CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	X	Pública Clasificada		Pública Reservada	

INFORME DE SUPERVISIÓN
CONTRATO NRO. CO1.PCCNTR.7879333 DE 2025

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	Centro de Servicios de Salud SENA, Regional Antioquia
CONTRATO NRO.	CO1.PCCNTR.7879333 DE 2025
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	15 de mayo de 2025
OBJETO	5_9401_832 Prestar el servicio de vacunación de acuerdo con la necesidad para los aprendices del área asistencial y demás áreas que requieran realizar prácticas en las instituciones del sector salud y demás campos de práctica adscritos al Centro de Servicios de Salud Sena Regional Antioquia.
CONTRATISTA	SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
CC o NIT	811.031.144-7
LUGAR DE EJECUCIÓN	El lugar del cumplimiento del contrato se realizará en el Complejo Central del SENA Regional Antioquia: Calle 51N° 57 – 70 Medellín y en los demás municipios de Antioquia requeridos por el servicio y notificados por el SUPERVISOR DEL CONTRATO. Medellín, Ituango (corregimiento Santa Rita), Nuquí, Turbo (Corregimiento Nueva Antioquia), Girardota, Jardín y Bello.
FECHA DE INICIO	20 de mayo de 2025
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	El termino de ejecución del objeto contractual será por vigencia de hasta siete (7) meses, desde la firma de acta de inicio y aprobación de garantías, sin que exceda el 23 de diciembre de 2025.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$285.120.000,00
PRÓRROGA NRO.	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN	23 de diciembre de 2025
ADICIÓN NRO.	N/A
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$285.120.000
FORMA DE PAGO	El SENA cancelará el valor del contrato mediante PAGOS PARCIALES dentro de los treinta (30) días siguientes correspondientes a la entrega de los bienes referidos, recibidos a entera satisfacción y previa presentación de la correspondiente factura con el lleno de los requisitos administrativos y fiscales exigidos por la ley y la

	Entidad, la certificación de pago de los aportes parafiscales, esto en cumplimiento de la ley 789 de 2002 y del artículo 23 de la ley 1150 de 2007, y la certificación de recibo a satisfacción del objeto contratado emitida por el supervisor del contrato, este desembolso estará sujeto, sin embargo, a la disponibilidad de PAC.
INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.	1
PERIODO DEL INFORME	Desde el 26/05/2025 al 19/06/2025

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. En caso de que una vez terminado el calendario académico para la presente vigencia (2025) se tengan fichas que requieran aplicación de inmunobiológicos en el primer trimestre de la vigencia siguiente (2026) de acuerdo a ciclo de aplicación, se dejará un remanente de vacunas y el contratista deberá dejar en custodia de acuerdo a la solicitud por parte del centro de servicios de salud en cabeza del supervisor (a) del contrato y deberá garantizar la cadena de frio, la administración de los inmunobiológicos y su reporte en el sistema PAI WEB.	No aplica esta obligación para el momento del informe 1 de supervisión.	No aplica esta obligación para el momento del informe 1 de supervisión.
2. Cumplir con los requisitos, procedimientos y condiciones exigida en la normativa vigente para la habilitación que deben acatar los prestadores de servicios de salud, establecidos en la Resolución 3100 de 2019 que	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación.

le apliquen específicamente al servicio de vacunación, dispensación de inmuno-biológicos y demás que le apliquen.		
3. Tener la certificación avalada por el Ministerio como proveedores de Inmuno-biológicos.	El contratista aportó el certificado que lo avala para la prestación del servicio	Certificación de habilitación Resolución 3100 de 2019
4. Presentar la factura legal y/o cuenta de cobro al momento de la realización del Pago según Circular Interna 3-2024-000019 del 25 de enero de 2024 mediante la cual se implementan nuevos lineamientos para la expedición de factura electrónica por parte contratistas y proveedores, y de conformidad con el Manual F-DI-14 MÓDULO RECEPCIÓN GESTIÓN DE DOCUMENTOS FACTURA ELECTRONICA y/o cuenta de cobro al momento de la solicitud de ejecución del pago.	El contratista realizó el proceso de acuerdo con la Circular Interna 3-2024-000019 del 25 de enero de 2024 de conformidad con el Manual F-DI-14 MÓDULO RECEPCIÓN GESTIÓN DE DOCUMENTOS FACTURA ELECTRONICA	Factura de cuenta de cobro N° DM-123534 por valor de $170.943.000
5. El oferente debe garantizar el cumplimiento de todos los requisitos exigidos en la normativa vigente relacionada con la fabricación de los inmuno-biológicos, cuyos procesos deben estar certificados en BPM (buenas prácticas de manufactura) según la Organización Internacional de Patrón de Medidas y debe cumplir los	El contratista ha cumplido con esta obligación y aportó los documentos soporte	Documentos de soporte en SECOP II

requerimientos dados por la OMS.		
6. Contar con la disponibilidad de los Inmuno-biológicos enunciados en el cuadro anterior.	El contratista tiene la disponibilidad de la cantidad de inmunobiológicos requeridos para este contrato a la fecha del 19/06/2025 ha aplicado el siguiente número de vacunas: **883 dosis vacunas de Influenza** **884 dosis vacunas de hepatitis** **713 dosis vacunas de varicela** **123 dosis vacunas de tétanos.** Se cumplieron con los estándares de calidad y de acuerdo con el protocolo de aplicación de inmunobiológicos y cadena de frío.	Se anexa registros fotográficos de aplicación de los inmunobiológicos – de control de temperatura. Registros de aprendices con firmas a quienes se les aplicó las vacunas.
7. El oferente deberá garantizar que cumple con los requisitos sanitarios para el suministro, traslado, dispensación y aplicación de inmuno-biológicos.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación.
8. Cumplir con todos los requerimientos establecidos en el Manual Técnico Administrativo del PAI.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación.
9. El proveedor debe garantizar el suministro y uso adecuado de los insumos biomédicos para la aplicación del inmuno-biológico según vía de administración de cada uno y recomendaciones del Manual Técnico Administrativo del PAI.	El contratista ha cumplido con los protocolos de aplicación – transporte y cadena de frío de acuerdo con la normatividad vigente.	Se anexa registros fotográficos de aplicación de los inmunobiológicos – de control de temperatura. Registros de aprendices con firmas a quienes se les aplicó las vacunas.

10. El proveedor es responsable de diligenciar los registros clínicos relacionados con el proceso de vacunación tales como carné de vacunación, PAI WEB, etc.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación.
11. Tener capacidad operativa, organizativa y resolutiva.	El contratista ha evidenciado la prestación del servicio con calidad, oportunidad y de forma organizada.	Se anexa registros fotográficos de aplicación de los inmunobiológicos – de control de temperatura. Registros de aprendices con firmas a quienes se les aplicó las vacunas.
12. Cada Inmuno-biológico e insumo debe cumplir el registro INVIMA y conservar la etiqueta original con todos los datos exigidos para la venta comercial.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación.
13. Suministrar los materiales necesarios para el transporte de los inmuno-biológicos emplear una camioneta, vehículo o buseta climatizada o camión con carrocería tipo furgón plástico; el cual requiere equipo de refrigeración, ya que se tiene que llevar vacuna a municipios muy alejados. Por tanto, requiere equipo de refrigeración garantizando la cadena de frio y los criterios de conservación y estabilidad de estos.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación. control de temperatura. A la fecha de este informe no se ha requerido la aplicación de inmunobiológicos por fuera de la Ciudad de Medellín
14. Brindar asesoría en procedimientos de vacunación y conservación de inmuno-biológicos.	El contratista ha cumplido dando la asesoría adecuada a los aprendices durante el proceso de vacunación.	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos
15. Garantizar la aplicación de los inmuno-biológicos en los	Las jornadas de vacunación se han cumplido en los horarios	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos

lugares asignados y/o acordados con la institución.	y sitios establecidos por el SENA, no se han generado dificultades en el desarrollo de las jornadas	
16. Realizar jornada de capacitación para las personas responsables del traslado, aplicación y registro de los inmuno-biológicos del centro de servicios de salud.	El contratista tiene a disposición personal profesional certificado para la aplicación de los inmunobiológicos	Documentos cargados en SECOP II
17. Dar respuesta oportuna a las solicitudes de inmuno-biológicos realizadas por el centro de servicios de salud para la ejecución de las jornadas de vacunación, realizando la prestación del servicio en las fechas, horarios y lugares acordados.	Las jornadas de vacunación se han cumplido en los horarios y sitios establecidos por el SENA, no se han generado dificultades en el desarrollo de las jornadas	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos
18. Documentar la aplicación de los inmuno-biológicos, dejando registro de ello en el carné de vacunación, y listados respectivos. Dicha aplicación debe de estar avalada por el responsable del servicio del SENA.	Se ha cumplido con esta obligación a cada aprendiz se le ha generado y registrado su carné de vacunación y los listados respectivos de soporte de la aplicación del inmunobiológico	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos
19. Garantizar el cumplimiento en la cadena de frio de los inmuno-biológicos, contar con medidores de temperatura y registros que respalden la misma.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación. control de temperatura.
20. Los inmuno-biológicos aplicados deben tener fecha vigente para la aplicación, no pueden presentar alteraciones en el empaque, rótulos ni en su composición física y química.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019 y se ha validado los registros sanitarios respectivos.	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación.

21. Los inmuno-biológicos no pueden estar congelados ni haber tenido contacto con el agua o haber sido sumergidos.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación. control de temperatura.
22. Las neveras y/o elementos empleados para el almacenamiento y transporte de los inmuno-biológicos deben estar en excelentes condiciones físicas, de limpieza y desinfección, tanto en la parte interna como externa.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación. control de temperatura. A la fecha de este informe no se ha requerido la aplicación de inmunobiológicos por fuera de la Ciudad de Medellín
23. Los inmuno-biológicos no deben tener cuerpos extraños que pongan en duda su integridad, esterilidad y conservación.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019 – se ha evidenciado el cumplimiento técnico del estado de los inmuno-biológicos.	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos
24. Garantizar el cumplimiento de las indicaciones y/o recomendaciones suministradas por los fabricantes de los inmuno-biológicos.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación. control de temperatura.
25. Participar en los análisis de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) que se presente a los usuarios que reciban la vacunación.	A la fecha de este informe de supervisión no se han generado eventos atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)	No se ha requerido la realización de análisis y seguimiento de casos
26. Prestar el servicio objeto del contrato de acuerdo con las especificaciones descritas en su oferta y en los estudios previos dentro del término y en el sitio señalado.	Ha cumplido con el objeto del contrato con calidad y oportunidad	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación. control de temperatura.

27. Ejercer control sobre la calidad del personal técnico, operativo y administrativo que prestará los servicios al centro, garantizar su capacitación e idoneidad.	Ha cumplido con el objeto del contrato con calidad y oportunidad	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación. control de temperatura.
28. El CONTRATISTA es el único responsable de la contratación de su personal y la celebración de subcontratos todo lo cual debe realizarse en su propio nombre y por su propia cuenta y riesgo, sin que el SENA adquiera responsabilidad ni solidaridad alguna por dichos actos.	El contratista cumple con esta obligación y ha garantizado el talento humano capacitado para la prestación del servicio.	Documento SECOP II
29. Demostrar cumplimiento de las obligaciones que le aplican en relación con la Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con lo reglado en Decreto 1072 de 2015	El contratista cumple con esta obligación y aporta los soportes	Documentos SECOP II
30. Cumplir con las instrucciones impartidas por el funcionario encargado del control y vigilancia del contrato y las demás que le sean inherentes al objeto de la presente contratación.	Se ha cumplido con las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato a la fecha no hay novedades	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos
31. El contratista deberá contar con un Plan de Gestión de Residuos generados en la atención en salud, conforme a lo dispuesto sobre la materia en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016.	Aporta la certificación que avala el cumplimiento de este procedimiento	Documentos SECOP II
32. El contratista deberá entregan soportes de disposición de los residuos peligrosos generados durante la prestación del	El contratista cumple con el manejo y disposición de los residuos peligrosos	Documentos anexos en el informe de supervisión.

servicio que evidencie que, durante el desarrollo de sus actividades en las sedes del SENA, dio tratamiento adecuado a los residuos biosanitarios o cortopunzantes, según lo dispuesto sobre la materia en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016.	generados durante la prestación del servicio.	
33. El contratista remplazará, a su costa, los servicios y/o bienes que resulten defectuosos, de mala calidad o que no cumplan con las especificaciones técnicas requeridas por el SENA, sin que ello implique modificación en las condiciones pactadas en el contrato, ni valores adicionales en el mismo. En el evento de no reposición de los mismos, el SENA podrá proceder a declarar el siniestro de incumplimiento y/o hacer efectivas las pólizas.	No se generaron novedades que afectaran el desarrollo del contrato	No se generaron novedades que afectaran el desarrollo del contrato
34. Suministrar el 100% de los bienes y/o servicios objeto del contrato a celebrarse y acorde con los valores ofertados en la propuesta económica.	El contratista tiene la disponibilidad de la cantidad de inmunobiológicos requeridos para este contrato a la fecha del 19/06/2025 ha aplicado el siguiente número de vacunas: **883 dosis vacunas de Influenza** **884 dosis vacunas de hepatitis** **713 dosis vacunas de varicela** **123 dosis vacunas de tétanos.** Se cumplieron con los estándares de calidad y de	Se anexa registros fotográficos de aplicación de los inmunobiológicos – de control de temperatura. Registros de aprendices con firmas a quienes se les aplicó las vacunas.

	acuerdo con el protocolo de aplicación de inmunobiológicos y cadena de frío.	
35. El contratista se obliga a sostener los precios de los servicios y/o bienes ofertados dentro de los términos y vigencia de ejecución del contrato.	El contratista ha cumplido con esta obligación	Factura de cuenta de cobro N° DM-123534
36. Allegar al SENA en los plazos establecidos los documentos requeridos para la cumplida iniciación del contrato.	Ha aportado la documentación exigida de acuerdo con la normatividad y necesidad especifica requerida	Documentos en SECOP II
37. Ejecutar el objeto del presente contrato en los plazos establecidos bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras, estipuladas en los términos de referencia que se deriven del contrato que se suscriba.	Ha cumplido a la fecha con el objeto del presente contrato en los plazos establecidos bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos - certificación de habilitación. control de temperatura.
38. Programar las actividades que deba desarrollar para el cumplimiento del objeto del contrato, previa concertación con el supervisor.	Se ha concertado la planeación de las jornadas de vacunación y no se han presentado dificultades en el desarrollo del cumplimiento de estas.	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos
39. No podrá ceder el contrato resultante de la presente invitación, sin autorización estricta del ordenador del gasto del SENA –Subdirección.	No aplica esta obligación para el momento del informe 1 de supervisión.	No aplica esta obligación para el momento del informe 1 de supervisión.
40. Cumplir y acreditar que cumple con los requisitos que se exijan por la Secretaría Seccional de Salud.	El contratista ha cumplido con los requisitos, procedimientos y condiciones en el marco de la Resolución 3100 de 2019 – se ha evidenciado el cumplimiento	Certificado de habilitación

	técnico del estado de los inmuno-biológicos.	
41. Suscribir el acta de inicio.	El contratista realizó la firma del acta de inicio y legalmente está firmada por las dos partes	Documento en SECOP II
42. Las demás que se estimen de acuerdo con el objeto y ejecución del contrato.	Se ha cumplido con las obligaciones tanto generales como especificas por parte del contratista	Informe de aplicación de vacunas – registros fotográficos

OBLIGACIONES AMBIENTALES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Presentar certificación de que el prestador del servicio implementa el "*Manual para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades*".	El contratista ha cumplido de acuerdo con la norma la gestión integral de residuos generados en las jornadas de vacunación programadas a la fecha.	Certificación del prestador del servicio
2. Entregar los certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en la atención prestada al SENA, en un plazo no mayor a los noventa (90) días después de recogidos los residuos, indicando como mínimo: a. Identificación del certificado con consecutivo único b. Fecha de expedición c. Identificación de la empresa que emite el certificado d. Identificación del generador e. Identificación de las autorizaciones	El contratista ha cumplido de acuerdo con la norma la gestión integral de residuos generados en las jornadas de vacunación programadas a la fecha.	Certificación del prestador del servicio

ambientales vigentes para el manejo de RESPEL (Licencia Ambiental) f. Identificación de la persona natural que entrega los residuos g. Identificación de la empresa transportadora que entrega los RESPEL h. Fecha de recibo en la instalación y fecha(s) de gestión de los residuos i. Descripción del residuo o subcorriente de RESPEL correspondiente j. Cantidades recibidas y gestionadas en peso (kg) y tipo(s) k. Indicar el tipo de aprovechamiento, tratamiento o disposición final realizado.		
3. Entregar copia del formato RH1 con la clasificación mensual de los residuos hospitalarios generados.	El contratista aporta la evidencia del proceso	Certificación del prestador del servicio

2.1 Cumplimiento de obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

CRITERIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	REQUISITO LEGAL ASOCIADO	SOPORTE/EVIDENCIA	ACTIVIDADES REALIZADAS
Relación del personal que ingresa a las instalaciones con su respectivo pago de seguridad social, certificados de afiliación a EPS, AFP y ARL. Nota: Aplicable únicamente cuando se requiere ingreso de personal externo a la entidad	Decreto 1072 de 2015 Resolución 0312 de 2019.	Relación del personal que ingresa a las instalaciones con su respectivo pago de seguridad social, certificados de afiliación a EPS, AFP y ARL. Nota: Aplicable únicamente cuando se requiere	El contratista aporta la certificación de pago a través de la planilla N° 7977866825 de julio de 2025

para el cumplimiento de contrato		ingreso de personal externo a la entidad	

CRITERIOS TÉCNICO AMBIENTAL Y/O ENERGÉTICO	REQUISITO LEGAL ASOCIADO	SOPORTE/EVIDENCIA	ACTIVIDADES REALIZADAS
Entregar los certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en la atención prestada al SENA, en un plazo no mayor a los noventa (90) días después de recogidos los residuos, indicando como mínimo: 1. identificación del certificado con consecutivo único 2. fecha de expedición 3. Identificación de la empresa que emite el certificado 4. Identificación del generador 5. Identificación de las autorizaciones ambientales vigentes para el manejo de RESPEL (Licencia Ambiental) 6. Identificación de la persona natural que entrega los residuos 7. Identificación de la empresa transportadora que entrega los RESPEL 8. Fecha de recibo en la instalación y fecha(s) de gestión de los residuos	Decreto 1076 de 2015 - Resolución 1164 de 2002	Certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares.	El contratista ha cumplido de acuerdo con la norma la gestión integral de residuos generados en las jornadas de vacunación programadas a la fecha. Certificación del prestador del servicio

9. Descripción del residuo o subcorriente de RESPEL correspondiente 10. Cantidades recibidas y gestionadas en peso (kg) y tipo(s) 11. Indicar el tipo de aprovechamiento, tratamiento o disposición final realizado			
Entregar copia del formato RH1 con la clasificación mensual de los residuos hospitalarios generados	Resolución 1164 de 2002	Copia del formato RH1	Aporta el formato

3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

FECHA DEL INFORME	NRO. DE FACTURA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
08/07/2025	DM-123534	$170.943.000.00	$170.943.000.00	$114.177.000.00	59.9%

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado** junio de 2025	**Planilla nro.** 7977866825 de julio de 2025

5. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN

No aplica

5.1 Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO	
ASEGURADORA	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
NRO. DE PÓLIZA	496-47–994000021563
CERTIFICADO O ANEXO	0
FECHA EXPEDICIÓN	19/05/2025

FECHA APROBACIÓN	20/05/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Cumplimiento	15/05/2025	30/06/2026	$ 57.024.000,00
Devolución del pago anticipado	N/A	N/A	N/A
Salarios y prestaciones sociales	15/05/2025	30/12/2028	$14.256.000,00
Calidad del servicio	15/05/2025	30/06/2026	$ 57.024.000,00

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
ASEGURADORA	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
NRO. DE PÓLIZA	496-74-994000009085		
CERTIFICADO O DE ANEXO	1		
FECHA EXPEDICIÓN	19/05/2025		
FECHA APROBACIÓN	20/05/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	19/05/2025	30/12/2026	$ 284.700.000,00

5.2 Multas y sanciones

A la fecha de presentación del presente informe, se certifica como supervisor del contrato, que no se han presentado multas, indemnizaciones, reintegros ni sanciones.

5.3 Solicitud de modificación

No aplica

6. CERTIFICACIÓN

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor, previa revisión de los documentos en la plataforma SECOP II, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. Con base en lo anterior, autorizo el pago conforme lo pactado contractualmente.

7. OBSERVACIONES

Se adjuntan las evidencias del cumplimiento de las obligaciones por parte del contratista.

SUPLIMED HOSPITALARIO SAS - NIT 811.031.144-7

MEDELLIN
Calle 16A Sur # 48-29 local 102
Santa Maria De Los Angeles
(57-4)4144930 - 3117336033
direccion-medellin@suplimed.com.co

BOGOTA
CR 63 # 100-27
BARRIO LOS ANDES
(57-1)7027235 - 3134339766
gerencia-bogota@suplimed.com.co

RIONEGRO
CL 38 # 54A-353 CONS. 302
CLINICA SOMER
(57-4)5619645 - 3205019324
suplimed.rionegro@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.
DM-123534

SEÑORES
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Nit:899999034-1
CONTACTO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
DIRECCION: CALLE 51 # 57-70 PISO 9 TORRE SUR
TELEFONO: 5760000
CIUDAD: BOGOTA D.C.-BOGOTA, D.C.

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	VENCIMIENTO
01-07-2025 14:53:56 (DIA MES AÑO HORA)	01-07-2025 19:55:54 (DIA MES AÑO HORA)	01-07-2025 (DIA MES AÑO)

FORMA DE PAGO: CONTADO
REMISION: 000000000
PEDIDO: 000000548
CENTRO DE COSTO: 99

REFERIDO: VACUNACION CONVENIOS
DETALLE: #$36-02-00-005-940110;7879333;jhvelasquez@sena.edu.co#$
DIRECCION ENTREGA:
TRANSPORTADOR: PACIENTES ATENDIDOS MAYO-JUNIO
ZONA:

#	REFERENCIA	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	CANT.	UNID.	IVA	VALOR TOTAL
1	DEL001	ANTITETANICA (Toxoide Tetanico) CUM: 20046007 REG.INVIMA 2020MB-0014543-R1	18,000.00	123.0	UND	0% 0.00	2,214,000.00
2	MSD011	VARIVAX (Varicela) CUM:20087287-01 REG INVIMA: 2016M-0017504.	140,000.00	713.0	UND	0% 0.00	99,820,000.00
3	NPS001	ELOVAC-B (Hepatitis B) IUM 1H1027911004100	35,000.00	536.0		0% 0.00	18,760,000.00
4	DEL003	VA-HEPATITIS B (Hepatitis B) INVIMA 2021M-0020327 CUM 1H102791100210	35,000.00	348.0	UND	0% 0.00	12,180,000.00
5	ABB001	INFLUVAC TETRA (Influenza Tetravalente Cepa2025) CUM 20146427 REG INV: 2020MB-0000008	43,000.00	883.0	UND	0% 0.00	37,969,000.00

CUFE:95d89a0b4d8f8ef822411ee97af91ba2165afc609829aad5c3fd6c43140538c097471b432f741574638158e6b40526a0

OBSERVACIONES:

Aplicar Retención Sobre Compras 2.5%
Visitanos en : WWW.SUPLIMED.COM.CO

Acepto la Factura_____

ITEMS	5
SUBTOTAL	$170,943,000.00
DESCUENTO	$0.00
SUBTOTAL-DCTO	$170,943,000.00
I.V.A	$0.00
TOTAL	$170,943,000.00
RTE.FTE	$0.00
RTE.IVA	$0.00
RTE.ICA	$0.00
NETO	$170,943,000.00

SON: CIENTO SETENTA MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

MEGACTIVO

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: megactivo
Número resolución: 18764063854456.
Rango autorizado desde: DM 122609 hasta: DM 140000. Vigencia desde: 2024-01-17 hasta: 2026-01-17
Responsabilidad fiscal: - No responsable -
Régimen fiscal: - Responsable impuesto sobre las ventas I.V.A.
Factura electrónica de venta creada por megactivo.com
Sujeto a condiciones y restricciones
FACTURA No.:DM 123534. Página 1 de 1

e-Factura cadena s.a.
Nit. 890.930.534-0

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHsimolina	SANDRA INES MOLINA GOMEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-005-940110	CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD-ANTIOQUIA
Fecha y Hora Sistema:	16/05/2025 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 5125 de fecha 2025-01-17. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	52525	**Fecha Registro:**	2025-05-16	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-005-940110 CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD-ANTIOQUIA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	285.120.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	285.120.000,00	**Saldo x Obligar:**	285.120.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	811031144	**Razón Social:**	SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	42072914392	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	43532945	**Nombre:**	Nora Luz Salazar Marulanda	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - ANTIOQUIA

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	C01.PCCNTR.7879333 DE 2025	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-05-16

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
940110 CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - ANTIOQUIA	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF		285.120.000,00	0,00		
					Total:	285.120.000,00	0,00	285.120.000,00	285.120.000,00

Objeto:	PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LA NECESIDAD PARA LOS APRENDICES DEL ÁREA ASISTENCIAL Y DEMÁS ÁREAS QUE REQUIERAN REALIZAR PRÁCTICAS EN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y DEMÁS CAMPOS DE PRACTICA ADSCRITOS AL CENTRO DE SERVICIOS DE S

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960966499

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

PÓLIZA No:496 - 47 - 994000021563 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD.AGENCIA: 496 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
19	5	2025	19	5	2025

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S IDENTIFICACIÓN: NIT 811.031.144-7

DIRECCIÓN: CALLE 33 #74 E - 114 116 CIUDAD: MEDELLÍN, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6139651

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: . SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - REGIONAL ANTIOQUIA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

BENEFICIARIO: . SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - REGIONAL ANTIOQUIA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1

AMPAROS

Giro de Negocio: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Descripción Amparos Contrato	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Suma Asegurada
CUMPLIMIENTO	15/05/2025	30/06/2026	57,024,000
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	15/05/2025	30/12/2028	14,256,000
CALIDAD DEL SERVICIO (CONTRACTUAL)	15/05/2025	30/06/2026	57,024,000

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - REGIONAL ANTIOQUIA, .

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.7879333 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON 5 9401 832 PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LA NECESIDAD PARA LOS APRENDICES DEL ÁREA ASISTENCIAL Y DEMÁS ÁREAS QUE REQUIERAN REALIZAR PRÁCTICAS EN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y DEMÁS CAMPOS DE PRACTICA ADSCRITOS AL CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SENA REGIONAL ANTIOQUIA... CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA POR DISPOSICIÓN DEL ARTIULO

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA	TOTAL A PAGAR:
$*** 128,304,000.00	$*** 720,689.63	$*** 11,000.00	$*** 139,021.03	$*** 870,711.00

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
FEDERICO GUILLERMO CARTAGENA	10172	100.00			

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAISES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2,012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA, EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLITICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES, Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, le invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000000496096499

FIRMA TOMADOR

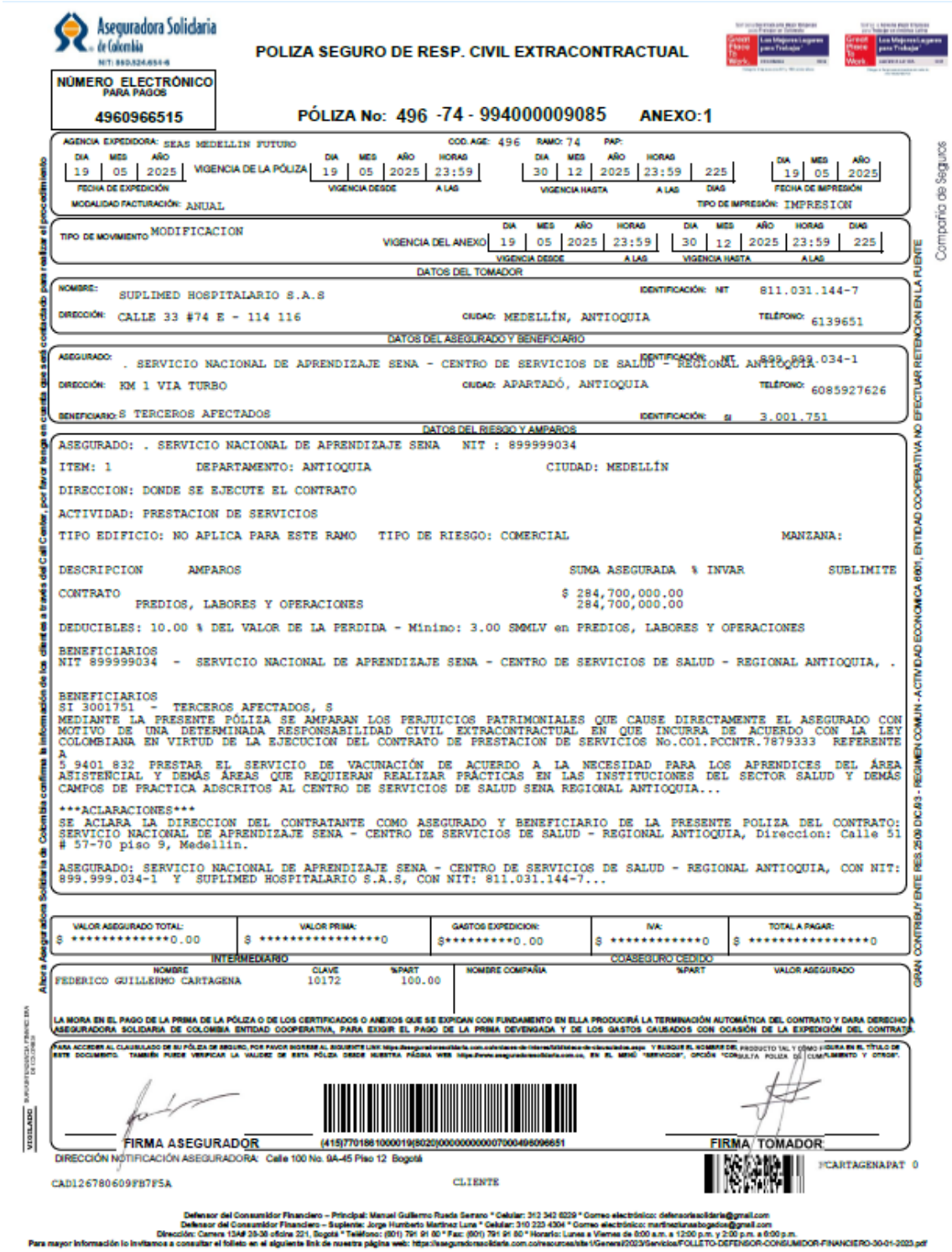
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Ruede * **Dirección:** Carrera 13 A # 29-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 791 9180 Fax: (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoria@solidaria.com.co
Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través de Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2599 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE



Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4960966515

PÓLIZA No: 496 -74 - 994000009085 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD.AGE: 496 RAMO: 74 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
19 / 05 / 2025		19 / 05 / 2025	23:59	30 / 12 / 2025	23:59	225	19 / 05 / 2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	A LAS	DIAS
	19 / 05 / 2025	23:59	30 / 12 / 2025	23:59	225

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S IDENTIFICACIÓN: NIT 811.031.144-7
DIRECCIÓN: CALLE 33 #74 E - 114 116 CIUDAD: MEDELLÍN, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6139651

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: . SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - REGIONAL ANTIOQUIA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.034-1
DIRECCIÓN: KM 1 VIA TURBO CIUDAD: APARTADÓ, ANTIOQUIA TELÉFONO: 6085927626
BENEFICIARIO: S TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: SI 3.001.751

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: . SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA NIT : 899999034

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: MEDELLÍN

DIRECCION: DONDE SE EJECUTE EL CONTRATO

ACTIVIDAD: PRESTACION DE SERVICIOS

TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO TIPO DE RIESGO: COMERCIAL MANZANA:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		$ 284,700,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	284,700,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 3.00 SMMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - REGIONAL ANTIOQUIA, .

BENEFICIARIOS
SI 3001751 - TERCEROS AFECTADOS, S
MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.7879333 REFERENTE A
5 9401 832 PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LA NECESIDAD PARA LOS APRENDICES DEL ÁREA ASISTENCIAL Y DEMÁS ÁREAS QUE REQUIERAN REALIZAR PRÁCTICAS EN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y DEMÁS CAMPOS DE PRACTICA ADSCRITOS AL CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD SENA REGIONAL ANTIOQUIA...

ACLARACIONES
SE ACLARA LA DIRECCION DEL CONTRATANTE COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO DE LA PRESENTE POLIZA DEL CONTRATO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - REGIONAL ANTIOQUIA, Direccion: Calle 51 # 57-70 piso 9, Medellin.

ASEGURADO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - REGIONAL ANTIOQUIA, CON NIT: 899.999.034-1 Y SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S, CON NIT: 811.031.144-7...

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ **********0.00	$ **********0	$*********0.00	$ **********0	$ **********0

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
FEDERICO GUILLERMO CARTAGENA	10172	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK: https://segurosdeautosolidaria.com.co/centro-de-interes/bibliotecas-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

(415)7701861000019(8020)000000000070004960966515

FIRMA ASEGURADOR FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CAD126780609FB7F5A CLIENTE PCARTAGENAPAT 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensorasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martinez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 29-36 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 00 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://segurosdeautosolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de las citas a través del Call Center, por favor luego en cuanto dos sea contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES. 2500 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	X	Pública Clasificada		Pública Reservada	

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL
ETAPA PRECONTRACTUAL
FORMATO CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA Y/O CLAUSULADO ANEXO AL CONTRATO

Medellín.

Señor
ALVARO ANDRÉS SÁNCHEZ QUIROZ
Representante legal
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
NIT. **811.031.144-7**
alvarosanchez@suplimed.com.co
Ciudad.

Asunto: Aceptación de oferta
Referencia: Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía nro. SAMC-ANT-CSS-0001-2025

Cordial saludo, señor Sánchez Quiroz.

De conformidad con lo previsto en el numeral 7 del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, me permito comunicarle la aceptación expresa e incondicional de la oferta presentada por usted, teniendo en cuenta lo establecido en los Estudios previos, la Invitación pública y las condiciones de la oferta presentada y cuyo objeto es *"5_9401_832 prestar el servicio de vacunación de acuerdo a la necesidad para los aprendices del área asistencial y demás áreas que requieran realizar prácticas en las instituciones del sector salud y demás campos de practica adscritos al Centro de Servicios de Salud Sena Regional Antioquia"*.

En ese sentido, es importante aclarar que los referidos documentos, junto con el clausulado que se adjunta a esta comunicación conforman el contrato.

Sin otro particular,

Firmado digitalmente por NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
Fecha: 2025.05.15 15:09:14 -05'00'

NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
SUBDIRECTORA
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD

Elaboró: Alex Hernando Tapias Zuleta-Contratación Bienes y Servicios CSS
VoBo: Ana María Jaramillo Mesa-Jurídica CSS

1

GCCON-F-021 V.03

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	x	Pública Clasificada		Pública Reservada	

PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL
FORMATO ACTA DE INICIO

CONTRATO NRO.	CO1.PCCNTR.7879333 del 15 de mayo de 2025
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios
OBJETO	5_9401_832 prestar el servicio de vacunación de acuerdo a la necesidad para los aprendices del área asistencial y demás áreas que requieran realizar prácticas en las instituciones del sector salud y demás campos de practica adscritos al Centro de Servicios de Salud Sena Regional Antioquia
VALOR DEL CONTRATO	DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE ($ 285.120.000,00)
PLAZO DEL CONTRATO	El término de ejecución del negocio jurídico será de hasta siete (7) meses desde la firma de acta de inicio y aprobación de garantías, sin que exceda el 23 de diciembre de 2025.
LUGAR DE EJECUCIÓN	El lugar del cumplimiento del contrato se realizará en el Complejo Central del SENA Regional Antioquia: Calle 51 N° 57 – 70 Medellín y en los demás municipios de Antioquia requeridos por el servicio y notificados por el SUPERVISOR DEL CONTRATO. (Medellín, Ituango (Corregimiento Santa Rita), Nuquí, Turbo (Corregimiento Nuevo Antioquia), Girardota, Jardín y Bello)
CONTRATISTA	SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.
CC o NIT	811.031.144-7
REPRESENTANTE LEGAL	Álvaro Andrés Sánchez Quiroz
SUPERVISOR DESIGNADO	Jairo Hernan Velasquez Molina jhvelasquez@sena.edu.co
APOYO TÉCNICO	Laura Mercedes Lopez Correa lmlopezc@sena.edu.co
APOYO TÉCNICO SST	Johana Alejandra Salcedo Restrepo jasalcedor@sena.edu.co
APOYO TÉCNICO AMBIENTAL	Natasha Valentina Ruiz Solarte nvruiz@sena.edu.co

En la ciudad de Medellín el 20 de mayo de 2025, entre los suscritos Jairo Hernan Velasquez Molina, identificado con cedula de ciudadanía nro. 98.496.536, en calidad de supervisor, designado mediante radicado 05-9-2025-021332 por la subdirectora Nora Luz Salazar Marulanda y, de otra parte, Álvaro Andrés Sánchez Quiroz, identificado con cedula de ciudadanía nro. 71.724.965 de Medellín-Antioquia en calidad

de representante legal de SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S., identificada con NIT. 811.031.144-7, hemos convenido suscribir el acta de inicio del contrato de la referencia, de conformidad con los términos que anteceden y los siguientes:

Número y fecha del registro presupuestal	52525 del 16 de mayo de 2025
Fecha de aprobación de las garantías	20 de mayo de 2025
Fecha de inicio	20 de mayo de 2025
Fecha de terminación	23 de diciembre de 2025

Se deja constancia de la verificación de los documentos o requisitos establecidos en el contrato para iniciar la ejecución.

JAIRO HERNAN VELASQUEZ MOLINA
Supervisor del Contrato CO1.PCCNTR.7879333

ÁLVARO ANDRÉS SÁNCHEZ QUIROZ
NIT. 811.031.144-7
Representante Legal
alvarosanchez@suplimed.com.co

Firmado digitalmente por NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
Fecha: 2025.05.20 16:40:15 -05'00'

NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
Subdirectora Centro de Formación de Servicios de Salud Regional Antioquia

Elaboró: Alex Hernando Tapias Zuleta - Contratación Bienes y Servicios-CSS
VoBo: Ana María Jaramillo Mesa- Jurídica CSS

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHsimolina	SANDRA INES MOLINA GOMEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-005-940110	CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD-ANTIOQUIA
Fecha y Hora Sistema:	2025-03-28-1:56 p. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	5125	**Fecha Registro:**	2025-01-17	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	36-02-00-005-940110 CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD-ANTIOQUIA						
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo:**	Gasto		**Uso Caja Menor**	Ninguno		
Valor Inicial:	344.275.000,00	**Valor Total Operaciones:**		-2.251.325,00	**Valor Actual.:**	342.023.675,00	**Saldo x Comprometer:**	342.023.675,00	**Vr. Bloqueado**	0,00	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	5125	**Fecha Registro:**	2025-01-17	**Número:**		**Modalidad de contratación:**		**Tipo de contrato:**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
940110 CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - ANTIOQUIA	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF	2025-03-28	344.275.000,00	-2.251.325,00			
					Total:	344.275.000,00	-2.251.325,00	342.023.675,00	342.023.675,00	0,00

Objeto:	SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS: PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION DE ACUERDO A LA NECESIDAD PARA LOS APRENDICES DEL AREA ASISTENCIAL Y DEMAS QUE REQUIERAN REALIZAR PRACTICAS EN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y DEMAS CAMPOS DE PRACTICA.

LILIANA MARIA PEREZ MADRID

Firmado digitalmente por LILIANA MARIA PEREZ MADRID
Fecha: 2025.03.28 16:17:58 -05'00'

Firma Responsable

SupliMed

MPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA

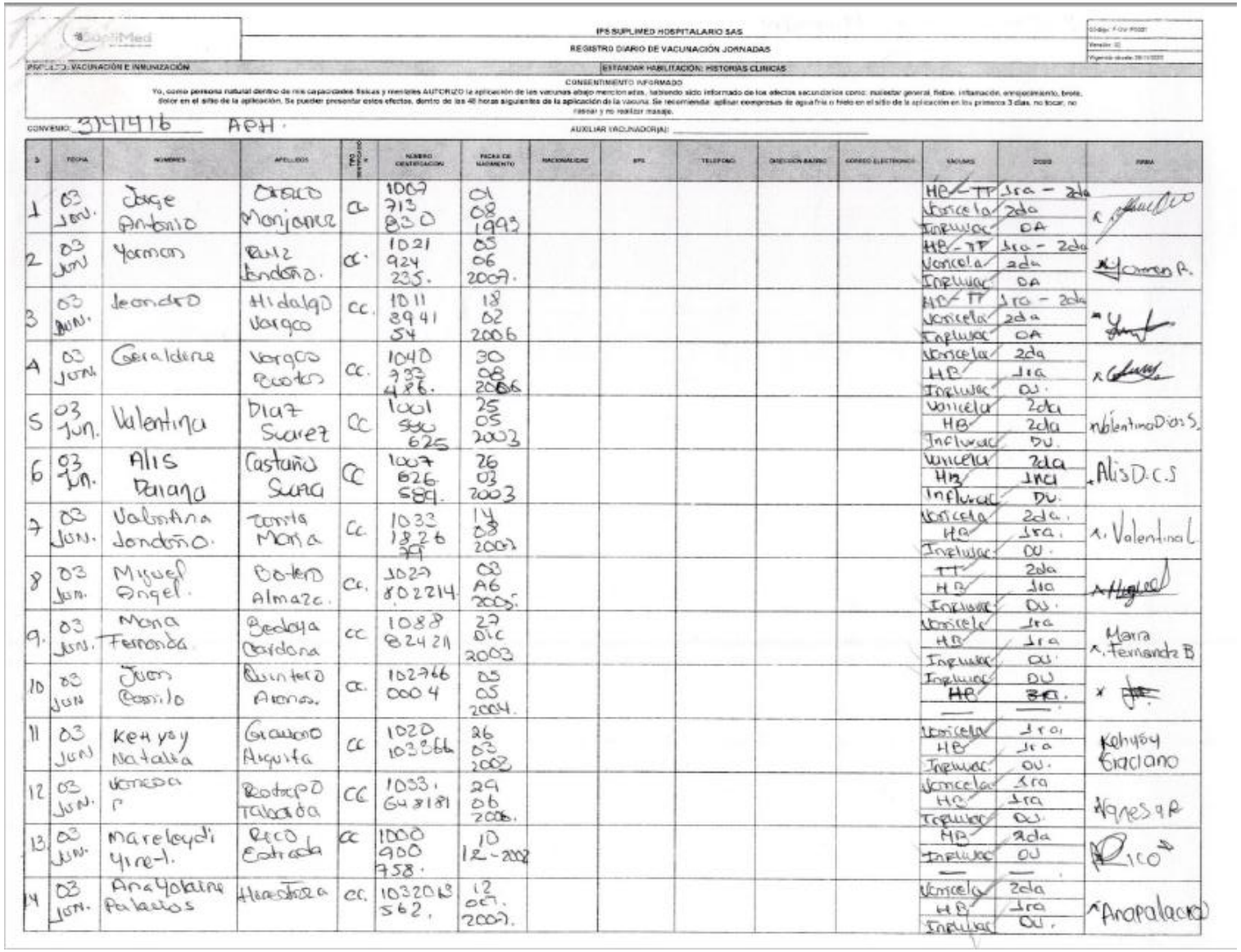
ONTACTO:

DESPACHO DE VACUNAS EXTRAMURALES

LUGAR: SENA CENTRAL (MINORISTA)

FECHA: MARTES 3 JUNIO 2025

BIOLÓGICOS	LOTE	VENCE	DESPACHADOS	APLICADAS	PERDIDAS	DEVOLUCIÓN	OBSERVACIONES
ELOVAC-B	24GHBV017	30/09/2027	100	77	0	23	
VARIVAX	Z002794	1/10/2027	100	36	0	64	
INFLUVAC	K11A	31/12/2025	110	86	0	24	
ANTITETANICA	2208008248	31/07/2027	40	9	0	31	



IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN — ESTÁNDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, irritabilidad, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3141416 APH. AUXILIAR VACUNADORA(I): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN BARRIO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
1	03 JUN.	Jorge Antonio	Cerco Monjarez	CC	1007 713 830	01 08 1993						HB-TT Varicela Influvac	1ra - 2da 2da DA	
2	03 JUN	Yarmen	Ruiz Londoño.	CC.	1021 924 235.	05 06 2007.						HB-TT Varicela Influvac	1ra - 2da 2da DA	Yarmen R.
3	03 JUN.	Leandro	Hidalgo Vargas	CC.	1011 894 154	18 02 2006						HB-TT Varicela Influvac	1ra - 2da 2da DA	
4	03 JUN.	Geraldine	Vargas Ecotes	CC.	1040 733 486.	30 08 2006						Varicela HB Influvac	2da 1ra DU.	
5	03 Jun.	Valentina	Diaz Suarez	CC	1001 590 625	25 05 2003						Varicela HB Influvac	2da 2da DU.	nValentinaDiazS
6	03 Jun.	Alis Daniela	Castaño Suaza	CC	1007 626 584.	26 03 2003						Varicela Hb Influvac	2da 1ra DU.	AlisD.C.S
7	03 JUN.	Valentina Londoño.	Cortes Maria	CC.	1033 1826 79	14 08 2007						Varicela HB Influvac	2da. 1ra. DU.	1. Valentina L
8	03 Jun.	Miguel Angel.	Cortes Almaza.	CC.	1023 802214.	03 AG 2005.						TT HB Influvac	2da 1ra DU.	
9.	03 JUN.	Maria Fernanda	Bedoya Cardona	CC	1088 824 21	27 Dic 2003						Varicela HB Influvac	1ra 1ra DU.	Maria 1. Fernanda B
10	03 JUN	Juan Castillo	Quintero Arenas.	CC.	102766 0004	05 05 2004.						Influvac HB	DU 1ra.	x
11	03 JUN	Kehyey Natalia	Graciano Angulo	CC	1020 103966	26 03 2002						Varicela HB Influvac	1ra. 1ra DU.	Kehyey Graciano
12	03 JUN.	Vanessa P	Restrepo Taborda	CC	1033. 643181	29 06 2006.						Varicela HB Influvac	1ra 1ra DU.	Nanes 9 R
13	03 JUN.	Mareleydi Yiret.	Rico Estrada	CC	1000 900 958.	10 12-2002						HB Influvac	2da DU	Rico
14	03 JUN.	Anayolaine Palacios	Herrera	CC.	1032083 562.	12 oct. 2007.						Varicela HB Influvac	2da 1ra DU.	Anapalacios

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

ESTRATEGIA VACUNACION INTRAMURAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas según información de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, escalofríos, dolor, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. No reconozco, ejercer compulsa de ajustes a nada en el sitio de la aplicación en las primeras 3 días, no todos los casos y no realizar cuidado.

AUXILIAR VACUNADOR(A) _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	ASEGURADORA	EPS	TELEFONO	ENFERMEDAD BASE	CORREO ELECTRONICO	SEXO	EDAD	FIRMA
1	15/08/2021	Jhon Marcela	Flores Hernandez	CC	1006191286	19 Jun 2001						HO	31a	
2	16/08/2021	Jhon	Guzman	CC	1006661843	08 DIC 2006						HO	31a	

APH

IPS SUFUNEO HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION JORNADAS

ESTANDAR HABILITACION: HISTORIAS CLINICAS

PROCESO: VACUNACION E INMUNIZACION

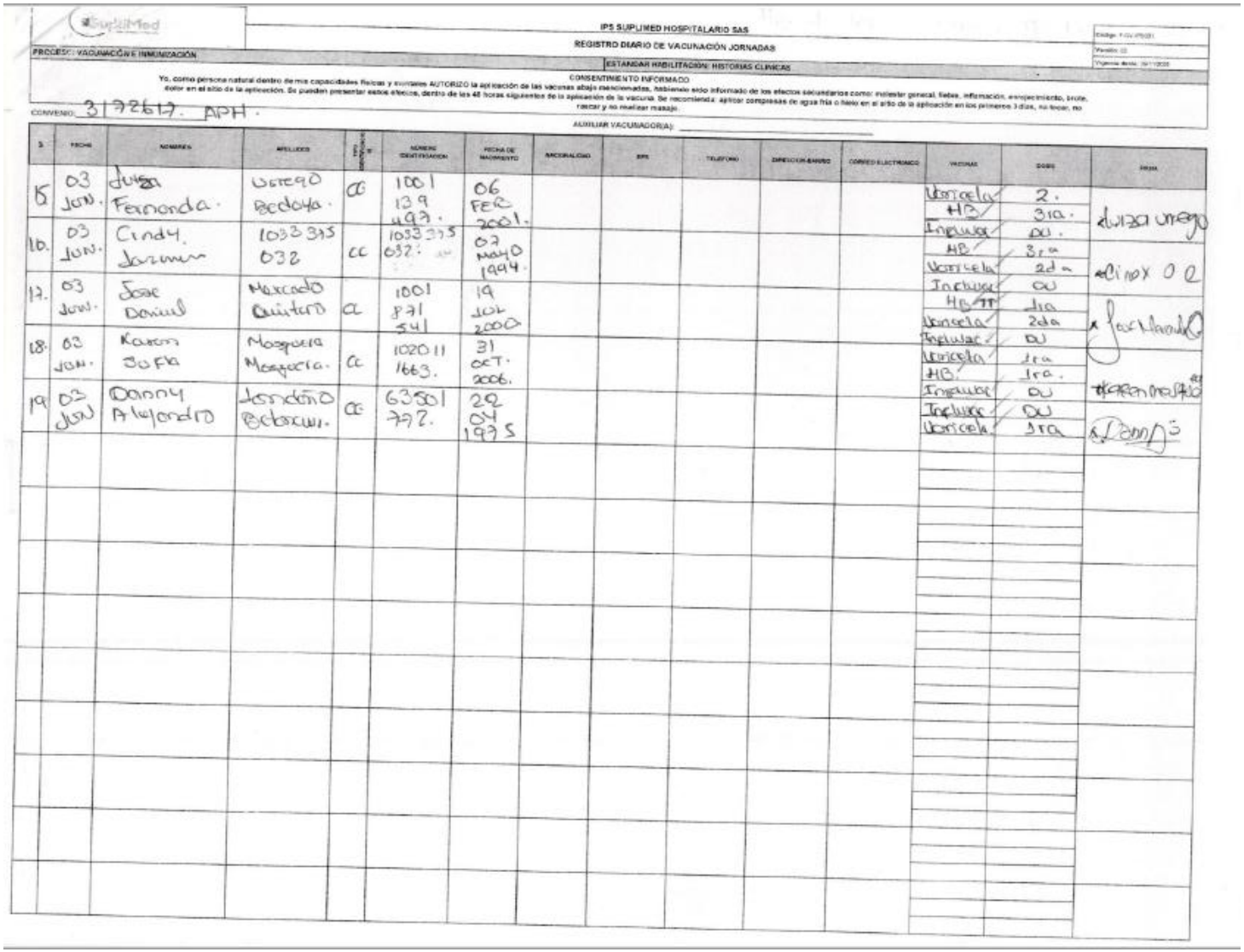
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como paciente mayor de edad o representante legal de menor de edad, autorizo la aplicación de las vacunas contra el COVID-19 que me han explicado. Entiendo que he recibido información clara sobre los efectos secundarios comunes, incluyendo dolor en el sitio de aplicación, fiebre, cansancio y dolor de cabeza. Se me ha informado que estos efectos suelen ser leves y desaparecer en pocos días. Comprendo que debo permanecer en observación durante 15 minutos después de la vacunación y que, en caso de presentar reacciones graves, debo buscar atención médica inmediata. Entiendo que la vacunación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la aplicación de la vacuna. Se me ha explicado que no existe ninguna contraindicación conocida para mi caso y que he informado sobre mi historial médico y cualquier condición preexistente relevante. Acepto que mis datos personales y de salud sean utilizados para fines de seguimiento y estadísticas de salud pública, garantizando su confidencialidad. Declaro que he leído y comprendido este consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que mis dudas han sido resueltas satisfactoriamente. Por lo tanto, doy mi consentimiento libre y voluntario para la vacunación.

CONVENIO: Bizcolz ADH

ASESUAM VACUNADORA:

1	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION RESIDENCIA	CORREO ELECTRONICO	PROFESION	CARGO	FIRMA
1	03 Jun 06	Daisy Juliet.	Blanco	CC 1021802020	12 nov 2003.						Ingeniera HQ	Jefe DU.	Daisy
2	03 06	Ana Cristina	Rondón Zapata	CC 1128468406.	11 dic 1994.						Ingeniera Vacunadora	Jefe DU.	Ana C. Ruiz
3	03 06.	Nicol Bruno	Goda	TI 1028869220.	06 oct 2003.						Vacunadora HQ	Jefe DU.	Nicol R.G
4	03 06.	Juan Esteban	Barbero Bonilla	CC 1000524982	24 ENE 2002						Ingeniera HQ	Jefe DU.	Juan Esteban B
5	03 06.	Nora Jose	Mesa Castro	TI 1020115549	12 ENE 2008.						Vacunadora Ingeniera HQ	Jefe DU.	Alma Jose M
6	03 06.	Manuela	Zapata Gonzalez.	TI 1021842642.	28 NOV 2007.						Vacunadora Ingeniera HQ	Jefe DU.	Manuela Z.
7	03 06	Yeraldin	Castrillón Velez.	TI 1021858191	13 06 2008.						Vacunadora Ingeniera HQ	Jefe DU.	Yeraldin C.
8	03 06.	Valentina	Restrepo Londoño.	CC 1000886396.	02 05 2003						Ingeniera Vacunadora	Jefe DU.	Valentina R
9	03 06.	Santiago	Velasquez Franco.	TI 1013461153.	15-NOV 2007.						HQ - IT Ingeniero Vacunador	Jefe DU.	Santiago
10	03 06.	Alexander	Delgado Gonzalez.	CC 1020450220.	10 01 1990.						Vacunadora HQ	Jefe DU.	Alexander
11	03 06.	Hilary Sinean	Cuervo Florez	CC 1025889545.	24 09 2006						Vacunadora Ingeniera	Jefe DU.	
12	03 06	Alejandra P	Aguudelo Gomez	TI 1028886269	04 NOV 2007.						Vacunadora HQ	Jefe DU.	Alejandra Aguudelo
13	03 06.	Manuela G	Estrada Arroyo.	CC 1035933809.	12 2005						Ingeniera Vacunadora HQ	Jefe DU.	Manuela G.
14.	03 06.	Andrea	Diaz Maldonado	CC 1125858151.	03 Jun 1994.						Ingeniera Vacunadora HQ	Jefe DU.	Andrea Diaz



IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTANDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no lavar, no rascar y no masajear masaje.

CONVENIO: 3172617. APH.

AUXILIAR VACUNADORA(): _____

3	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION-BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	03 JUN.	Luisa Fernanda.	Ustes Bedoya.	CC	1001 139 497.	06 FEB 2001.						Varicela / HB / Influvac / HB / Varicela / Influvac / HB / Varicela / Influvac / Influvac / Varicela	2. / 3ra. / DU. / 3ra / 2da / DU / 1ra / 1ra. / DU / DU / 1ra	Luisa urrego
16.	03 JUN.	Cindy. Jazmin	1033375 032	CC	1033375 032.	07 MAYO 1994.								
17.	03 JUN.	Jose Daniel	Mercado Quintero	CC	1001 871 541	19 JUL 2000								
18.	03 JUN.	Karen Sofia	Mosquera Mosquera.	CC	102011 1663.	31 OCT. 2006.								
19	03 JUN	Danny Alejandro	Londoño Betancur.	CC	63501 797.	29 OCT 1975								

IPS SUPLIRED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

PROGRAMA: VACUNACIÓN P. INFLUENZA

ESTRATEGIA: INTRAMURAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas según corresponda. Igualmente estoy informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, hasta dolor en el sitio de la aplicación. En pocas palabras estos efectos cesan a las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. De inconformidad, aplicar compresas de agua fría o tibia en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no

CONTENIDO: 3208193. ADM SALUD.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

AUXILIAR VACUNACIONAL

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN BARRIO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNA	DOSIS	FIRMA
1.	03 JUN.	Paula Andrea	Valencia V.	CC	104114 7364	31 08 06.						HB Influenza	3ro DU.	Paula Valencia
2.	03 JUN.	Maria Camila	Lopez Ruiz	CC	1000 883 3569.	11 MAR 2008.						HB Influenza	3ro DU.	Maria Lopez
3.	03 JUN.	Maria Paula.	Saldarriaga Gonzalez.	CC	1000 644 484.	12 01 2002.						HB Influenza	DU 3ro	Maria Saldarriaga
4.	03 JUN.	Ana Lena	Velasquez R	CC	10338 56232.	04 FEB 2008						HB Influenza	2do DU.	Ana Velasquez
5.	03 JUN.	Maria Jose.	Lozano Alvarez.	CC	1066 221 509.	14 OCT. 2002						HB Influenza	3ro DU.	Maria Lozano
6.	03 JUN.	Tatiana	Moreno Garcia.	CC	1000 900 324.	05 OCT 2001						HB Influenza	3ro DU.	Tatiana Moreno
7.	03 JUN.	Karen	Zuleta Mena	CC	1036 639 248.	11 DIC 1997						HB Influenza	3ro DU.	Karen Mena
8.	03 JUN.	Valery Shoana.	Martinez Ramirez	CC	1106 946 150.	28 AGO 2006.						HB Influenza	3ro DU.	
9.	03 JUN.	Nana Fernanda	Arbelaez A.	CC	1000 654 355.	07 05 2008						HB Influenza	3ro DU.	Maria Arbelaez
10.	03 JUN.	Yeraly Dalbane.	Becerra Mejia.	CC	1128000 053.	18 JUN 2006.						HB Influenza	3ro DU.	Yeraly S. Becerra M
11.	03 JUN.	Yira Buriaca	Monsalve A.	CC	32183 192.	01 JUN 1982.						HB Influenza	3ro DU.	Yira B. Monsalve
12.	03 JUN.	Carol Vanessa.	Taborda Maldonado	CC	1022 145 453.	26 05 2006.						HB Influenza	3ro DU.	
13.	03 JUN.	Valentina	Arcila Valencia.	CC	1036 682 533.	26 NOV 1998.						HB Influenza	3ro DU.	Valentina Arcila
14.	03 JUN.	Kaherin Dahana	Salazar Duque	CC	1020 429 140	05 DIC 1998.						HB Influenza	2do DU.	Kaherin Salazar

IPS SUFUMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

JORNADAS INMUNIZACIÓN, HISTORIAS CLÍNICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona natural dentro de mis capacidades mentales y mayor de edad AUTORIZO la aplicación de las vacunas dadas mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, fatiga, dolor en el sitio de aplicación. Sé que estos síntomas serán efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación en los presentes 3 días, no tomar, no cocinar y no realizar trabajo.

CONVENIO: 30681332 ADN SALUD

AUXILIAR VACUNADOR(A): _____

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	MATERNIDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCIÓN/BARRIO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNAS	DOSIS	FIRMA
15	03 JUN.	Mariana.	Ulloa Vargas	CC.	1029 850061.	03 JUN 2004.						HB Inactivada	3ra. DU	Mariana Ulloa
16	03 JUN.	Jhoany Natalia	Clemente	CC	1026 512 388.	07 DIC 2005.						HB Inactivada	3ra. DU	
17	02 JUN.	Andrea Yatich.	Arango	CC	1040 392 (7)	18 NOV 2005.						HB Inactivada	3ra DU	Andrea
18	02 JUN.	Nicolle Valeria	Mira	CC	1023 592 932.	30 DIC 2006						HB Inactivada	3ra DU	Nicolle M
19	02 JUN.	Stephanie Paola	Martinez	CC	1003 2 43218.	19 MAY 2001.						HB Inactivada	3ra DU	Stephanie
20	03 JUN.	Carolina	Tamayo	CC	1019 23 52 79.	03 NOV 1999						HB Inactivada	3ra DU	Carolina
21	03 JUN.	Kelly Johana	Pena Trujillo.	CC	1023 94 6689.	26 01 2006						HB Inactivada	3ra DU.	Johana Pedreño
22	03 JUN.	Rafaela Andrea.	Naranjo	CC	1041 934 359.	29 EN 2005.						HB Inactivada	3ra DU.	
23	03 JUN.	Fancy Daniela	Flores Mesillo	CC.	1003 888 92	28 NOV 2002.						HB Inactivada	2da DU.	Natalia M.
24	03 JUN.	NATALIA ANDREA	CASTRO CARVAJAL	CC	10 133 40945	28 AB 2006						HB Inactivada	2da DU.	Fancy

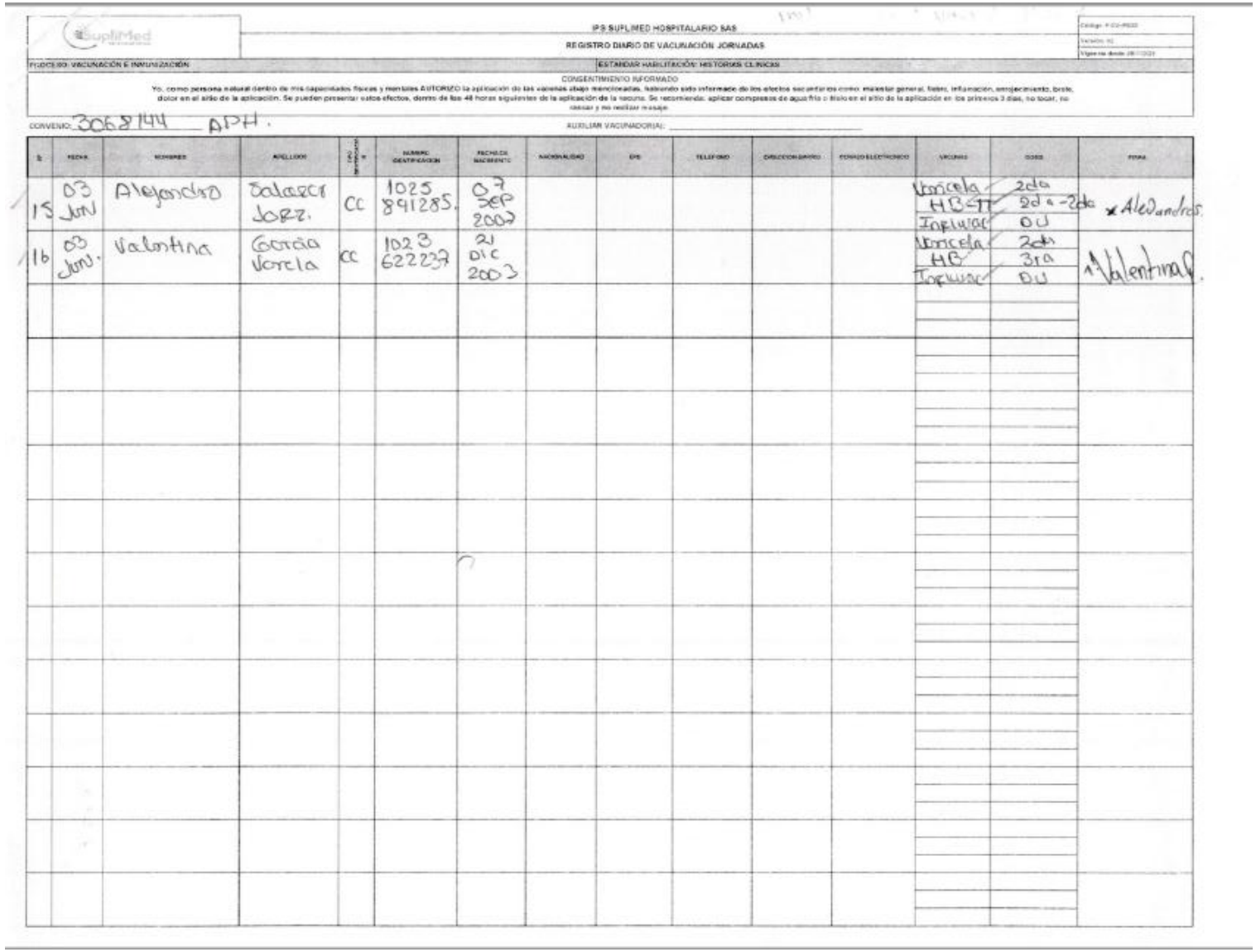
IPS SUFLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN «COVID19»

ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN: INTRAMURAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Yo, como persona mayor de edad, dentro de mis capacidades mentales y mediante AUTORIZO la aplicación de las vacunas contra el COVID-19 que se encuentran disponibles en el país, de acuerdo con el esquema establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Declaro que he sido informado de los efectos secundarios comunes asociados a la aplicación de la vacuna. De manera específica, conozco que algunas personas pueden presentar dolor en el sitio de la aplicación, fiebre, cefalea, dolor muscular, escalofríos, fatiga, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida del apetito, dolor abdominal, erupción cutánea, dolor en el sitio de la aplicación, inflamación, enrojecimiento, entre otros. Sé que estos síntomas son leves y transitorios y que pueden ser tratados con medicamentos comunes como acetaminofén o ibuprofeno. Entiendo que algunas personas pueden presentar reacciones alérgicas graves, pero son muy raras. Sé que puedo acudir a un centro médico si presento síntomas graves o efectos adversos no descritos en este documento. Sé que puedo presentar síntomas como dolor en el sitio de la aplicación, fiebre, malestar general, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida del apetito, dolor abdominal, erupción cutánea, inflamación en el sitio de la aplicación, entre otros.



IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

Código: F-031-PR03
Versión: 01
Vigente desde: 28/11/2023

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTÁNDAR HABILITACIÓN: HISTORIAS CLÍNICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como persona mayor de mis capacidades físicas y mentales AUTORIZO la aplicación de las vacunas abajo mencionadas, habiendo sido informado de los efectos secundarios como: malestar general, fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación. Se pueden presentar estos efectos, dentro de las 48 horas siguientes de la aplicación de la vacuna. Se recomienda: aplicar compresas de agua fría o tibia en el sitio de la aplicación en los primeros 3 días, no tocar, no rascar y no realizar masaje.

CONVENIO: 3068144 APH.

AUXILIAR VACUNADORA(A): _____

Nº	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Nº	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EPS	TELÉFONO	DIRECCIÓN BARRIO	CORREO ELECTRÓNICO	VACUNA	DOSIS	FIRMA
15	03 Jun	Alejandro	Salazar Jorge.	CC		1025 891285.	07 SEP 2007						Varicela HB Tdpviral	2da 2da a -2da DU	x Alejandro.
16	03 Jun.	Valentina	García Varela	CC		1023 622237	21 DIC 2003						Varicela HB Tdpviral	2da 3ra DU	Valentina.

PROCESO VACUNACION E INMUNIZACION

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN - JORNADAS

ESTANDAR HABILITACIÓN: REGISTRAR CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONVENIO: 2023178 - APH.

AUXILIAR VACUNADOR(A):

#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA NACIMIENTO	PROCEDENCIA	EPS	TELEFONO	DIRECCION/BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNA	DOSIS	FIRMA
1	03 Jun	Maria Isabela	Castillon Acevedo	CC	1025 682 894	02 oct 2004						Influvac HQ	DU	Isabela A.
2	03 Jun	Kelly Dayana	Palacios Cuesta	CC	1029 760 096	31 agos. 2006						Influvac HQ	DU 3ra.	
3	03 Jun	Venus Melissa	Botero Londoño	CC	1018 237 303	02 mayo 2003						Influvac HQ	DU 3ra	Venus
4	03 Jun	Mariana	Rojas Avendaño	CC	1025 645 909	14 abril 2006						Influvac HQ	DU 3ra	Mariana R.
5	03 Jun.	Manuel	Ferney Valle	CC	1001 347 978	06 09 2000						Influvac	DU	Manuel Valle C.
6	03 Jun	Jonathan	Castro Velasquez	CC	1128 471 023	03 03 1989						Influvac HQ	DU 3ra.	
7	03 Jun	Isabella	Calle Sanchez	CC	1022 042 530	04 042 2005						Influvac	DU	Isabella C.

IPS SUPLIMED HOSPITALARIO SAS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN JORNADAS

PROCESO: VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

ESTACIONAR INMUNIZACIÓN, HISTORIAS CLINICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONVENIO: 29925475 APH

AUXILIAR VACUNADOR/A:

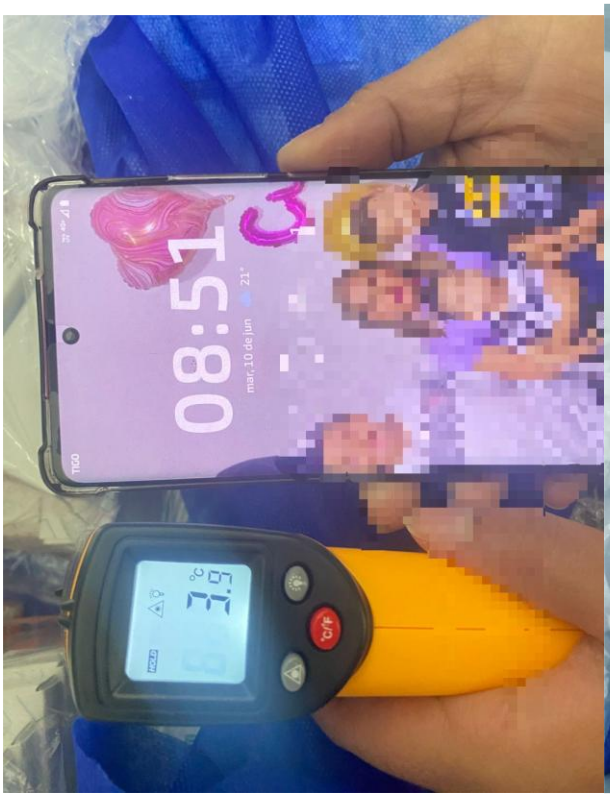
#	FECHA	NOMBRES	APELLIDOS	T.D. IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	EPS	TELEFONO	DIRECCION BARRIO	CORREO ELECTRONICO	VACUNA	DOSIS	FIRMA
1	03 JUN.	Andres Alejandro	Rueda Gonzalez	CC	21328 376.	29 DIC 1978.						Influvac	0U.	
2	03 JUN.	Valentina	Hernandez Cardona	CC	1025 645 095.	15 JUL 2005.						Influvac HB	0U. 2do.	
3	03 JUN.	Mariantes Arcila	Valencia Gomez	CC	1021 922 330	15 DIC 2002						HB Influvac	2do 0U.	
4	03 JUN.	Catalina	Gutierrez Pineda	CC	1000 139429	14 JUN 2004.						HB Influvac	2do 0U.	

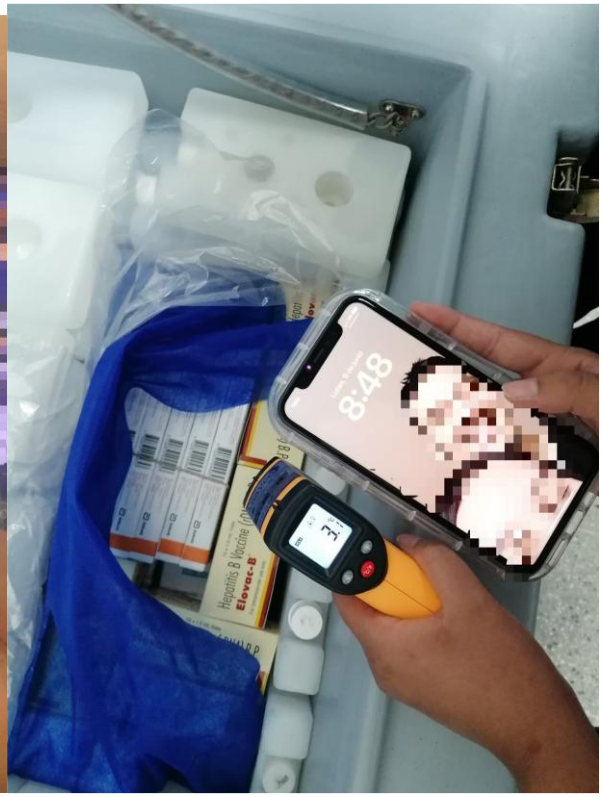





Vitai Medic
STERILE SYRINGE FOR SINGLE USE
GIOSTYLE

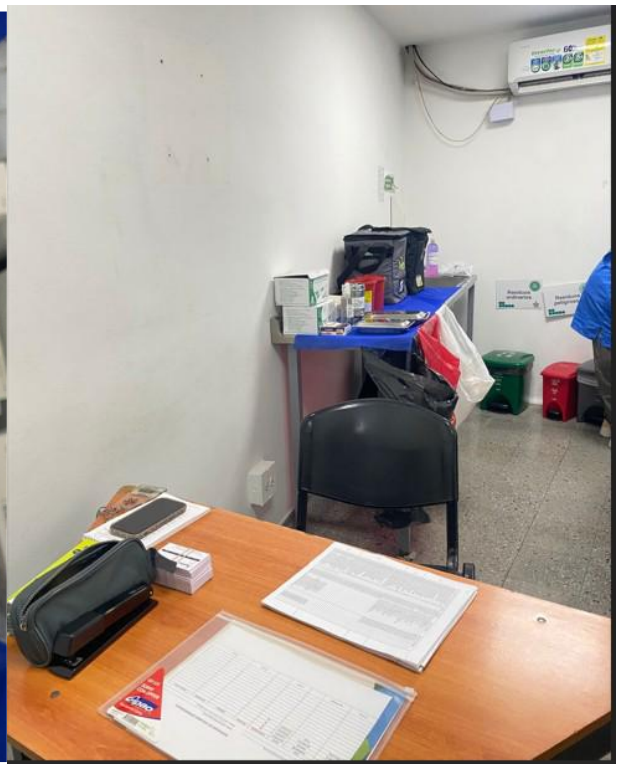

07:53
4.9
41.0


08:51
mar, 10 de jun
21°
7.7
°C


8:48
Hepatitis B Vaccine
Elovac-B

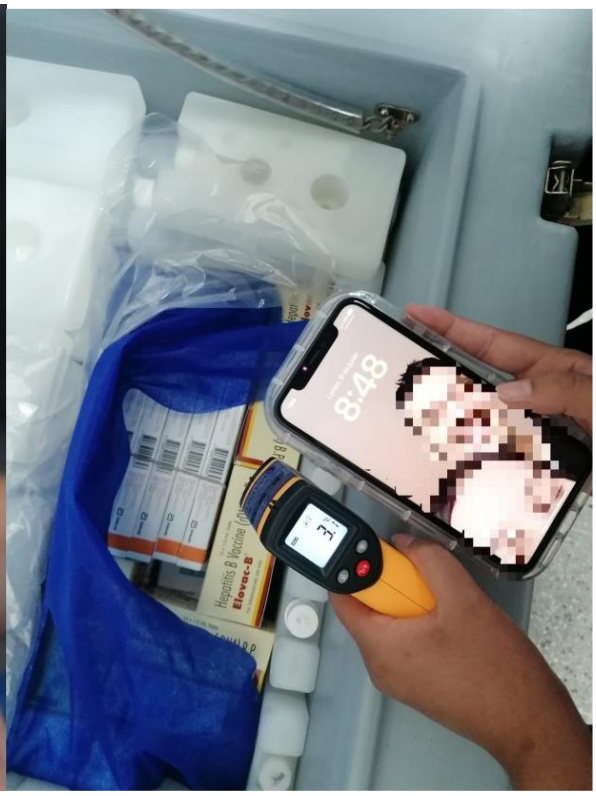



11:05
6.1

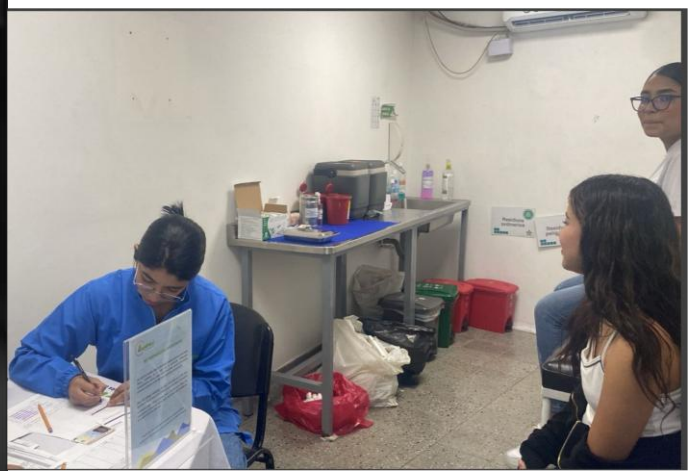


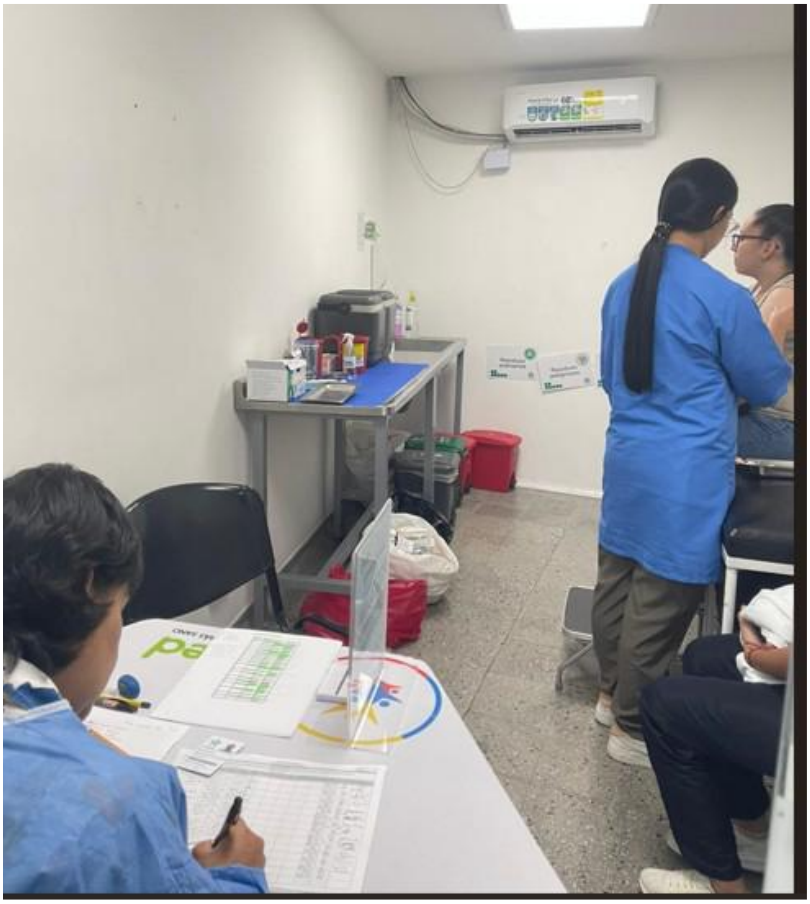

Lunes, 26 de mayo
4:10
3.5


INFLUVAC TETRA TEMPORADA 2025
K11A 01 2025 12 2025


8:48


Human Biologicals Institute



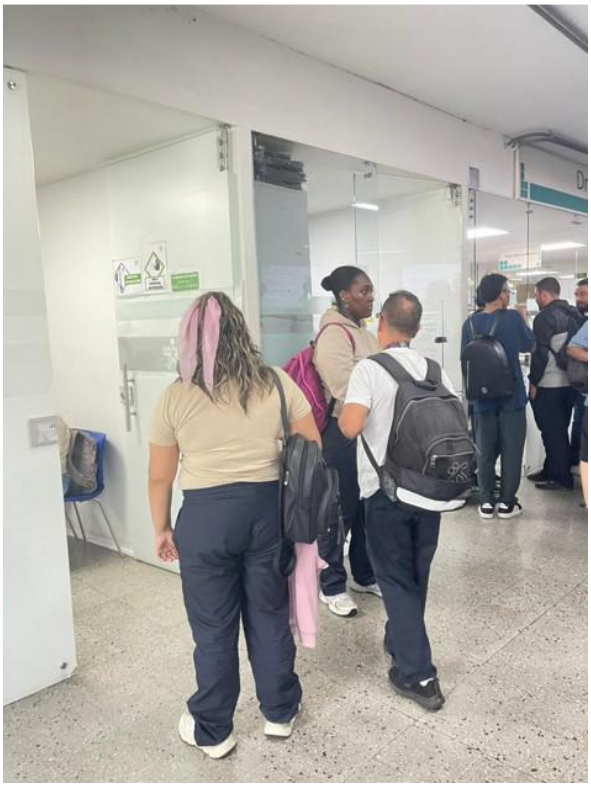



SupliMed
SupliMed









CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Jun de 2025

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	06/05/2025	10:10:22 AM		5.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	06/05/2025	10:10:22 AM		4.80	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	13/05/2025	9:49:25 AM		6.50	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	13/05/2025	9:49:25 AM		7.00	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	20/05/2025	9:10:40 AM		9.00	KGS	MARINA	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO
SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S.	CL 16 A Sur 48 29	20/05/2025	9:10:40 AM		6.50	KGS	MARINA	INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	INCINERACION	Y1.3 / A4020.3	ROJA	RELL SANITARIO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima
Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquía Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43
info@asei.co
www.grupoasei.co

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Jun de 2025

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

RESUMEN ITEM TRATADOS

Item / Residuo	Cantidad
DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	28.50
INCINERACIÓN RES. CORTOPUNZANTES	31.30
Total Entregados	**59.80**

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Jun de 2025

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna**"TRATAMIENTO"**



Director Nacional de Disposición
JHON DEMIS IZQUIERDO PUERTO

• Cundinamarca • Antioquia • Tolima

Diagonal 43 No. 28 - 41 Interior 109 Marandua, Itagüí, antioquía Teléfonos 312 803 9221
Calle 79 No. 18 - 18 Oficina 305 - Bogotá D.C Teléfonos: 317 583 34 97
Calle 57 No. 6 B - 18 Barrio Limonar Ibague, Tolima Teléfonos: 313 207 76 43

info@asei.co
www.grupoasei.co

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 10 de Jun de 2025

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S. NIT. 811.031.144-7**
Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **"TRATAMIENTO"**

CONSIDERACIONES GENERALES

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC ANTIOQUIA, La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900448985-8**, se realiza en concordancia al convenio entre las empresas **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S E.S.P** y **ASEI S.A.S E.S.P** identificada con **NIT 800201648-7** con lo establecido en las Resoluciones, 0793 de 2006, 0625 de 2009, 2313 de 2020 y 2679 diciembre 2020 otorgadas por el AMVA como autoridad ambiental y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC BOGOTA, La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900448985-8**, se realiza en concordancia con lo establecido en la Resolución 4249 de 2019, otorgada por la CAR como autoridad ambiental y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC TOLIMA, La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900.448.985-8**, se realiza en concordancia con lo establecido en la Resolución 7995 de 2022, otorgada por CORTOLIMA como autoridad ambiental para la cesión total de los derechos y obligaciones contenidos en las Resoluciones 783/07 y 1593/10 y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

* * * D E F I N I T I V O * * *

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

0500109432 - SUPLIMED HOSPITALARIO

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	0500109432 - SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S SIGLA SUPLIMED S.A.S.				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:811031144-7			Nombre o razón social:	SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S SIGLA SUPLIMED S.A.S.
Fecha de inscripción:	2006/11/17			Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ			Dirección administrativa:	CALLE 16 A SUR # 48 - 29 LOCAL 101
Telefono:	414 49 30	Fax:	414 49 30	Email:	alvarosanchez@suplimed.com.co
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:	050010943201 - SUPLIMED HOSPITALARIO				
Dirección:	CALLE 16A SUR # 48-29 LOCAL 101			Barrio:	SANTA MARIA DE LOS ANGELES
Telefono:	414 49 30	Fax:	414 4930	Email:	direccion-medellin@suplimed.com.co
Gerente:	ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ			Fecha de Apertura:	2006/11/17
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Código y Nombre Sede:	050010943201 - SUPLIMED HOSPITALARIO				
Dirección:	CALLE 16A SUR # 48-29 LOCAL 101			Barrio:	SANTA MARIA DE LOS ANGELES
Telefono:	414 49 30	Fax:	414 4930	Email:	direccion-medellin@suplimed.com.co
Gerente:	ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ			Fecha de Apertura:	2006/11/17
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	Jul 3 2024 8:34AM			Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	20240701 - 20250630

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA SEDE DEL PRESTADOR

CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO	CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO

Medellín, 3 de Mayo de 2025

PROCESO: SAMC-ANT-CSS-0001-2025

Asunto: CERTIFICACION Manual para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades

El suscrito; **ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ** y en representación de **SUPLIMED HOSPITALARIO SAS**, con **NIT: 811.031.144-7** Certificamos que el documento PL-GV-IPS001 Gestion Integral de Residuos Atención Salud se encuentra implementado en nuestra institución

COMPROMISO INSTITUCIONAL : IPS SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S se compromete a dar cumplimiento a cada una de las obligaciones establecidas para garantizar la gestión integral de los residuos generados.

En pro de mejorar la calidad de operación de la institución y velar por la salud de la población garantizará el mejoramiento de las condiciones ambientales y sanitarias por medio de un adecuado tratamiento y disposición final de todos y cada uno de los residuos generados en la atención en salud en la actividad diaria de la IPS.

Esto se llevará a cabo mediante capacitación constante y pertinente al personal de la institución; así mismo, administrativamente se efectuará de manera constante la planificación, ejecución, operación, mantenimiento, evaluación y un control de las actividades establecidas en este Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud de manera constante y de acuerdo con la legislación vigente y que aplique



ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ
Representante Legal CC 71.724.965
alvarosanchez@suplimed.com.co
Suplimed Hospitalario SAS
NiT:811.031.144-7
Calle 16 A Sur N 48- Santa Maria de los Angeles- Medellín
414 4930- 315 5080808

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. – ARL SURA

Informa que la empresa SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S con Nit 811031144 , se encuentra afiliada a ARL SURA.

En cumplimiento de la normatividad vigente, actualmente se encuentra implementando el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y para ello, SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S aplicó la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019 el 06/02/2025 cuyo resultado se presenta en este informe.

La autoevaluación de los Estándares Mínimos es realizada por el empleador según el artículo 28 de la Resolución 0312 de 2019, y los datos ingresados obedecen única y exclusivamente a su criterio como empresa. ARL SURA no suministra o diligencia información, ni es responsable de los resultados que de ella se generen.

El resultado obtenido es:

Item evaluado	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	100	25	25
II. Hacer (60%)	100	60	60
III. Verificar (5%)	100	5	5
IV. Actuar (10%)	100	10	10
% Total Implementación			**100.0**

De acuerdo a su porcentaje de implementación del 100.0 su resultado es ACEPTABLE.

La empresa es responsable en el desarrollo de las actividades para dar cumplimiento a los requisitos normativos legales vigentes, el monitoreo, disminución y control de los riesgos como también a la implementación total del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizando el bienestar de sus trabajadores.

La presente comunicación se expide a solicitud de la empresa el 06/02/2025.

Atentamente

Gerencia Técnica Arl Sura
Código transacción: 3469525

VIGILANCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA.

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA.

DIRECTORA CALIDAD Y REDES DE SERVICIOS DE SALUD.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S SIGLA SUPLIMED S.A.S., en su sede de prestador SUPLIMED HOSPITALARIO del municipio de MEDELLÍN - departamento de ANTIOQUIA, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	0500109432 - SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S SIGLA SUPLIMED S.A.S.				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:811031144-7	Nombre o razón social:	SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S SIGLA SUPLIMED S.A.S.		
Fecha de inscripción:	2006/11/17	Fecha de vencimiento:	2025/08/31	Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ			Dirección administrativa:	CALLE 16 A SUR # 48 - 29 LOCAL 101
Telefono:	414 49 30	Fax:	414 49 30	Email:	alvarosanchez@suplimed.com.co
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	21-291494-4	20011206	CAMARA DE COMERCIO	MEDELLIN

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	050010943201 - SUPLIMED HOSPITALARIO				
Dirección:	CALLE 16A SUR # 48-29 LOCAL 101			Barrio:	SANTA MARIA DE LOS ANGELES
Centro Poblado:	MEDELLÍN			Tipo de Zona:	URBANA
Telefono:	414 49 30	Fax:	414 4930	Email:	direccion-medellin@suplimed.com.co

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - REPS.
Prestador: 0500109432 - SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S SIGLA SUPLIMED S.A.S.
Código y nombre sede del prestador: 0500109432-01 - SUPLIMED HOSPITALARIO

Gerente:	ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ	Fecha de Apertura:	2006/11/17
Municipio:	MEDELLÍN	Departamento:	ANTIOQUIA

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	050010943201 - SUPLIMED HOSPITALARIO				
Dirección:	CALLE 16A SUR # 48-29 LOCAL 101			Barrio:	SANTA MARIA DE LOS ANGELES
Centro Poblado:	MEDELLÍN			Tipo de Zona:	URBANA
Telefono:	414 49 30	Fax:	414 4930	Email:	direccion-medellin@suplimed.com.co
Gerente:	ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ			Fecha de Apertura:	2006/11/17
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede:	050010943201 - SUPLIMED HOSPITALARIO				
Dirección:	CALLE 16A SUR # 48-29 LOCAL 101			Barrio:	SANTA MARIA DE LOS ANGELES
Centro Poblado:	MEDELLÍN			Tipo de Zona:	URBANA
Telefono:	414 49 30	Fax:	414 4930	Email:	direccion-medellin@suplimed.com.co
Gerente:	ALVARO ANDRES SANCHEZ QUIROZ			Fecha de Apertura:	2006/11/17
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA

*** NO SE ENCONTRARON REGISTROS DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA ESTA SEDE DEL PRESTADOR. ***

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

CONVENCIONES:

M-INT:Modalidad Intramural	M-EXT:Modalidad Extraamural	M-UM :Modalidad Unidad Móvil	M-DOM:Modalidad Domiciliario	M-JS :Modalidad Jornada de Salud	M-TEL:Modalidad Telemedicina
M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina	M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva	M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva	M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia	M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo	M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina
M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia	M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo	COMPL :Complejidad. *SC:SIN COMPLEJIDAD			

GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTNI	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL	FECHA APERTURA-(AAAAMMDD)	DISTINTIVO

CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20061117	DHSS0027080

SERVICIOS DE SALUD, RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

CONVENCIONES:

ONC:Atención paciente oncológico	M-AMB:Modalidad Ambulatoria	M-HOP:Modalidad Hospitalaria	M-UMO:Modalidad Unidad Móvil
M-DOM:Modalidad Domiciliaria	M-OEX:Modalidad Otras Extramural	M-CRE:Modalidad Centro de Referencia	M-IRE:Modalidad Institución Remisora
C-BAJ:Complejidad Baja	C-MED:Complejidad Media	C-ALT:Complejidad Alta	

No se encontraron servicios de salud de acuerdo a lo normado en la Resolución 1410 de 2022.

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	08:00A17:30	08:00A17:30	08:00A17:30	08:00A17:30	08:00A17:30	08:00A13:00	

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron servicios con especificidades.

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	1

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD - RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Camas, Camillas, Consultorios, Salas y Sillas. Resolución 1410 de 2022.

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA, de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador SUPLIMED HOSPITALARIO S.A.S SIGLA SUPLIMED S.A.S., quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día miércoles 03 de julio de 2024 (2:37 p.m.).

Leonor Suarez

LEONOR EUGENIA SUÁREZ FLÓREZ.

DIRECTORA CALIDAD Y REDES DE SERVICIOS DE SALUD.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 05000REPS03

Impreso por el usuario del ente territorial: 05000REPS03

Versión 3.0. **Fecha de impresión: miércoles 03 de julio de 2024 (2:37 p.m.).**

SENA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUPLIMED HOSPITALARIO SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 16 A SUR NO 48-29	TELÉFONO:	4144930
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7977866825		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1603206694

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	10	$ 3.155.800
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	16	$ 8.630.700
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	5	$ 1.407.400
8002248088	230301	230301-PORVENIR	8	$ 2.634.600
		SUBTOTAL:	39	**$ 15.828.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 331.400
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	8	$ 640.700
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 345.400
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 130.500
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	22	$ 3.925.300
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	4	$ 296.800
		SUBTOTAL:	42	**$ 5.670.100**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	20	$ 2.006.700
8909008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	20	$ 2.329.900
		SUBTOTAL:	40	**$ 4.336.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	42	$ 1.577.600
		SUBTOTAL:	42	**$ 1.577.600**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 345.000
		SUBTOTAL:		**$ 345.000**

VALOR SIN MORA:	$ 27.757.800
VALOR MORA:	$ 0
TOTAL PAGADO:	$ 27.757.800



Para constancia se firma el 15 de julio de 2025.

JAIRO HERNAN VELASQUEZ MOLINA
Supervisor del contrato

Elaboró: Jairo Hernán Velásquez Molina, supervisor del contrato
Revisó: Ana María Jaramillo Mesa - Jurídica CSS