Alcaldía de
La Ceja del Tambo

MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO

Usuario Pago:
75065923
3521

NIT 890981207-5

COMPROBANTE DE EGRESO NÚMERO : 2026-03367

Fecha de Pago: 22-06-2026 **Estado:** PAGADO

PAGADO A: IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS ,Id: 900520548

DESCRIPCIÓN: PAGO PARCIAL A CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICINA DEL TRABAJO PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE LA CEJA. PAGO CORRESPONDIENTE DEL 26 DE MARZO AL 22 DE MAYO DE 2026, CANCELACIÓN DE FACTURA S 29215 DE JUNIO DE 2026

Otros:

Tipo Pago	Doc. Ref. :
PGNOR	

Vlr Bruto: 2,239,497.00 **Vlr Deducc.:** 366,805.00 **Vlr Amortiz.:** 0.00 **Valor Neto:** 1,872,692.00

DETALLE DE LOS BANCOS

Banco	Nro. Cuenta	Nro. Cheque	Beneficiario	Valor
7 BANCOLOMBIA	023981207-06	PAGO	IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES	$1,872,692.00
			Total:	**$1,872,692.00**

DETALLE DE LAS DEDUCCIONES

Descripción		Vlr. Base	Valor	Descripción		Vlr. Base	Valor
ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	1	$2,086,220	$20,862	ESTAMPILLA PROCULTURA	1	$2,086,220	$20,862
ESTAMPILLA PROANCIANO	3	$2,086,220	$62,587	RETENCION DE ICA.	1	$2,086,220	$20,862
RETE IVA REGIMEN COMUN HONOR	15	$153,277	$22,992	ESTAMPILLA PRODEPORTE	2.5	$2,086,220	$52,156
ESTAMPILLA JUSTICIA FAMILIAR	2	$2,086,220	$41,724	RET FTE HONORARIOS 11%	11	$806,720	$88,739
RETEFUENTE SERVICIOS IPS SALUD	2	$1,279,500	$25,590	ESTAMPILLA PROUNIVERSIDAD	0.5	$2,086,220	$10,431
TOTAL Deducibles:			**$366,805.00**	**TOTAL no Deducibles:**			**$0.00**

STEVEN ADELMO RIOS VARGAS
DIRECTOR FINANCIERO

LUIS FELIPE PINEDA PALACIO
TECNICO OPERATIVO

"ES EL MOMENTO"

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Municipio De La Ceja Antioquia - Nit: 890981207
Lunes, 22 de junio de 2026, 4:23:37 p.m.

Número del registro
1

Nombre del destinatario
Ips Corriente Vita

Producto destino
238 - 40033 - 19

Banco
Bancolombia

Estado del pago
Exitoso

Descripción
Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.

Fecha de aplicación
22 Jun 2026

Identificación destinatario
900520548

Tipo de producto
Cuenta corriente

Valor
COP $ 1.872.692,00

Código
OKA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Dirección IP: 190.0.3.186

Alcaldía de
La Ceja del Tambo

MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO

Usuario Ordenó
1047965725

NIT 890981207-5

ORDEN DE PAGO NÚMERO : 2026-3521 JA

Fecha/Estado

Comprobante: 3 : CAUSACIONES

19/06/2026 **ORDENAI**

TIPO PAGO: Otros Pagos **CONTRATO:** 2026100502475-2

PAGADO A: IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS ,Id: 900520548

DESCRIPCIÓN: PAGO PARCIAL A CONTRATO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICINA DEL TRABAJO PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE LA CEJA. PAGO CORRESPONDIENTE DEL 26 DE MARZO AL 22 DE MAYO DE 2026, CANCELACIÓN DE FACTURA S 29215 DE JUNIO DE 2026

Doc. Ref. :

Vlr Bruto: 2,239,497.00 **Vlr Deducc.:** 0.00 **Vlr Amortiz.:** 0.00 **Valor Neto:** **2,239,497.00**

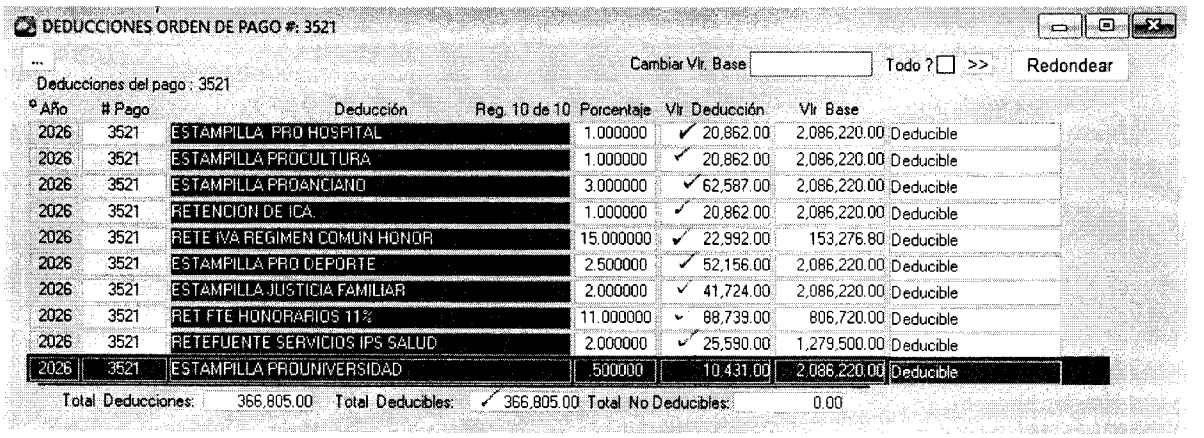
REGISTRO PRESUPUESTAL

#Reserva CDP	# CRP	Fondo	Depen.	Código	Descripción	Vlr. x Código
674	1036	10	3	2.3.2.02.02.008.011	FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	$2,239,497.00

TOTAL: **$2,239,497.00**

FLOR MARIA MONTOYA GOMEZ
SECRETARIA DE HACIENDA

"ES EL MOMENTO"



DEDUCCIONES ORDEN DE PAGO #: 3521

Cambiar Vlr. Base | Todo ? | >> | Redondear

Deducciones del pago : 3521

Año	# Pago	Deducción	Reg. 10 de 10	Porcentaje	Vlr. Deducción	Vlr. Base	
2026	3521	ESTAMPILLA PRO HOSPITAL		1.000000	20,862.00	2,086,220.00	Deducible
2026	3521	ESTAMPILLA PROCULTURA		1.000000	20,862.00	2,086,220.00	Deducible
2026	3521	ESTAMPILLA PROANCIANO		3.000000	62,587.00	2,086,220.00	Deducible
2026	3521	RETENCION DE ICA		1.000000	20,862.00	2,086,220.00	Deducible
2026	3521	RETE IVA REGIMEN COMUN HONOR		15.000000	22,992.00	153,276.80	Deducible
2026	3521	ESTAMPILLA PRO DEPORTE		2.500000	52,156.00	2,086,220.00	Deducible
2026	3521	ESTAMPILLA JUSTICIA FAMILIAR		2.000000	41,724.00	2,086,220.00	Deducible
2026	3521	RET FTE HONORARIOS 11%		11.000000	88,739.00	806,720.00	Deducible
2026	3521	RETEFUENTE SERVICIOS IPS SALUD		2.000000	25,590.00	1,279,500.00	Deducible
2026	3521	ESTAMPILLA PROUNIVERSIDAD		.500000	10,431.00	2,086,220.00	Deducible

Total Deducciones: 366,805.00 Total Deducibles: 366,805.00 Total No Deducibles: 0.00

IPS CORRIENTE VITAL		
Contrato	2026.10.05.02.475-2	
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON MEDICINA DE TRABAJO PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO	
Valor del contrato	$ 17,000,000	
Fecha de suscripcion:	25/03/2026	
S 29215	03/06/2026	
SUBTOTAL	**IVA**	**TOTAL**
1,279,500		1,279,500
806,720	153,277	959,997
2,086,220	**153,277**	**2,239,497**
Deducción	**Base**	**Total Deducción**
Procultura 1%	2,086,220	20,862 ✓
Proanciano 3%	2,086,220	62,587 ✓
Prohospital 1%	2,086,220	20,862 ✓
Justicia Familiar 2%	2,086,220	41,724 ✓
Prodeporte 2.5%	2,086,220	52,156 ✓
Prouniversidad 0.5%	2,086,220	10,431 ✓
Rete/ica 1%	2,086,220	20,862 ✓
Retefuente 2%	1,279,500	25,590 ✓
Retefuente 11%	806,720	88,739 ✓
Rete/iva 15%	153,277	22,992 ✓
TOTAL		**366,805** ✓
ORDEN 3521 del 19/06/2026		

CONTRATO CONVENIO	X ☐	NÚMERO:	2026.10.05.02.475-2
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	25/03/2026
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON MEDICINA DE TRABAJO PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO			
DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:		Departamento General y de Servicios Administrativos-Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:	IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS
		CEDULA / NIT	900.520.548-1
VALOR INICIAL [$]:		Diecisiete millones de pesos ($17.000.000) IVA incluido	
PLAZO:		Diez (10) meses	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:		CO1.PCCNTR.9415177	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO
Periodo de Cobro: Factura S 29215, junio 2026

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**Nº.** 1036	**Fecha: Día: 25 Mes: 03 Año: 2026**
Requiere Pólizas de Garantías (*)	SI X NO__	**Fecha: Día: 26 Mes: 03 Año: 2026**
Fecha de inicio (*): **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio**	**Fecha: Día: 26 Mes: 03 Año: 2026**	
Duración total del contrato:	Diez (10) meses	
Fecha de terminación del contrato:	**Fecha: 31 Día: 12 Mes: 2026**	

2.1. PRÓRROGAS	
Contrato adicional No:	**Tiempo (días calendario)**
1	
2	
Fecha de terminación del contrato de acuerdo con la prórroga:	Fecha: Día_____Mes_____Año_____

16.06.26

2.2. ADICIONES	
Contrato adicional No:	Valor ($):
1	
2	
Valor total del contrato:	Valor suscrito en números ($):

2.3. SUSPENSIONES	
Contrato adicional No:	**Tiempo (días calendario)**
1	
2	
2.4. REANUDACIONES	
Fecha reanudación:	**Plazo pendiente para ejecutar (días calendario):**
1	
2	

El contrato estipuló pago de anticipo: SÍ: _____NO: _____

El contrato estipuló pago anticipado: SÍ: _____NO: _____

CUENTA	Corriente		Ahorros		Número Cuenta: 02384003319	Banco: BANCOLOMBIA

El interventor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo:

Plan de inversión del anticipo/Modificación al plan de inversión		Formato control de seguimiento anticipo		Conciliación bancaria	
Extractos bancarios		Certificación bancaria sobre rendimientos financieros			

3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
1. Valor Contrato:	$17.000.000
2. Valor Cofinanciación (Para convenios):	$
3. Valor Anticipo o Pago anticipado.	$

4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista)	$2.239.496.80
5. Valor ejecución del contrato a la fecha del informe (Debe ser igual a los valores de las facturas o cuentas de cobro presentadas por el Contratista, más el anticipo si lo hubo).	$2.239.496.80

3.1 RENDIMIENTOS

El contrato o convenio generó rendimientos: SÍ_____NO_____

Período de generación de rendimientos (Fecha de inicio-Fecha de corte)	Valor de rendimientos ($)	Fecha de consignación de rendimientos	Anexa recibo (SÍ/NO)

4. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

4.1. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES PARAFISCALES

El supervisor y/o interventor verificó el cumplimiento por parte del Contratista de sus obligaciones frente a los aportes al sistema integral de seguridad social y aportes parafiscales y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la normativa vigente

SI ___ NO ___

No. Planilla:

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS *según el cual, ésta tiene afiliados a todos los empleados al Sistema general de Seguridad Social y Aportes parafiscales, encontrándose a paz y salvo por estos conceptos a la fecha de presentación de la factura de cobro.*

SI	NO
_X_	___

4.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE

El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a la póliza de anticipo, Cumplimiento, Responsabilidad Civil Contractual, Prestaciones Sociales y Calidad.

SI _X__ NO __

Las Garantías se encuentran suscritas a favor del municipio por todo el Contrato. El Supervisor revisó y confirmó la suscripción de éstas, las cuales hacen parte de la carpeta del Contrato.

(Marque X)

5. COMPONENTE TÉCNICO

5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		13.17%
Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades. TRANSCRIBIR		
Nº	**Actividades u obligaciones**	**Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades)
1	Realizar exámenes médicos ocupacionales (Ingreso, retiro, periódicos, post incapacidad), además de las pruebas paraclínicas establecidas en el Profesiograma de la Administración del Municipio de La Ceja, a los empleados y trabajadores oficiales	En este periodo se requirieron 7 exámenes médicos ocupacionales de egreso, 2 exámenes ocupacionales de ingreso, 2 visiometrías, 1 evaluación médica ocupacional para definir recomendaciones, 1 examen medico ocupacional de seguimiento a recomendaciones, 8 exámenes médicos ocupacionales post – incapacidad o reintegro laboral, 8 horas de asesoría por médico especialista SST
2	Solicitar al trabajador su consentimiento informado para realizar la evaluación médica y las pruebas complementarias	En cada uno de los procesos realizados con los funcionarios, se solicitó la firma del consentimiento informado
3	Generar por parte del médico especialista el certificado de aptitud individual como resultado de la valoración, indicando las restricciones existentes y las recomendaciones o condiciones que se requiere adaptar para que el trabajador pueda desempeñar la labor	Se generaron 19 conceptos médicos ocupacionales
4	Los hallazgos específicos y resultados de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias relacionados con los riesgos ocupacionales existentes se consignarán en los formatos que suministre el proveedor o en los que la empresa determine apropiados desde el punto de vista documental y técnico, que aseguren el suministro de la información pertinente y necesaria para alimentar los Sistemas de vigilancia Epidemiológica y programas de Prevención y Promoción que tenga implementada la empresa.	Con base en la información suministrada, se realiza la actualización continua de los respectivos Sistemas de Vigilancia

5	Consignar en los formatos que suministre el proveedor o en los que la empresa determine apropiados desde el punto de vista documental y técnico, los hallazgos específicos y resultados de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias relacionados con los riesgos ocupacionales existentes para asegurar el suministro de la información pertinente y necesaria para alimentar los Sistemas de vigilancia Epidemiológica y programas de Prevención y Promoción de la Entidad	Con base en la información suministrada, se realiza la actualización continua de los respectivos Sistemas de Vigilancia
6	Acompañar en las mesas laborales programadas con el Líder de Gestión Humana, Profesional Universitario de Seguridad y Salud en el trabajo, empleados y trabajadores oficiales en procesos de rehabilitación laboral.	En este periodo no se realizaron mesas laborales
7	Realizar análisis de puesto de trabajo de los casos críticos relacionados con los trabajadores oficiales y empleados con recomendaciones médicas y restricciones laborales de acuerdo a la necesidad del proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo y/o a solicitud de los diferentes entes de control, E.P.S y ARL entre otros	Durante este período de facturación, se requirieron 8 horas de acompañamiento por parte del médico laboral para brindar asesoría y seguimiento al proceso de recuperación de los trabajadores que presentan incapacidades superiores a 30 días.
8	Las demás necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.	Durante este período de facturación, no fue necesario requerir este servicio
OBSERVACIONES: (Diligenciar en el evento de tener alguna observación frente al cumplimiento de las actividades)		

5.2. SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS CONTRACTUALES

¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI: NO: X___

En el evento que la respuesta sea afirmativa, se requiere anexar el correspondiente soporte documental donde se clarifique la situación presentada conducente a que el riesgo se materialice, esto para su posterior ajuste y tratamiento, el cual deberá ser verificado por el supervisor del contrato en los siguientes informes de supervisión.

5.3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Se termina el Contrato: SI NO X

(Solo aplica para los contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión)

En caso de que la respuesta sea SI, se deberá diligenciar la siguiente información:

5.3.1. Durante la ejecución del contrato se generaron los siguientes pagos:

ACTA DE PAGO No	FECHA Y NÚMERO DE COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR TOTAL
1		
2		
3		

5.4 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

Se liquida el contrato: SI NO X

5.4.1 Resumen del Balance:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor inicial del contrato	
Valor de la adición No X (inserte tantas filas como adiciones haya tenido el contrato o convenio)	
Valor Total (del Contrato o Convenio)	
Valor pagado a la fecha	
Valor que falta por cancelar	
Valor que falta por ejecutar	
Rendimientos financieros (si aplica)	

5.4.2 Aprobación de liquidación

Posterior al pago adeudado, apruebo que se proceda SI ___ NO____ con su liquidación, así:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor total del contrato	

Valor pendiente de pago	
Saldo a liberar	

5.4.3. Se recibe la siguiente información relevante para el Municipio, la cual hace parte de la gestión desarrollada por el Contratista en cumplimiento del Objeto Contractual: (en este ítem se deberán relacionar los documentos, carpetas, sistemas de información, plataformas web, correos electrónicos y demás sistemas utilizados en la gestión contractual, así como procesos y/o procedimientos, documentos, formatos etc., del Sistema Integrado de Gestión Organizacional SIGO en los que interviene el contratista para el desarrollo de actividades contempladas en el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión)

CUANDO SE TRATE DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, SE DEBERÁ INCLUIR EN LA PARTE FINAL DEL DOCUMENTO, ADEMÁS DEL NOMBRE DEL SUPERVISOR Y DEL ORDENADOR, EL NOMBRE CONTRATISTA PARA SU CORRESPONDIENTE FIRMA

6. ANEXOS

1 Factura presentada por el proveedor

2 Informe de actividades.

3 Certificado de paz y salvo por pago de Seguridad Social, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes Parafiscales, firmado por el Revisor Fiscal y/o el Representante Legal de la Entidad. Copia de la cedula y antecedentes del contador

4 Copia del RUT

5 Certificación bancaria

7. VALIDACIÓN DEL PAGO

El Director del Departamento General y de Servicios Administrativos en calidad de ordenador del gasto, conozco y apruebo el informe de actividades y contenido del presente informe de Supervisión, por lo que apruebo realizar el pago correspondiente, según información plasmada por el Supervisor del mismo

SANTIAGO ANDRÉS GUTIÉRREZ RAMÍREZ
Nombre del Ordenador del gasto

Firma del Ordenador del Gasto
Cédula Nro: 15.387.033

LEIDY BIBIANA ARBELAEZ MUÑOZ
Nombre del Supervisor y/o Interventor

Firma Supervisor y/o Interventor
Cédula Nro: 21.627.683

IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS
NIT 900.520.548-1
CALLE 17 #18-66
Tel: (604) 4483968
La Ceja - Colombia
info@ipscorrientevital.com
www.ipscorrientevital.com

Factura electrónica de venta
No. S 29215

Señores	MUNICIPIO DE LA CEJA		
NIT	890.981.207-5	**Teléfono**	(000) 5531414
Dirección	CR 20#19-78	**Ciudad**	La Ceja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	03/06/2026, 11:40
Expedición	03/06/2026, 14:15
Vencimiento	03/06/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor desc.	Impto. Cargo	Vr. Total
1	VISIOMETRÍA	2.00	11,000.00	0.00	0 %	22,000.00
2	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	9.00	33,500.00	0.00	0 %	301,500.00
3	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	1.00	95,600.00	0.00	0 %	95,600.00
4	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES	1.00	95,600.00	0.00	0 %	95,600.00
5	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	8.00	95,600.00	0.00	0 %	764,800.00
6	HORA DE ASESORÍA POR MÉDICO ESPECIALISTA SST	8.00	100,840.00	0.00	19 %	959,996.80

Total items: 6

Total Bruto	2,086,220.00
IVA 19%	153,276.80
Total a Pagar	2,239,496.80

Valor en Letras:
Dos millones doscientos treinta y nueve mil cuatrocientos noventa y seis pesos m/cte con ochenta cent.

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Contado - Cuota No. 001 vence el 2026-06-03 por $ 2,239,496.80

Observaciones:

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:
0537612422

Modalidad de pago:
-

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Sigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Periodo de inicio:
25/03/2026

Periodo de finalización:
05/06/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Plan de servicios:
-

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764094766343 aprobado en 20250624 prefijo S desde el número 15001 al 30000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 3ed0e4fd357a504f534e376820f8549c316b2b3c265ac0d56382b2fce876931745fca1f6e031167eb58f53c735a045fd

RELACION DE PACIENTES FACTURADOS
IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS

Número de Factura : 29215

Empresa: MUNICIPIO DE LA CEJA

Nit: 890981207

	Identificación / Fecha	Paciente / Cargo / Ciudad	Empresa / Tipo Examen / Servicios	Valor
MUNICIPIO DE LA CEJA				
1	70101727 26/03/2026	ELKIN DE JESUS JURADO BUITRAGO LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - EGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	33.500.00
2	1040044444 27/03/2026	FRANCY MILENA MARTINEZ CIRO LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - EGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	33.500.00
3	15379596 27/03/2026	HUGO LEON CARMONA PEREZ LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - POST-INCAPACIDAD EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	95.600.00
4	15381516 27/03/2026	NELSON OSVALDO RIOS VALENCIA LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	95.600.00
5	15379596 01/04/2026	HUGO LEON CARMONA PEREZ LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - POST-INCAPACIDAD EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	95.600.00
6	39184817 07/04/2026	LUZ ESTELLA RIOS MARTINEZ LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - POST-INCAPACIDAD EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	95.600.00
7	39185612 12/04/2026	MARTA RUT CARMONA LOPEZ LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - POST-INCAPACIDAD EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	95.600.00
8	1128438718 14/04/2026	ANDRES GONZALEZ CASTRO LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - EGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	33.500.00
9	39191626 15/04/2026	CLAUDIA NORELLA BEDOYA CHICA LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - EGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	33.500.00
10	15387300 16/04/2026	JAVIER ALEJANDRO BOTERO BEDOYA LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - EGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	33.500.00
11	15379596 17/04/2026	HUGO LEON CARMONA PEREZ LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - EGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	33.500.00
12	1036609029 18/04/2026	VICTOR ALFONSO VELASQUEZ RAMIREZ LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - INGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	44.500.00
13	15380579 19/04/2026	JESUS ORLANDO MUÑETON YARCE LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - POST-INCAPACIDAD EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	95.600.00
14	1042709176 22/04/2026	MARIA CAMILA GUILLEN BALZAN LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - INGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA	44.500.00
15	39185612 23/04/2026	MARTA RUT CARMONA LOPEZ LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - POST-INCAPACIDAD EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	95.600.00

	Identificación Fecha	Paciente Cargo Ciudad	Empresa Tipo Examen Servicios	Valor
16	15381490 11/05/2026	FRANCISCO JAVIER ALVAREZ OCAMPO LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - POST-INCAPACIDAD EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	95.600.00
17	1036931921 20/05/2026	JOHN ALEXANDER GALVIS COETES LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - EGRESO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	33.500.00
18	39189582 21/05/2026	MARIBEL GONZALEZ GAVIRIA LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - POST-INCAPACIDAD EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL	95.600.00
19	15386667 22/05/2026	MARIO ALFONSO HENAO LOPEZ LA CEJA	MUNICIPIO DE LA CEJA - SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES MÉDICAS EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES	95.600.00

Fecha: 03/06/2026 .

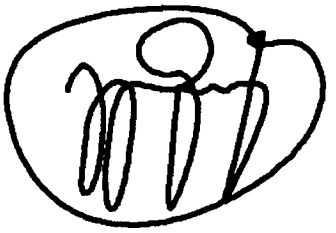
INFORME DE ACTIVIDADES

FACTURA: S-29215

En los meses marzo, abril, mayo y junio a la fecha, se prestaron los siguientes servicios: 2 visiometrías, 9 exámenes médicos con énfasis osteomuscular, 8 examenes post-incapacidad o de reintegro laboral, 1 evaluación médica ocupacional para definir recomendaciones y 1 evaluación médica ocupacional de seguimiento a recomendaciones.

El resumen por tipo de examen es el siguiente: 7 exámenes médicos ocupacionales de egreso, 8 exámenes post-incapacidad o de reintegro laboral, 2 examenes ocupacional de ingreso, 1 evaluación médica ocupacional para definir recomendaciones y 1 evaluación médica ocupacional de seguimiento a recomendaciones.

Adicional, se prestaron 8 horas de asesoría por médico especialista SST empleadas realización de visitas domiciliarias, revisión de tutelas y acompañamiento en proceso de calificación a servidores de la administración municipal.





JUAN JOSÉ GONZÁLEZ URIBE
Representante Legal
IPS Corriente Vital Consultores S.A.S
NIT 900.520.548-1

La Ceja, Antioquia, 3 de junio de 2026.

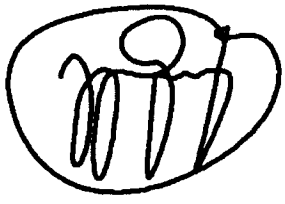
Señores
MUNICIPIO DE LA CEJA

ASUNTO: CARTA DE CUMPLIMIENTOS DE APORTES PARAFISCALES

El suscrito (Representante Legal o Revisor fiscal) de IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES S.A.S con NIT 900.520.548-1, certifica que al 31 de mayo de 2026 se encuentra PAZ Y SALVO por concepto de aportes a las cajas de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, así como a los sistemas de Salud, Pensión y riesgos profesionales ARP (Artículo 50 de la ley 789 de 2002) correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses.

Cordialmente,

Nombre y Apellidos: JUAN JOSE GONZÁLEZ URIBE
Cargo: Representante Legal
Número de identificación: 1.039.469.325





Firma

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14858714451

(415)7707212489984(8020) 000001485871445 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 5 4 8	1	Impuestos de Medellín	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

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
IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla
IPS CORRIENTE VITAL	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	La Ceja 3 7 6

41. Dirección principal
CL 17 18 66

42. Correo electrónico leidy.rodriguez@ipscorrientevital.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 5 3 9 2 7 9	3 1 3 6 6 0 0 8 5 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 2 0 4 2 5	1 4 1 0	2 0 1 2 0 4 2 5	4 7 7 1			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	0	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5												

05- Impto. renta y compl. régimen ordinal 55- Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros																				Exportadores				
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
54. Código 2 2	2 3																			3	1	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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 4 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14858714451

(415)7707212489984(8020) 000001485871445 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 5 4 8	1	Impuestos de Medellín	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	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	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 1
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 2 0 4 2 5	2 0 1 4 0 6 0 1
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 2 0 5 0 2	2 0 1 4 0 7 0 7
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 0 7 6 5 4 3	7 6 5 4 3
78. Departamento	0 5	0 5
79. Ciudad/Municipio	0 5 1	0 5 1
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 2 0 4 2 5	2 0 1 4 0 6 0 1
81. Hasta	3 0 0 0 1 2 3 1	2 0 5 0 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 3 0 1 0 1		-
2	8 1	2 0 1 8 0 5 2 9		-
3				-
4				-
5				-

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14858714451

(415)7707212489984(8020) 000001485871445 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 5 4 8	1	Impuestos de Medellín	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 5 0 3 2 0

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	1 0 3 9 4 6 9 3 2 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GONZALEZ	URIBE	JUAN	JOSE

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

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	103. Número de tarjeta profesional

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	103. Número de tarjeta profesional

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14858714451

(415)7707212489984(8020) 000001485871445 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 2 0 5 4 8	1	Impuestos de Medellín	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: IPS CORRIENTE VITAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	La Ceja 3 7 6

165. Dirección: CL 18 18 69

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
7 6 5 4 5	2 0 1 2 0 5 0 2
168. Teléfono: 5 5 3 1 1 9 4	169. Fecha de cierre

2

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

3

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Miércoles, 23 de enero de 2026

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS identificado(a) con NIT 900520548, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	02384003319	2012/06/04	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. **Ejecución del Contrato**
8. Modificaciones del Contrato
9. Incumplimientos

Volver

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Crear Plan | Cancelar Plan | Recepción no Planeada

	Referencia	Fecha prevista de entrega	% ejecución prevista	Fecha real de entrega	% ejecución real	Estado	
•	S29215	19/06/2026 12:00 PM (UTC-5 hora)	13,17	19/06/2026 4:00 PM (UTC-5 hora)	13,17	Confirmado	Ver

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado		
Pago 001	S29215	3/06/2026 8:49 AM (UTC-5 hora)	19/06/2026 8:00 AM (UTC-5 hora)	2.086.220 COP	2.239.496 COP	2.239.496 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	17.000.000,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	2.238.900,00 COP	13,17%	-
Valor facturado:	2.239.496,00 COP	13,17%	-
Valor facturado pendiente de pago:	2.239.496,00 COP	13,17%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	17.000.000,00 COP	100%	-