**20261100469773*

INFORMACIÓN GENERAL.			
Número de contrato: No. 20251800043327	Fecha de radicación: 30/07/2026	Número de Radicación: 20261100469773	
Fecha del Acta de inicio: _01_ /_12_/ _2025_	Plazo del contrato: 30/09/2026	Periodo del Informe comprendido	
		Desde: _25_ /_02_/ _2026_	Hasta: _31_ /_03_/ _2026_
Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS PRE OCUPACIONALES, PERIÓDICOS, DE RETIRO Y COMPLEMENTARIOS, EN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES EXIGIDOS POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SG-SST			
Supervisor y/o Interventor: CENARIO RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ			
Nombre o razón social del contratista: IMPACTO IPS		C.C.-N.I.T.: 900982787-5	
Dirección: CARRERA 10 # 17 N 48 B/ Antonio Nariño		Teléfonos: 3015573797	

Informe parcial _x_ **Informe Final ____**

OBLIGACIONES O ACTIVIDADES CONTRACTUALES	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS	ANEXOS
1. Realizar los exámenes médicos ocupacionales a saber: a) Examen médico ocupacional básico (ingreso, periódico, retiro). b) Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular (ingreso, periódico, retiro). c) Examen médico ocupacional de reintegro/postincapacidad	Durante el periodo comprendido entre el 25 de febrero de 2026 y el 31 de marzo de 2026, se realizaron seis (6) exámenes médico ocupacionales de ingreso con énfasis osteomuscular, catorce (14) exámenes médico ocupacionales periódicos con énfasis osteomuscular, un (1) examen médico ocupacional post incapacidad, con el propósito de evaluar el estado de salud del funcionario, verificar su condición funcional y determinar su aptitud para el Reintegro laboral.	1.1 Carpeta con 6 EMO de ingreso con énfasis osteomuscular. 1.2 Carpeta con 14 EMO Periódicos con énfasis osteomuscular. 1.3 Carpeta con 1 EMO Postincapacidad. 1.4 Matriz Excel con relación de pacientes atendidos durante el periodo facturado.
2. Realizar los estudios de caso (mesas técnicas para casos especiales con ARL, Ministerio, EPS). Cuando sea requerido.	Durante este periodo no se realizaron este tipo de evaluaciones médicas.	N/A
3. Brindar el servicio de los paquetes diferenciados, tales como: a) Trabajo seguro en alturas que incluya audiometría, optometría, perfil lipídico y glicemia. b) Alturas a mayores de 45 años que incluya además electrocardiograma; manipulación de alimentos que incluya EMO con énfasis, KOH uñas, frotis de garganta y coprológico. c) Conductores que incluya EMO osteomuscular, optometría, audiometría, psicosensométrico. d) Directivos y administrativos exámenes osteomuscular más visiometría. Cuando sea requerido.	Durante este periodo no se realizaron este tipo de evaluaciones médicas.	N/A

**20261100469773*

4. Realizar los laboratorios y pruebas complementarias que incluya: a) Hemograma. b) Antígeno prostático en mayores de 50 años. c) Pruebas de función hepática: TGO, TGP, GGT. d) Mamografía en mayores de 50 años. e) Ecografía mamaria. f) Pruebas simuladoras por neuropsicología laboral o polígrafo. Cuando sea requerido.	Como parte del proceso de valoración ocupacional se realizaron **(19) perfiles lipídicos, (19) glicemias, (19) hemogramas y (19) visiometrías ocupacionales**, con el fin de fortalecer el seguimiento integral de las condiciones de salud de los funcionarios e identificar factores de riesgo asociados al entorno laboral.	4.1 Se adjunta soporte de planillas de asistencia debidamente firmada por cada uno de los funcionarios al momento de recibir y asistir a los diferentes exámenes.
5. Realizar el proceso de vacunación de los siguientes tipos: a) Vacuna contra Hepatitis B. b) Vacuna toxoide tetánico. c) Vacuna fiebre amarilla. Cuando sea requerido.	Durante este periodo no se realizó este tipo de servicio este tipo de evaluaciones médicas	N/A
6. Brindar sus servicios en la materialización de los productos ocupacionales y programas de vigilancia tales como: a) Batería de riesgo psicosocial con matriz, informe individual y colectivo, programa de vigilancia psicosocial. b) Análisis de puestos de trabajo con énfasis ergonómico-osteomuscular. c) Análisis de puestos de trabajo con énfasis psicosocial. c) Informe de condiciones de salud de la población trabajadora. d) Matriz de seguimiento de riesgo cardiovascular (peso, talla, IMC, perímetro abdominal). e) Valoración de clima y cultura organizacional (alineada con MIPG). Cuando sea requerido.	Durante este periodo no se realizó este tipo de servicio este tipo de evaluaciones médicas	N/A
7. Brindar custodia y manejo de historias clínicas ocupacionales de acuerdo a la Resolución 839 de 2017, Ley 2015 de 2020, Ley 1581 de 2012 y Resolución 3100 de 2019.	Se genera certificado de custodia de historias clínicas.	7.1 PDF Certificación custodia de Historias Clínicas.
8. Expedir certificados con restricción para el cargo o sin restricción para el cargo según la Resolución 1843 de 2025.	Durante el periodo comprendido entre el 25 de febrero del 2026 y el 31 de marzo del 2026 se generaron certificados médicos ocupacionales en los cuales quedaron estipulados los tipos de restricciones y se genera semaforización para la realización de las próximas valoraciones medicas ocupacionales, dando así cumplimiento a la resolución 1843 de 2025.	8.1 Matriz Excel con MO de Ingreso y laboratorios. 8.2 Matriz Excel con MO Periódicos y laboratorios. 8.3 Matriz Excel con MO Postincapacidad. 8.4 Matriz Excel con Recomendaciones y semaforización de próximas valoraciones médicas.
9. Entregar informe de condiciones de salud consolidado al empleador, base de datos Excel donde se incluya los datos ingresados en la HC y sus recomendaciones	Se genera informe en formato Excel con base de datos de los funcionarios atendidos durante el periodo comprendido entre el 25 de febrero del 2026 y el 31 de marzo del 2026 con datos ingresados en la HC y sus recomendaciones.	9.1 Matriz Excel con datos ingresados en la HC y sus recomendaciones. 9.2 Se adjunta informe de condiciones de Salud en archivo PDF.

**20261100469773*

10. Realizar informe epidemiológico, de riesgo cardiovascular, psicosocial y osteomuscular, donde se sugieran las intervenciones a realizar.	Se Genera Informe de Condiciones de Salud con sus respectivas recomendaciones del personal atendido dando cumplimiento a la resolución 1843 de 2025.	10.1 Se adjunta Informe de condiciones de Salud en archivo PDF.
11. Las demás actividades que se deriven y estén dentro del alcance del objeto contractual.	No se presentaron actividades adicionales durante el periodo facturado.	N/A

OBSERVACIONES

POR PARTE DEL CONTRATISTA:	**POR PARTE DEL SUPERVISOR:**

FIRMA CONTRATISTA

CUMPLIMIENTO Y/O RECIBIDO A SATISFACCIÓN

El Supervisor, dando cumplimiento a los Artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 certifica que el Contratista ha cumplido cabalmente con el objeto contractual desarrollando las actividades descritas anteriormente, dentro del periodo de tiempo comprendido entre el _25_/_02_/_2026_ y poner en negrilla _31_/_03_/_2026_ y cumpliendo con el pago al Sistema de Seguridad Social, y por lo que se procede a la elaboración del acta de pago parcial X y/o final para el trámite de pago.

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA APOYO A LA SUPERVISIÓN
(SI APLICA)

DOCUMENTOS ANEXOS	**No. FOLIOS, CD'S, DVD'S**
• Relación de funcionarios a quienes se les realizaron exámenes médico ocupacionales con fechas de atención y número de identificación. • Informe técnico de análisis de puesto de trabajo con énfasis ergonómico – osteomuscular • Certificados médico ocupacionales de aptitud laboral expedidos a los funcionarios evaluados durante el periodo del informe.	Un (01) CD

CONSTANCIA DE RECEPCION DE DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE CONTRACTUAL DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA CONTRATANTE, PARA TRÁMITE DE PAGO.

Yo, _____, recibo a los 30 días del mes de 3 del año 26 los documentos anteriormente descritos, los cuales pasan a ser parte del expediente contractual.

Firma recibido Personal Archivo de la Secretaría/Oficina Asesora

	ALCALDÍA DE POPAYÁN	F-GC-CT-20
	CONTROL EXPEDIENTE CONTRACTUAL	Versión: 03
		Página 1 de 1

# DE CONTRATO O CONVENIO:	20251800043327	# INFORME: 2
DEPENDENCIA CONTRATANTE:	SECRETARIA GENERAL	
CONTRATISTA / CONVENIANTE:	IMPACTO IPS	
C.C.-N.I.T.: 900982787	DIRECCIÓN: CARRERA 10 # 17N - 48	TELÉFONO: 3015573797

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS PRE OCUPACIONALES, PERIÓDICOS, DE RETIRO Y COMPLEMENTARIOS, EN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES EXIGIDOS POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SG-SST

SUPERVISOR O INTERVENTOR: CENARIO RODRIGUEZ HERNANDEZ

1. CERTIFICACION DE PUBLICACIÓN EN EL SECOP Y SIA OBSERVA.

IDENTIFICACIÒN DEL PROCESO EN SECOP II	MP-SG-MC-015-2025

TIENE GARANTÍAS VIGENTES, ACTUALIZADAS Y PUBLICADAS EN EL SECOP II SI__X__, NA ____

El funcionario / contratista, Lucy Cristina Cerón Parra identificado con CC. 34322847 designado por el secretario o jefe de la Unidad Administrativa, para la administración y registro del **SECOP.II**, Y El funcionario / contratista, HERNAN ANDRES CASALO identificado con CC. 1030545 designado por el secretario o jefe de la Unidad Administrativa, para la administración y registro de SIA OBSERVA:
CERTIFICAN que a la fecha (30-07-2026) una vez consultado el SECOP II Y SIA OBSERVA, que el CONTRATISTA en mención, tiene publicados los documentos correspondientes al mes de Febrero . del expediente contractual en las plataformas. Por lo tanto, se otorga visto bueno para continuar con el trámite del pago.

Lucy Cristina Cerón P.
FIRMA DEL RESPONSABLE SECOP II

HERNAN ANDRES CASALO.
FIRMA DEL RESPONSABLE SIA OBSERVA

2. CERTIFICACIÓN DE ARCHIVO DE GESTIÓN DE LA OFICINA JURÍDICA.

El funcionario/contratista _____, identificado con CC. 1143936821, responsable del control del Archivo de Gestión de la Oficina Asesora Jurídica, **CERTIFICA** que a la fecha (30-7-26), una vez consultado el expediente físico que reposa en el **Archivo de Gestión de la Oficina Jurídica**, el **CONTRATISTA** en mención, cuenta con los documentos al día, por lo tanto, se otorga visto bueno para continuar con el trámite del pago.

FIRMA DEL RESPONSABLE _____

3. CERTIFICACIÓN DE PQRSD N/A

La secretaria(o) ejecutiva o quien haga sus veces Luz Eleno Astudillo Hurtado, identificada(o), con CC. No 34555.051, responsable del control de requerimientos o PQRSD que ingresan a la Unidad Administrativa. **CERTIFICA** que a la fecha (30/7/26), el contratista en mención. No presenta requerimientos o PQRSD vencidas o pendientes de trámite o respuesta. De conformidad con lo registrado en el formato de control a PQRSD F-GAC-03 a mi cargo. Por lo anterior se otorga visto bueno para continuar con trámite del pago.

FIRMA DEL RESPONSABLE Luz Eleno Astudillo H.