PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA				
	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 Vigencia 2024 No.	31724	Valor	6.000.000	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.	1225 1125	Valor	1.500.000	Fecha	10-01-2025
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:	31/03/2025		
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	7.416.132,00
			Dependencia de afectación	Valor por rubro
6.000.000,00	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA YSERVICIOS SOCIALES	EXOC EXAMENES OCUPACIONALES	6.000.000,00
6.000.000,00	A-02-02-02-009-003	REDUCCIÓN RP 31724	EXOC EXAMENES OCUPACIONALES	-83.868,00
1.500.000,00	A-02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA YSERVICIOS SOCIALES	EXOC EXAMENES OCUPACIONALES	1.500.000,00
			Valor total del contrato	7.416.132,00
			Valor ejecutado presupuestal	7.416.064,00
			Saldo por ejecutar	68,00

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

NÚMERO DE TRÁMITE DE PAGO #7

No. Documento - Factura: PSFE12434

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 12434	14-mar-25	A-02-02-02-009-003	009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA YSERVICIOS SOCIALES	EMO EXAMENES OCUPACIONALES URABÁ	1.305.099,00	1.305.099,00	1.305.099,00
TOTAL TRAMITE		$ 1.305.099,0						
Saldo por Uso								
Saldo	$ 0							

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

Movimiento	Fecha		Valor
ADICION	28/10/2024	ADICIÓN AL RP 31724	1.000.000
REDUCCIÓN	31/12/2024	REDUCCIÓN AL RP 31724 POR CIERRE DE	83.868

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

Firma del Supervisor: Jeniffer Z. Firmado digitalmente por JENIFFER

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:

NORMA RODRIGUEZ

25/03/25

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

Fecha:

Firma de quien Revisa:

ELIANA GUERRA

25/03/25

2405

PROSALUD

PROSALUD S.A.S. - NIT 800091462-0
Crr 100 #95 - 23, Apartadó, Antioquia, C.P. 057840
Tel: +573002841575
contabilidad@ipsprosalud.com ; ipsprosalud.com/

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No. PSFE12434
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		14/03/2025
TELÉFONO	5135689	NIT 800172114-0	FECHA DE VENCIMIENTO 28/04/2025

ID	Nombre	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	Paquete certificado manipulación de alimentos	Unidad	$194.833,00	3		$584.499,00
2	Paquete CAD'S	Unidad	$293.900,00	2		$587.800,00
3	Espirometría	Unidad	$48.200,00	1		$48.200,00
4	AUDIOMETRIA	Servicio	$27.933,00	1		$27.933,00
5	Perfil lipídico	Unidad	$43.000,00	1		$43.000,00
6	Glicemia	Unidad	$13.667,00	1		$13.667,00

V/r bruto = 1.305.099
ret 2% = 26.102
Polite 0,4% = 5220
V/r neto = 1.273.777

Cxp = 29625
Obg = 30025

4505601391
4700001470

Firmado digitalmente por JENIFFER Jeniffer ZC

Millón trescientos setenta mil noventa y nueve pesos

Moneda: COP
Generado: 2025-03-14 08:35:32-05:00
Validación DIAN: 2025-03-14 08:36:33-05:00

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

Tipo de operación: Estándar Forma de pago: Crédito

CUFE: f528b3e9ea8f32032d8c1db014f14d7bb73ee3479431738681172 40f03bc69cbc6e36f92fe292a0ac5cce8f9256c7247

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	$1.305.099,00
Total	$1.305.099,00

Total de lineas: 6

orden 4300011700.

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764085949207 de 2024-12-23 Modalidad Factura Electrónica Desde N° PSFE11133 hasta PSFE100000 con vigencia hasta 2025-12-23

Representación gráfica de factura de venta electrónica

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

2406
203

PROCESO					
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					
	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

17/03/2025	HORA: 10:00AM	ENTREGA PARCIAL		N°07	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	3	194833	584499
2	Paquete CADS	2	293900	587800
3	Espirometría	1	48200	48200
4	Audiometría	1	27933	27933
5	Perfil Lipídico	1	43000	43000
6	Glicemia	1	13667	13667
			VALOR SIN I.V.A	
			VALOR I.V.A (____)%	
			VALOR TOTAL	1.305.099

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			
OTRO	X		Se debe entregar una certificación de la prestación del servicio.

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 12434

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
IPS PROSALUD	LUZ MARINA CABEZAS ALBARRACÍN	Representante Legal	Representante Legal	

(SI REQUIERE INSERTE MAS FILAS)

2413
204

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

Apartadó, 14 de marzo de 2025

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

Jeniffer Zapata Firmado digitalmente por JENIFFER

2414
205

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

Apartadó, 14 de marzo de 2025

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

Jeniffer Firmado digitalmente por JENIFFER

206

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	800091462
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PROSALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	APARTADO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CR 100 95 23 B. CENTRO	TELÉFONO:	8290200
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:		7963061298	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1329526433

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT.	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	PENSIÓN INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT.	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	RIESGOS ADMIN	RIESGOS DÍAS COT.	RIESGOS IBC	RIESGOS CENTRO DE TRABAJO	RIESGOS TOTAL APORTE	CCF ADMIN	CCF IBC	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MEN TOTAL APORTE
8	CC 1040358943	ALVAREZ SUERPA LEYDI JOHANA	DEPEND		$ 1.468.500	FIJO			SI		230301-PORVENIR	30	$ 1.419.550	$ 227.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 227.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.419.550	$ 56.800	$ 0	$ 56.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.419.550	1	$ 34.600	29 $ 1.419.550	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 56.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1040358943	ALVAREZ SUERPA LEYDI JOHANA	DEPEND		$ 1.468.500	FIJO			SI	19-12	230301-PORVENIR	1	$ 48.950	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 7.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 48.950	$ 2.000	$ 0	$ 2.000	14-11 - ARL SURA	1	$ 48.950	1	$ 0	1 $ 48.950	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1045518091	VILLADIEGO BARRIOS PABLO	DEPEND		$ 1.468.500	FIJO			SI		230301-PORVENIR	30	$ 1.468.500	$ 235.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 235.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.468.500	$ 58.800	$ 0	$ 58.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.468.500	1	$ 35.800	30 $ 1.468.500	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 58.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1102866448	ARRIETA SUERPA LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 2.716.485	FIJO			SI		230301-PORVENIR	28	$ 2.535.386	$ 405.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 405.700	EPS037-NUEVA EPS	28	$ 2.535.386	$ 101.500	$ 0	$ 101.500	14-11 - ARL SURA	28	$ 2.535.386	1	$ 61.800	28 $ 2.535.386	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 101.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1102866448	ARRIETA SUERPA LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 2.716.485	FIJO			SI	1-12-13	230301-PORVENIR	2	$ 181.099	$ 29.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 29.000	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 181.099	$ 7.300	$ 0	$ 7.300	14-11 - ARL SURA	2	$ 181.099	1	$ 0	2 $ 181.099	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 13346226	ALBARRACIN ASUILLON LUIS ANTONIO	DEPEND	PENS VEJ ACT	$ 6.360.000	FIJO			SI				$ 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	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 254.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 32528211	CABEZA DE ALBARRACIN LUZ MARINA	DEPEND		$ 6.360.000	FIJO			SI		230301-PORVENIR	30	$ 6.360.000	$ 1.017.600	$ 31.800	$ 31.800	$ 0	$ 0	Norma	$ 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
15	CC 42025426	GONZALEZ RAMIREZ NORA	DEPEND		$ 1.468.500	FIJO			SI		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.468.500	$ 235.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 235.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.468.500	$ 58.800	$ 0	$ 58.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.468.500	1	$ 15.400	30 $ 1.468.500	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 58.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 63528082	ORTIZ RODRIGUEZ YAMID ESPERANZA	DEPEND		$ 2.521.211	FIJO			SI		230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 2.521.211	$ 403.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 403.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.521.211	$ 100.900	$ 0	$ 100.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.521.211	1	$ 61.500	30 $ 2.521.211	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	$ 100.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

TOTAL PAGADO:	$ 7.284.500

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:	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:			7963061298	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1329526433

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
230201	230201- PROTECCION	2	$ 470.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 470.000	$ 0	$ 470.000
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 403.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.400	$ 0	$ 403.400
230301	230301-PORVENIR	9	$ 2.898.800	$ 0	$ 0	$ 31.800	$ 31.800	$ 0	$ 0	$ 2.962.400	$ 0	$ 2.962.400
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 235.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.000	$ 0	$ 235.000
SUBTOTALES:										$ 4.070.800	$ 0	$ 4.070.800

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	9		$ 0		$ 0		$ 0	$ 966.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 966.900	$ 0	$ 0	$ 966.900
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 290.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.000	$ 0	$ 0	$ 290.000
SUBTOTALES:													$ 1.256.900	$ 0	$ 0	$ 1.256.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	14		$ 0	$ 0		$ 0	$ 709.200	$ 709.200	$ 0	$ 0	$ 709.200
SUBTOTALES:									$ 709.200	$ 0	$ 0	$ 709.200

TOTAL APORTES A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA	14	$ 1.247.800	$ 0	$ 1.247.800
SUBTOTALES:			$ 1.247.800	$ 0	$ 1.247.800

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

SEGURIDAD SOCIAL

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

~~2407~~
207

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	17-03-2025	Número de Pago:	07
Valor de pago solicitado	($)1.305.099		

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. 1225	
	x VIGENCIA ACTUAL ☐ REZAGO	
Valor total del contrato	Valor Inicial del Contrato	($) 5.000.000
	+ Valor Adiciones	($) 1.000.000
	- Valor Reducciones	($)
	Valor Vigencia Futura	($) 1.500.000
	Valor Total del Contrato	($) 7.500.000
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	31 de marzo del 2025	
Porcentaje de ejecución del contrato	**100%**	
Modificaciones del contrato	**X** Adición Valor **$1.000.000** Modificación Descripción _____ ☐ Suspensión Descripción _____ **X** Prorroga Fecha **31 diciembre de 2024** ☐ Cesión Descripción _____ **X** Vigencia Futura Fecha **31 marzo de 2025 por $1.500.000**	
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	$600.000	16-04-2024	01-07-2025
•	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° 7963061298	
	IBC (Ingreso base de cotización) (si aplica)	N/A	
	Periodo Salud	MARZO	
	Periodo Pensión	FEBRERO	

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):

ITEM	DOCUMENTOS (Deberán diligenciarse de acuerdo a lo establecido en el contrato)	FECHA DEL DOCUMENTO	VALOR	FOLIO
1.	Control de pagos código GF-FO-35	17-03-2025	$ 1.305.099	
2.	Factura, cuenta de cobro y/o documento equivalente No. PSFE12434	14-03-2025	$ 1.305.099	
3.	Acta de entrega y/o recibo a satisfacción código CT-FO-01 (copia)	17-03-2025	$ 1.305.099	

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**

ITEM	DOCUMENTO (Debe diligenciarse de acuerdo a los documentos anexos)	FECHA	VALOR	FOLIO
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 (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).

ITEM	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. PSFE12434	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. **07**		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 Zuleta Firmado digitalmente por JENIFFER					
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 X	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					

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	1.305.099,00	0,00	1.305.099,00					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 %	26.102,00	26.102,00	
2-03-05-01	UNIVERSIDAD POLITECNICO COLOMBIANO JAIME ISAZA CADAVID	890900286	DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	0,400 %	5.220,00	5.220,00	

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	2025-04-02	1.305.099,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

ADRIANA DEL SOCORRO ARBOLEDA
PROFESIONAL DE DEFENSA
TESORERA REGIONAL

C.E 308 - - - - 2

CUENTA: CUN
FECHA: 29 DE ABRIL 2025

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:	2025-04-29-8:14 a. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	123540425	**Fecha Registro:**	2025-04-25	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-20-00-003 REGIONAL ANTIOQUIA-CHOCO - AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	30025	**Comprobante Contable de la Generación:**	
Fecha Máxima Pago:	2025-04-29	**Código de Referencia:**	04500077600123540425	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Bruto:	1.305.099,00	**Valor Deducciones:**	31.322,00	**Valor Neto:**	1.273.777,00	**Saldo x Pagar:**	0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**1.305.099,00**	Valor Deducciones	31.322,00	Valor Neto	**1.273.777,00**	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:**	2025-04-25

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final