANTIOQUIA-CHOCO - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES
Fecha y Hora Sistema:	2024-09-12-7:14 a. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	317052924	Fecha Registro:	2024-09-10	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-20-00-003 REGIONAL ANTIOQUIA-CHOCO - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	92024	Comprobante Contable de la Generación:			
Fecha Máxima Pago:	2024-09-12	Código de Referencia:		04500077600317052924	Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:		0,00
Valor Bruto:	194.833,00	Valor Deducciones:		3.897,00	Valor Neto:	190.936,00	Saldo x Pagar:		0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		Valor Bruto	194.833,00	Valor Deducciones	3.897,00	Valor Neto	190.936,00	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:	2024-09-10

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	194.833,00	0,00	194.833,00				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 %	3.897,00	3.897,00	

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	2024-09-02	194.833,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

ADRIANA DEL SOCORRO ARBOLEDA
PROFESIONAL DE DEFENSA
TESORERA REGIONAL

C.E 636 - - - - - -
FORMA DE PAGO: PE
CUENTA: CUN
FECHA: 12 DE SEPTIEMBRE 2024