

 Institución Universitaria de Envigado <small>VIGILADA MINEDUCACIÓN</small>	Acta de Supervisión	Código: F-RF-0032
		Versión: 03
		Página 1 de 6

ACTA N°	08
FECHA	16/12/2025

INFORMACIÓN GENERAL	
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
Nro. DE CONTRATO	SA-20250001_1
CONTRATISTA	Comed Consulta Médica Domiciliaria S.A.S
IDENTIFICACIÓN	NIT 900999170-6
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios para brindar apoyo y dar continuidad en la implementación definitiva del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la Institución Universitaria de Envigado.
VALOR DEL CONTRATO	Ciento cuarenta millones de pesos M/CTE \$140.000.000 IVA INCLUIDO.
FORMA DE PAGO ESTABLECIDA	<p>Se hará en pagos parciales según servicio efectivamente prestado y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato en cuotas mensuales (mes vencido), discriminando los servicios prestados durante el periodo, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en el desarrollo del plan anual de trabajo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. • Exámenes ocupacionales • Desarrollo del programa de bienestar y salud mental e intervención del riesgo psicosocial.
PLAZO DE EJECUCIÓN	17/12/2025
FECHA DE INICIACIÓN	1/05/2025
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	N/A
FECHA DEL ACTA DE ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUIDA LA ADICIÓN)	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	17/12/2025

 Institución Universitaria de Envigado <small>VIGILADA MINEDUCACIÓN</small>	Acta de Supervisión	Código: F-RF-0032
		Versión: 03
		Página 2 de 6

SEGUIMIENTO

Según lo dispone la Ley 1474 de 2012, en su Artículo 83: Supervisión e interventoría contractual. “(...). La supervisión consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que, sobre el cumplimiento del objeto del contrato, enunciado en el presente informe (...)”, según los siguientes ítems:

1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

- **Periodo de supervisión¹:** 1/12/2025 a 17/12/2025
- **Novedades:** No se presentaron novedades en el periodo.

SUSPENSIÓN		
Fecha suspensión	Fecha Reinicio	Motivo
N/A		

- **Seguridad Social:**

El contratista cumplió con el pago de la seguridad social en (salud pensión y riesgos laborales). Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1150 de 2007, a la ley 789 de 2002 art.50, a la ley 1562 de 2012 y el Decreto 1273 de 2018, detallado de la siguiente manera:

Obligado a Presentar Seguridad Social	Si		Diligencie el cuadro		
	No		Omita el cuadro		
PERSONA NATURAL		PERSONA JURIDICA ²		SI	NO
Planilla número			Certificado de Representante Legal	X	
Período de Cotización					
Fecha de pago			Certificado de Revisor Fiscal		
Valor base de cotización					
Salud			Copia de T.P del Revisor Fiscal (Para la cuenta inicial)		
Pensión					
ARL tipo de riesgo			Período de Cotización	noviembre	
Nombre personal relacionado en planilla que ejecuta el contrato			Nombre personal relacionado en planilla que ejecuta el contrato/convenio	N/A	

- **Estado de las Garantías³:** Sin afectación
- **Seguimiento a los Riesgos del Proceso⁴:** Durante el periodo no se ha materializado ningún riesgo

¹ En este ítem el supervisor deberá señalar el alcance en el tiempo que tuvo su labor de supervisión, es decir entre qué fechas se llevó a cabo este ejercicio, indicando además si el contrato/convenio se cumplió en un solo acto o si comprende un periodo de ejecución.

² Se debe verificar el pago de seguridad social del personal vinculado y/o contratista requerido y contenido en la propuesta económica.

³ Se debe verificar el estado de las garantías de acuerdo con los términos establecidos en el contrato y en caso de que aplique.

⁴ Se debe realizar seguimiento a los riesgos plasmados a la matriz de riesgos del contrato, indicando si se han tipificado o no los mismos. En caso positivo detallar el tratamiento brindado.

2. SEGUIMIENTO TÉCNICO

- Seguimiento detallado al cumplimiento de obligaciones de las partes:

Obligaciones generales y específicas de las partes	Detalle del cumplimiento o no de las obligaciones justificando las acciones realizadas o el por qué no se han ejecutado en el período del presente informe
GENERALES	
<p>Apoyo en la implementación definitiva del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)</p> <p>Asesorías mensuales (por programación) de profesionales especializados en seguridad y salud en el trabajo y/o salud ocupacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades asociadas al programa de vigilancia epidemiológica “osteomuscular”. • Actividades asociadas al desarrollo del programa de bienestar y salud mental. • Actividades asociadas a medicina del trabajo (seguimientos médicos, exámenes ocupacionales) • Actividades asociadas al comité y/o brigada de emergencias. <p><u>Fisioterapeuta en seguridad y salud en el Trabajo:</u></p> <p>Actividades asociadas al programa de vigilancia epidemiológica “osteomuscular”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron inspecciones de puestos de trabajo <p>Nota: se aumentaron las horas de la profesional debido al incremento de las patologías osteomusculares en funcionarios y docentes</p> <p><u>Psicóloga especialista en seguridad y salud en el trabajo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenciones intrapersonales de los funcionarios que se encuentran en riesgo alto o muy alto según la evaluación de Riesgo Psicosocial. <p><u>Psicóloga</u></p> <p>Actividades asociadas al programa de vigilancia “Bienestar y salud y mental”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron manuales y procedimientos pendientes. • Se realizaron atenciones en salud mental.

	<p><u>Asesoría en plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Actualización de prevención y respuestas a emergencias.
Evaluaciones ocupacionales	<ul style="list-style-type: none"> Se realizaron exámenes médicos en la IPS.
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	
1. Facilitar a EL CONTRATISTA el desarrollo del objeto contractual	Se cumple a cabalidad
2. Pagar el valor del contrato en la forma y oportunidad pactada, siempre y cuando se cumplan las condiciones pactadas para tal fin	Se cumple a cabalidad
3. Ejercer la supervisión del contrato para efectos de lograr la correcta ejecución de este.	Se cumple a cabalidad
4. Atender oportunamente las solicitudes o recomendaciones del CONTRATISTA a través del supervisor	Se cumple a cabalidad
5. A través del supervisor del contrato verificar el cumplimiento de la obligación del aporte a la seguridad social sobre la base de cotización del 40% del valor total del contrato, previa aprobación del acta de pago correspondiente.	No aplica – persona jurídica
6. Reportar a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales por medio de la persona asignada en la Dependencia	Para el periodo no se presentaron accidentes y/o enfermedades laborales
7. Investigar todos los incidentes y accidentes de trabajo.	Para el periodo no se presentaron accidentes y/o enfermedades laborales
8. Verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud necesarios para cumplir la actividad contratada de las personas a las que les aplica.	La empresa aportó la seguridad social
9. Informar a los contratistas afiliados en riesgo IV y/o V sobre los aportes efectuados al Sistema General de Riesgos Laborales	No aplica por la actividad economía
10. Dar a conocer a los contratistas la política pública y el manual de normas de seguridad y salud en el trabajo de los contratistas existente en la Institución.	Se cumple a cabalidad
11. Seguir los procedimientos y trámites establecidos en el manual de normas de seguridad y salud en el trabajo para contratistas, en las demás normas vigentes según sea el caso, respecto de las multas y sanciones a aplicar cuando medie algún incumplimiento de las obligaciones de los contratistas.	Se cumple a cabalidad

 Institución Universitaria de Envigado <small>VIGILADA MINEDUCACIÓN</small>	Acta de Supervisión	Código: F-RF-0032
		Versión: 03
		Página 5 de 6

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

- **Descripción de pagos:**

ÍTEM	FACTURA N°	VALOR	% DE EJECUCION	FECHA DE PAGO
Valor total del contrato	---	\$140.000.000	---	---
Autorización de Pago – 01	FE3663	\$ 9.690.200	13%	
Autorización de Pago – 02	FE3741	\$16.400.500	18.64%	
Autorización de Pago – 03	FE3842	\$18.481.800	31.64%	
Autorización de Pago – 04	FE3899	\$11.537.000	44.64%	
Autorización de Pago – 05	FE3968	\$ 24.686.200	57.64%	
Autorización de Pago – 06	FE4059	\$ 21.512.500	73%	
Autorización de Pago – 07	FE4110	\$ 23.078.800	86%	
Autorización de Pago – 08	FE4134	\$ 11.282.000	100%	
Valor total actas de pago		\$ 136.669.000		---
Valor por ejecutar del contrato		\$ 3.331.000		---

- **Seguimiento al pago de impuestos y contribuciones:**⁵ El pago de los impuestos asociados al contrato se realizaron al iniciar el mismo

4. SEGUIMIENTO JURÍDICO

- **Seguimiento Inhabilidades e Incompatibilidades:**⁶ A la fecha no se han evidenciado inhabilidades e incompatibilidades
- **Seguimiento al cumplimiento de políticas Institucionales:** A la fecha se han cumplido las políticas institucionales
- **Adiciones, Prorrogas o Modificaciones:** Para este periodo no se presentaron adiciones, prorrogas o modificaciones.

Fecha del Acta	Valor Adicionado	Plazo Prorrogado	Tipo de Modificación (señalar con una X)
N/A	N/A	N/A	Adición (valor)
			Adición y prórroga (valor y tiempo)
			Prórroga (tiempo)
			Modificación (cualquier otra que no implica valor o tiempo)

- **Concepto de Supervisión:**

	Si	No	Especificación
Requerimientos		X	
Recibido a Satisfacción	X		
Observaciones y comentarios			

⁵Se debe verificar el pago de impuestos y demás contribuciones de acuerdo con los términos establecidos en el contrato, así mismo, según la normativa tributaria Municipal y/o Nacional. Cuando aplique.

⁶ Se debe verificar si en la ejecución del contrato, el contratista ha incurrido en algunas de las causales dispuestas en la Ley.

 Institución Universitaria de Envigado <small>VIGILADA MINEDUCACIÓN</small>	Acta de Supervisión	Código: F-RF-0032
		Versión: 03
		Página 6 de 6

N/A

Se otorga visto bueno **SI** **X** **NO** _____ para el pago de estos recursos acorde con la forma de pago pactada y de acuerdo con la verificación de la información consignada en el informe de supervisión.

5. DOCUMENTOS ANEXOS:

- Certificado de pago de seguridad social integral (Planilla)
- Informe de gestión del contratista con sus evidencias.

Para constancia firma,

Supervisor(a):

Firma: *CARLOS GIRALDO g*
Nombre: Carlos Mario Giraldo Garcia
Cargo: jefe de oficina
Dependencia: Talento Humano

 Institución Universitaria de Envigado <small>VIGILADA MINEDUCACIÓN</small>	ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO	Código: F-RF-0022
		Versión: 02
		Página 1 de 2

FECHA	DIA	MES	AÑO
	16	12	2025

ACTA No.	8
-------------	---

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: Comed Consulta Médica Domiciliaria S.A.S	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ____ T.I. ____ C.E. ____ NIT. <u>X</u>	N° 900999170-6

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	Bancolombia
CUENTA N°	33367514430
TIPO CUENTA	Cuenta de ahorros
Si no se diligencian estos datos, el pago será a través de giro bancario.	

INFORMACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO							
CONTRATO (C)	X	ORDEN (O)		CONVENIO(CO)		RESOLUCIÓN (R)	
N° DE C/O/CO/R:		N° CONTRATO SECOP II:		FECHA DEL ACTO: día/mes/año			
		SA-20250001_1					
FECHA DE ACTA DE INICIO:		SI APLICA (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		Desde: <u>01/05/2025</u> (Día/mes/año)		Hasta*: <u>17/12/2025</u> *Incluyendo prórroga, si a esta hubo lugar			
OBJETO	Prestación de servicios para brindar apoyo y dar continuidad en la implementación definitiva del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la Institución Universitaria de Envigado						
VALOR TOTAL	Ciento cuarenta millones de pesos M/CTE						
	\$ 140.000.000 IVA INCLUIDO.						
FORMA DE PAGO	Se hará en pagos parciales según servicio efectivamente prestado y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato en cuotas mensuales (mes vencido), discriminando los servicios prestados durante el periodo, así: <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en el desarrollo del plan anual de trabajo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. • Exámenes ocupacionales • Desarrollo del programa de bienestar y salud mental e intervención del riesgo psicosocial. 						
ADICION	(EN LETRAS)						
	\$ XXXXXX						

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		REGISTRO PRESUPUESTAL	
NÚMERO	FECHA (día/mes/año)	NÚMERO	FECHA (día/mes/año)
0027	16/01/2025	0351	30/04/2025

 Institución Universitaria de Envigado <small>VIGILADA MINEDUCACIÓN</small>	ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO	Código: F-RF-0022
		Versión: 02
		Página 2 de 2

--	--	--	--

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJECUTAR DEL RUBRO
23202020080000000000 12213831130000010000 0000000942158	Propio	\$ 11.282.000

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	PERSONA JURÍDICA	SI	NO
				X	
Valor Ingreso Base de Cotización	\$ XXXXXX		PRESENTA		
Planilla No.			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Periodo de Cotización				X	
Fecha de Pago			Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Valor Pagado	\$ XXXXXX				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		PERIODO/CUOTA A PAGAR:	
8 – diciembre		No.FE4134	
VALOR PARA PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	Once millones doscientos ochenta y dos mil pesos.		
	\$ 11.282.000		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	\$ 136.669.000	SALDO DEL VR. DEL CONTRATO (Después de la presente orden)	\$ 3.331.000

En cumplimiento de la Ley 1474 de julio 12 de 2011, la cual señala disposiciones sobre los sujetos disciplinables (Art. 44), las responsabilidades del interventor por faltas gravísimas (art. 45), la responsabilidad del supervisor contractual (Art. 83), y las facultades y deberes de supervisores (Art. 84) y, con base en el contrato que se encuentra plenamente legalizado, enunciado en el encabezado de este documento y en concordancia con la forma de pago establecida en el mismo, **AUTORIZO EL PAGO indicado en la presente acta** acorde a la supervisión realizada, la cual reposa en la carpeta del contrato con todos los soportes de ley exigidos.

Así mismo, certifico que se revisaron los documentos que soportan el pago de los aportes de seguridad social integral establecidos por la ley, encontrándose al día con sus obligaciones.

Supervisor:

Firma: CARLOS GIRALDO G
Nombre: Carlos Mario Giraldo
Cargo: Jefe de Talento Humano

Quando se trate de bienes muebles o bienes devolutivos, el acta deberá estar firmada por el personal del almacén institucional, de lo contrario será motivo de devolución de la cuenta.

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

CONTRATO No: SA-20250001_1

CONTRATISTA: COMED CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA S.A.S

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios para brindar apoyo y dar continuidad en la implementación definitiva del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo de la Institución Universitaria de Envigado.

INFORME N°: 08

PERÍODO: 01 al 17 de diciembre del 2025

FECHA DEL INFORME: 15 de diciembre de 2025

VALOR DEL CONTRATO: Ciento cuarenta millones de pesos M/CTE (\$140.000.000) IVA incluido

Agradeciendo su atención



Representante Legal

**ANDRES ALEXANDER NUÑEZ ALVAREZ
REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA**

**ACTIVIDADES ASOCIADAS AL PROGRAMA DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA “OSTEOMUSCULAR”.**


***Informe final de intervenciones del Programa de Vigilancia Epidemiologica para desordenes muculoesqueleticos.**

Consolido la implementación sistemática de las acciones preventivas y de intervención definidas en el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Trastornos Musculoesqueléticos, desde el componente fisioterapéutico, con el fin de preservar la capacidad funcional, optimizar las condiciones de desempeño laboral de los funcionarios y mitigar la aparición o progresión de alteraciones osteomusculares relacionadas con el trabajo.

Se realizaron un total de 50 valoraciones osteomusculares, de los cuales solo 28 fueron apoyados para la intervención, en los cuales se apoyaron 11 casos confirmados, 16 sospechosos sintomáticos y 1 caso sintomático.

MES	NUMERO DE EVALUACIONES
Mayo	19
Junio	8
Julio	3
septiembre	6
Octubre	8
Noviembre	6
Total	50

*El día 01 de diciembre se realizaron inspecciones de puesto de trabajo para la albor administrativas, específicamente a los funcionarios Marisol Restrepo, Eduard Guevara, Diana Franco, Sandra Castaño, Monica M. Valencia, Diego Torres, Elena Londoño, Santiago Lopera, Duberney Perez, Jose Fernando Hoyos, con el fin de fortalecer la gestión del riesgo osteomuscular en la organización mediante la implementación de acciones integrales de evaluación, vigilancia e intervención fisioterapéutica, orientadas a prevenir, mitigar y controlar los Desórdenes Musculoesqueléticos (DME), en cumplimiento de los lineamientos técnicos y normativos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.



INFORME PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA TRANSTORNOS MUSCULOESQUELETICOS

EMPRESA: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

ELABORADOR POR:
MARIBEL ORDOÑEZ
LOPERA
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN LA GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SABANETA
DICIEMBRE
2025


Método Ergonómico
Rapid Office Strain Assessment (R.O.S.A) *Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas*



Empresa Cliente:
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

ELABORADO POR:
MARIBEL ORDOÑEZ LOPERA
Asesora en Prevención
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Licencia Salud Ocupacional
2025060002204

ACTIVIDADES ASOCIADAS AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA “RIESGO PSICOSOCIAL”.

*El día 01 de diciembre se realizó acompañamiento presencial e individual para un total de 5 espacios de valoración intrapersonal; que, de acuerdo a los resultados de la Batería de riesgo psicosocial, presentaron riesgo alto y muy alto.

	SEGUIMIENTO A REUNIONES Y ACTIVIDADES		Vigencia: 24-06-2022	
			Versión: 4	
		Código: F-48		Número de Páginas: 1
EMPRESA:	Institución Universitaria de Envigado	FECHA:	Diciembre 1 de 2025	
ACTIVIDAD:	Acompañamiento valoración intrapersonal	DURACIÓN:	6 horas	
NOMBRE COMPLETO		CARGO		
Natalia Andrea Echeverri Girakdo		SST		
DESARROLLO DE LA REUNIÓN Y/O ACTIVIDAD				
<p>Diciembre 1: Acompañamiento presencial e individual para un total de 5 espacios de valoración intrapersonal; que, de acuerdo a los resultados de la Batería de riesgo psicosocial, presentaron riesgo alto y muy alto</p>				
COMPROMISOS				
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHA DE EJECUCION	FECHA DE REVISION	

 FIRMA EMPRESA	 FIRMA COMED
--	--

ACTIVIDADES ASOCIADAS AL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR Y SALUD MENTAL

*Durante el mes se realizó el programa de Formación de líderes y la cartilla del manejo del estrés.

*Se realiza, ajusta y revisa los manuales de funciones de los diferentes cargos que se encuentran en la IUE, con el fin de optimizar la eficiencia, alinear las tareas con los objetivos estratégicos, estandarizar procesos, mejorar la gestión del talento humano (selección, evaluación), reducir errores y conflictos, asegurar el cumplimiento normativo y garantizar la continuidad del servicio, adaptándose a cambios organizacionales y tecnológicos para un desempeño más eficaz y transparente.

ACTIVIDADES ASOCIADAS A MEDICINA DEL TRABAJO (SEGUIMIENTOS MÉDICOS, EXÁMENES OCUPACIONALES)

*Durante el mes de diciembre se realizaron 17 evaluaciones médicas en la sede de la IPS COMED- CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA, el objetivo de la presente actividad fue evaluar la salud de los colaboradores y detectar posibles riesgos laborales, así como para monitorear la exposición a factores de riesgo y la efectividad de las medidas de prevención. Estos exámenes ayudan a identificar problemas de salud tempranamente, evitar enfermedades y asegurar la adecuación del colaborador al puesto de trabajo.

2 Egresos

4 Post-incapacidad

ASESORIA MÉDICA


Se brinda asesoría médica a la IUE, con base en las proyecciones a realizar y en la información recopilada durante el contrato, incluyendo el informe de condiciones de salud y las inspecciones efectuadas, con el fin de establecer las bases para la implementación del programa de estilos de vida saludable.


ACTIVIDADES ASOCIADAS AL COMITÉ Y BRIGADA DE EMERGENCIAS

*El día 12 de diciembre se dio actualizo el plan de Preparación y atención de emergencias de la

RES.2019060150066

IUE, con el fin de asegurar que la Institución cuente con un marco de acción actualizado, eficaz y debidamente socializado que permita a la comunidad universitaria (estudiantes, docentes, personal administrativo y visitantes) prevenir, mitigar, prepararse, responder y recuperarse de manera oportuna y coordinada ante la materialización de cualquier emergencia, calamidad o desastre que pueda afectar su infraestructura, personal o continuidad académica y administrativa.

Institución Universitaria de Envigado		COMED INFORME POR PROFESIONAL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						
ACTIVIDAD	BRIGADA	FECHA	12/12/2025					
LUGAR	UNIVERSIDAD DE ENVIgado	HORA INICIO	8:00:00	HORA CIERRE	16:00:00 pm			
PROFESIONAL	ALEJANDRO TARAZONA	INFORME NUMERO:	11					
PROFESION/CARGO	COORDINADOR DE EMERGENCIAS							
OBJETIVO	Asegurar que la Institución Universitaria de Envigado cuente con un marco de acción actualizado, eficaz y debidamente socializado que permita a la comunidad universitaria (estudiantes, docentes, personal administrativo y visitantes) prevenir, mitigar, prepararse, responder y recuperarse de manera oportuna y coordinada ante la materialización de cualquier emergencia, calamidad o desastre que pueda afectar su infraestructura, personal o continuidad académica y administrativa.							
ALCANCE	Incluye todo el personal que esta al interior de la institución universitaria							
APOYO DOCUMENTAL	Se realiza entrega de evidencia digital							
FOTOGRAFICO	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							
ACTA MANUAL ASISTENCIA								
OBSERVACIONES, TAREAS PENDIENTES Y RESPONSABLES	el acta es digital a la espera del envío							

COMED		SEGUIMIENTO A REUNIONES Y ACTIVIDADES		Vigencia: 24-06-2022
				Versión: 1
				Código: F-48
				Número de Páginas: 1
EMPRESA:	Universidad de Envigado	FECHA:	12/12/2025	
TEMA:	Consejo Actualización	DURACIÓN:	3 Hrs	
NOMBRE COMPLETO		CARGO		
Alejandro Tarazona Díez		COORD. DE EMERGENCIAS		
Marilyn Echeverri		Asesoría		
DESARROLLO DE LA REUNIÓN				
Se realizó revisión y actualización del plan de preparación de respuestas ante emergencias se realizó Acta solamente para continuidad de la Brigada				
COMPROMISOS				
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHA DE EJECUCIÓN	FECHA DE REVISIÓN	
Natalia A. Estevan				
FIRMA EMPRESA		FIRMA COMED		



FIRMA CONTRATISTA


CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

Yo ANDRES ALEXANDER NUÑEZ ALVAREZ, identificada con cédula de ciudadanía No.98.672.177 obrando en calidad de representante legal de la empresa COMED CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA SAS con Nit 900999170-6.


CERTIFICO QUE:

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002. Certifico:

1. **Que la empresa COMED CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA SAS, NIT 900.999.170-6, en cumplimiento con las siguientes entidades:**
 - Sistema de Seguridad Social en Salud
 - Riesgos Profesionales
 - Pensiones
 - Cajas de Compensación Familiar
2. Que la empresa se encuentra a paz y salvo en todas las obligaciones con las entidades o sistemas enunciadas en el numeral 1
3. Que de acuerdo a la ley 1607 de diciembre de 2012 y decreto reglamentario 862 de 2013 la empresa no hace aportes a Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, pero que a su vez somos sujetos pasivos del impuesto a la equidad CREE.
4. Para esta certificación estoy actuando en calidad de REPRESENTANTE LEGAL



ANDRES ALEXANDER NUÑEZ A.
Representante Legal
CC 98.672.177



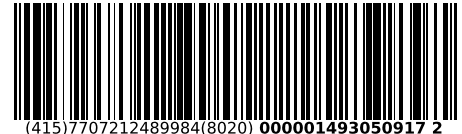
JOSE FERNANDO PALACIO GUTIERREZ
Contador Público
T.P. 174582-T

Dado en la ciudad de Sabaneta a los 15 (quince) días de diciembre del año 2025.

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14930509172



(415)7707212489984(8020) 000001493050917 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 9 9 9 1 7 0

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

COMED CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

0 5

40. Ciudad/Municipio

Sabaneta

6 3 1

41. Dirección principal

CR 43 A 63 SUR 17 LC 1

42. Correo electrónico

comed2015@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 8 7 2 6 4 1 3

45. Teléfono 2

3 1 4 5 1 7 4 7 1 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 9

2 0 1 6 0 8 0 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 5 7 1 4 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2023 - 07 - 28 / 12 : 54: 53

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

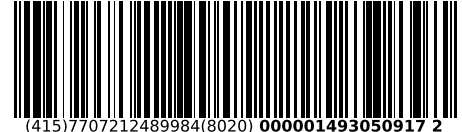
984. Nombre PIÑA ALDANA MILENA

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14930509172



(415)7707212489984(8020) 000001493050917 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 9 9 9 1 7 0 6 6. DV 6 12. Dirección seccional Impuestos de Medellín 14. Buzón electrónico 1 1

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza 63. Formas asociativas 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados 65. Fondos 66. Cooperativas 67. Sociedades y organismos extranjeros 68. Sin personería jurídica 69. Otras organizaciones no clasificadas 70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma		
71. Clase	<u>0 4</u>		82. Nacional	<u>1 0 0</u> %
72. Número	<u>1</u>		83. Nacional público	<u>0 . 0</u> %
73. Fecha	<u>2 0 1 6 0 8 0 1</u>		84. Nacional privado	<u>1 0 0 . 0</u> %
74. Número de notaría			85. Extranjero	<u>0</u> %
75. Entidad de registro	<u>0 3</u>		86. Extranjero público	<u>0 . 0</u> %
76. Fecha de registro	<u>2 0 1 6 0 8 1 2</u>		87. Extranjero privado	<u>0 . 0</u> %
77. No. Matrícula mercantil	<u>0 0 0 0 1 9 2 5 7 0</u>			
78. Departamento	<u>0 5</u>			
79. Ciudad/Municipio	<u>0 0 1</u>			
Vigencia				
80. Desde	<u>2 0 1 6 0 8 0 1</u>			
81. Hasta	<u>9 9 9 9 1 2 3 1</u>			

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		<input type="text"/>		-
2		<input type="text"/>		-
3		<input type="text"/>		-
4		<input type="text"/>		-
5		<input type="text"/>		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante 96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

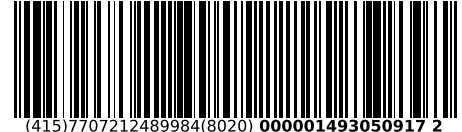
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior 171. País 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14930509172



(415)7707212489984(8020) 000001493050917 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 9 9 9 1 7 0 6
6. DV 6
12. Dirección seccional Impuestos de Medellín
14. Buzón electrónico 1 1

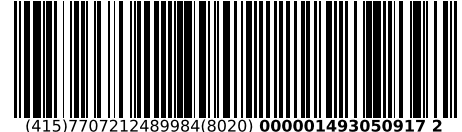
Representación

1	98. Representación REPRS LEGAL PRIN 1 8		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 1 1 2 0 7	
	100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3	101. Número de identificación 9 8 6 7 2 1 7 7		102. DV 1
	104. Primer apellido NUÑEZ	105. Segundo apellido ALVAREZ	106. Primer nombre ANDRES	107. Otros nombres ALEXANDER
	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
2	98. Representación REPRS LEGAL SUPL 1 9		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 1 1 2 0 7	
	100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 4 3 8 7 4 1 3 2		102. DV
	104. Primer apellido PIÑA	105. Segundo apellido ALDANA	106. Primer nombre MILENA	107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
3	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	
	100. Tipo de documento	101. Número de identificación		102. DV
	104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
4	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	
	100. Tipo de documento	101. Número de identificación		102. DV
	104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
5	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	
	100. Tipo de documento	101. Número de identificación		102. DV
	104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14930509172



(415)7707212489984(8020) 000001493050917 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 9 9 9 1 7 0

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Otras actividades de atención de la salud humana	8 6 9 9
162. Nombre del establecimiento COMED CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA		
163. Departamento Antioquia 0 5	164. Ciudad/Municipio Sabaneta 6 3 1	
165. Dirección CR 43A NO 63 SUR 17 LC 1		
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 9 2 6 0 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 1 1	
168. Teléfono 3 0 1 1 7 0 7	169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	



COMED
 COMED CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA S.A.S. - NIT
 900999170-6
 CRR 43 A 63 SUR 17, Sabaneta, Antioquia, C.P. 055413
 Tel: +573225139977
 comedaux@gmail.com ; comed.com.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE
 VENTA

No. FE4134
 No responsable de IVA

SEÑOR(ES) INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO	FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)
DIRECCIÓN CRR 27 B 39 A SUR 57, Colombia, Envigado, Antioquia, 055422	15/12/2025
TELÉFONO 3391010	FECHA DE VENCIMIENTO
NIT 811000278-2	14/01/2026

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	ASESOR BOMBERIL (PLANE EMERGENCIAS)	Servicio	\$70.000	8		\$560.000
2	PSICOLOGIA CLINICA HORA (HORAS DE PSICOLOGOS SALUD MENTAL)	Servicio	\$85.000	82		\$6.970.000
3	FISIOTERAPEUTA SST (REUNIONES, EVALUACIONES OSTEOMUSCULARES, PVE.)	Servicio	\$85.000	22		\$1.870.000
4	PSICOLOGIAS SST (INTERVENCION)	Servicio	\$150.000	5		\$750.000
5	1794 (EXAMEN MÉDICO LABORAL DE RETIRO OSTEOMUSCULAR SEDE COMED REFERENCIA: 2 COLABORADORES)	Servicio	\$33.500	2		\$67.000
6	110010 (HORA DE MEDICO)	Servicio	\$90.000	8.5		\$765.000
7	121212 (EXÁMEN MEDICO LABORAL POSTINCAPACIDAD)	Servicio	\$75.000	4		\$300.000

Once millones doscientos ochenta y dos mil pesos



Moneda: COP
 Generado: 2025-12-15 13:58:58-05:00
 Validación DIAN: 2025-12-15 13:59:59-05:00
 Tipo de operación: Estándar
 Forma de pago: Crédito

BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS 33367514430 COMED S.A.S. POR FAVOR ENVIAR COMPROBANTE DE PAGO AL SIGUIENTE CORREO: comed2015@gmail.com O AL WHATSAPP: 3225139977

CUFE: f42101fa3dc3d1e95ea2e0fc76135992ca85aa795e1c33288d8938b03801c9ee1635a895fb224eccbdcfa8855da7ebf6

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.

Subtotal	\$11.282.000
Total	\$11.282.000

Total de líneas: 7
Cantidad total: 131.5


ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764100305874 de 2025-10-20 Modalidad Factura Electrónica Desde N° FE4001 hasta FE6000 con vigencia hasta 2027-10-20

Representación gráfica de factura de venta electrónica

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

 Institución Universitaria de Envigado <small>VESES MINEDUCACIÓN</small>	CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA NATURAL	Código: F-TH-0009
		Versión:01

FECHA: 15 de diciembre del 2025

Señores
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
Ciudad

Yo ANDRES ALEXANDER NUÑEZ ALVAREZ, identificado con la cédula de

Ciudadanía No 98.672.177, expedida en Envigado

Manifiesto bajo la gravedad de juramento: que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, en la ley 80 de 1993, y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el estado. En especial que no aparezco reportado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo provisto en el artículo 60 de la ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 42 de la ley 1952 de 2019, ni en los boletines de deudores morosos de las Entidades Estatales, según lo dispuesto en el artículo 4 parágrafo 3 de la ley 716 de 2001, artículo 66 de la ley 863 de 2003. También declaro bajo la gravedad de juramento, que no tengo conocimiento de procesos pendientes de carácter alimentario, de acuerdo con la ley 311 de 1996, artículo 6°.

Firma:



Cc. 98.672.177 De Envigado