FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 083 DE 2020

INFORME 1 MAYO

1. Datos generales

Período del informe	may-20	Número de contrato/convenio:	083 de 2020
Tipo de contrato/convenio	Prestacion de servicios	Fecha suscripción contrato/convenio:	2020
Valor Inicial del contrato/convenio	$ 5.605.000	Plazo de Ejecución Inicial (hasta cuándo):	30/12/2020

Objeto

Prestar el servicios de exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos, post incapacidad o reintegro, de egreso para los colaboradores del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Risaralda

Alcance del objeto (si aplica)

2. Datos supervisor

Nombre y cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio)	JORGE EDUARDO SALDARRIAGA PEREZ	Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio)	Sandra Milena Cordoba García Coordinadora Administrativa (E), Judith Amparo Alzate Alzate
Nombre y cargo Supervisor ICBF (según memorando de designación, si aplica)	JORGE EDUARDO SALDARRIAGA PEREZ	Fecha memorando de designación de supervisión (si aplica)	
Nombre Supervisor ICBF (para efectos de liquidación)	JORGE EDUARDO SALDARRIAGA PEREZ	Supervisores otras entidades (cooperantes) - (Si aplica)	
Otros supervisores **(*)**		Cargos de otros supervisores	

(*) *Si se trata de varios supervisores, deberán relacionarse todos.*

3. Datos contratista

Nombre Contratista:	BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S	Cédula o NIT:	900304530-2
Dirección:	CALLE 15 N. 4-33	Correo electrónico:	bienestarsaludsas@gmail.com
Representante Legal que suscribió el contrato/convenio:	CLAUDIA IMELDA DE JESUS JARAMILLO ZULUAGA	Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación **(i):**	CLAUDIA IMELDA DE JESUS JARAMILLO ZULUAGA
Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal **(i)**:	22/12/2020		

(i) *Estos datos sólo deberán diligenciarse en el Informe Final para liquidación.*

4. Plazo de duración del contrato/convenio

Desde cuándo:	7/02/2020	Hasta cuándo:	30/12/2020
Fecha aprobación pólizas:	7/02/2020	Fecha expedición R.P.:	6/02/2020
Fecha acta de inicio:		Fecha inicio del contrato/convenio:	7/02/2020
Fecha documento de Prórroga (si aplica):		Prorrogado hasta cuándo (si aplica):	
Fecha aprobación póliza de la prorroga:		Fecha de terminación:	30/12/2020

Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para éstas.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

5. Información presupuestal

Valor Inicial del contrato/convenio **$ 5.605.000**

Aporte ICBF **$ 5.605.000**

Aporte Contratista (si aplica)

No. de CDP:	11820	Fecha CDP:	8/01/2020	Valor de CDP:	$ 6.382.907
No. de RP:	18220	Fecha RP:	6/02/2020	Valor de RP:	$ 5.605.000

(+) ADICIONES

Fecha Documento Adición: Valor Adición:

Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:

No.CDP Adición:		Fecha CDP Adición:		Valor CDP Adición:	
No. de RP Adición:		Fecha RP Adición:		Valor RP Adición:	

Valor adición aporte contratista:

Fecha aprobación póliza de la adición

Si se presentan más adiciones, incluir filas para éstas.

(-) DISMINUCIONES

Fecha Documento Disminución: Valor disminución :

Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:

No.CDP disminución :		Fecha CDP		Valor CDP disminución :	
No. de RP disminución :		Fecha RP disminución		Valor RP disminución :	

Si se presentan más disminuciones, incluir filas para éstas.

(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones)

Valor anticipo (si aplica): Fecha pago anticipo (si aplica):

Porcentaje amortización (si aplica): Período facturado:

Forma de Pago:

6. Información relacionada con la contratación derivada (si aplica)

El supervisor certifica la existencia de contratación derivada del Contrato (Convenio) No. 083 de 2020 consistente en ____1___ (cantidad) contratos, suscritos por **BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S**, con el fin de **Prestar el servicios de exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos, post incapacidad o reintegro, de egreso para los colaboradores del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Risaralda**. De igual manera allega relación de dicha contratación, en folios, en la cual se identifica el número de contrato, la fecha de suscripción, el contratista, el objeto, la duración, el valor, observaciones generales y la certificación expresa del Contratante de que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada, y de que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

Este aparte sólo debe diligenciarse en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y la certificación de paz y salvo debidamente suscrita por el Contratante correspondiente.

7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

Periodo certificado	Fecha de certificación	Valor pagado	Observaciones
01/02/2020 al 30/03/2020	**22/04/2020**	**$ 198.000**	

8. Pagos Efectuados según estado de cuenta o información suministrada por la Dirección Financiera

Número de pago/desembolso, según cláusula de forma de pago	Valor de desembolsos según minuta contractual (A)	Valor pagado o desembolsado (B)	Diferencia (A-B)	Fecha y número de la orden de pago correspondiente	Observaciones (si el valor pagado fue diferente al pactado en la minuta, describir breve justificación, descuentos y concepto de los mismos)
116036420	$ 198.000	$ 3.960	$ 194.040	13/05/2020	

9. Descuentos/Liberaciones/Reducciones al valor (si aplica)

Fecha Descuento/Liberación/Reducción	Valor Descuento/Liberación/Reducción	Concepto Descuento/Liberación/Reducción

10. Reintegros efectuados (si aplica)

Fecha reintegro	Valor reintegro	Comprobante reintegro	Concepto reintegro

11. Resumen ejecución presupuestal acumulado (aplica también para informe final)

Concepto		Valor
Valor Inicial del convenio o contrato	Aporte inicial en dinero por EL ICBF	$ 5.605.000
	Aporte inicial en especie por EL ICBF	
	Aporte inicial en dinero por CONTRATISTA	
	Aporte inicial en especie por CONTRATISTA	
	Total	$ 5.605.000
Valor adiciones	Adición aporte ICBF	
	Adición aporte CONTRATISTA	
	Total	
Valor disminuciones	Disminuciones aporte ICBF	
	Disminuciones aporte CONTRATISTA	
	Total	
Valor total del convenio o contrato	Aporte dinero por EL ICBF	$ 5.605.000
	Aporte en especie por EL ICBF	
	Aporte en dinero por CONTRATISTA	
	Aporte en especie por CONTRATISTA	
	Total	$ 5.605.000
Valor total pagado por el ICBF		$ 198.000
Valor total ejecutado recursos del ICBF		$ 198.000
Recursos reintegrados al ICBF		
Valor consignaciones - rendimientos financieros (si aplica)*		
Valor total ejecutado recursos del CONTRATISTA		
Saldo pendiente por reintegrar al ICBF		
Saldo Pendiente por Pagar		$ 5.407.000
Saldo pendiente por liberar **		

** Para el informe fina,l debe adjuntarse a este documento extractos de cuenta bancaria que soporten el valor reportado de rendimientos financieros, copias de consignaciones de rendimientos y certificación de la Dirección Finaciera que avale dichas consignaciones.*

*** El saldo pendiente por liberar corresponde a (En caso de existir saldos pendientes por liberar se deberán justificar las razones por la cuales dicho valor no fue ejecutado por el contratista)……*

Fecha estado de cuenta 8/02/2021

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

12. Garantías

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia	
			Desde	Hasta
			día/ mes/año	día/ mes/año
CUMPLIMIENTO	Aseguradora Solidaria	57250	6/02/2020	30/04/2020
CALIDAD DEL SERVICIO			6/02/2020	30/04/2020
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL		15981	6/02/2020	31/12/2020

Nota: *Es necesario ingresar las garantías de las modificaciones realizadas al contrato. Así mismo, la garantía de estabilidad de obra, debe estar previamente aprobada por la Dirección de Contratación o las Coordinaciones Jurídicas en las Regionales del ICBF, según sea el caso.*

13. Sanciones

Marque con una "X" el tipo de sanción impuesta al contratista.

Tipo de Sanción (seleccionar con una x)			Número y fecha del acto administrativo que resuelve el proceso administrativo sancionatorio contractual.	Número y fecha del acto administrativo que resolvió el recurso (si aplica)	Fecha de ejecutoria del proceso administrativo sancionatorio contractual.	Valor de la sanción impuesta
Multa. (art. 17 Ley 1150 de 2007)						
Declaratoria de incumplimiento con cobro de perjuicios. (art. 17 Ley 1150 de 2007)	Total					
	Parcial					
Caducidad (art. 14, 18. Ley 1150 de 2007)						

14. Cumplimiento de Obligaciones

Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i)	Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)	Observaciones (iv)
Obligaciones del Eje de Gestión de Calidad			
Asegurar que el personal requerido para la ejecución del contrato cuente con el perfil de: Educación (formal: primaria, secundaria, pregrado, posgrado), formación (cursos específicos de la actividad a desarrollar como diplomados, seminarios, talleres entre otros) o experiencia para garantizar la óptima prestación del servicio	SI	HOJAS DE VIDA Y LICENCIAS EN EL CASO QUE APLICA	HOJAS DE VIDA REPOSAN EN LA CARPETA DIGITAL DEL REFERENTE SST
Socializar con el equipo que realizará las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Principios, Objetivos Estratégicos y Políticas de los Sistemas Integrado de Gestión SIGE).		REGISTRO DE ASISTENCIA REUNION 09/03/2020	
Determinar un mecanismo para conocer la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio, a través de un instrumento establecido por el mismo operador para tal fin			PENDIENTE
Obligaciones del Eje de Seguridad y Salud en el Trabajo			
Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente.	SI	CERTIFICADO 13/02/2019	
Presentar la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato o convenio.	SI	MATRIZ DE IDENTIFICACION Y VALORACION DE RIESGOS, Y DETERMINACION DE CONTROLES	
Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	SI	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNION 08/01/2020	
Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requerido para la realización de sus actividades	SI	PLANILLA ENTREGA EPP	
Obligaciones Eje de Política de Seguridad de la Información			
Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato.	SI	DOCUEMENTO SUSCRITO 03/03/2020	
Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato.			PENDIENTA PARA ULTIMO INFORME
Obligaciones Eje de Gestión Ambiental			
NO APLICA			
Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**
Suministrar la información que previamente requiera EL CONTRATISTA en relación con el objeto del presente contrato	SI	CORREO ELECTRONICO	REPOSA EN LA CARPETA DIGITAL DEL REFERENTE SST
Exigir a EL CONTRATISTA la ejecución idónea y oportuna de las obligaciones del presente contrato	SI	CORREO ELECTRONICO	REPOSA EN LA CARPETA DIGITAL DEL REFERENTE SST
Efectuar la supervisión y seguimiento del presente contrato.	SI	ACTA DE SEGUIMIENTO, PROGRAMACION DE EXAMENES, CORREOS ELECTRONICOS	REPOSA EN LA CARPETA DIGITAL DEL REFERENTE SST

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Cumplir con las demás señaladas en el artículo 4º de la Ley 80/1993 y otras normas concordantes	**SI**	**CORREO ELECTRONICO**	
Generar los pagos establecidos previa verificación de las labores ejecutadas y el cumplimiento de requisitos	**SI**	**PAGOS ANEXOS A LA CERTIFICACION**	**CARGADOS EN SECOP**
Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
NO APLICA			

(i) *El Supervisor deberá registrar todas las obligaciones contenidas en la cláusula correspondiente del contrato/convenio. Para aquellas obligaciones cuyo cumplimiento no obedezca a un producto tangible, deberá señalar en la columna del "Documento que evidencia el cumplimiento", su concepto sobre el mismo.*

(ii) *Si el Supervisor establece que "no" se ha dado el cumplimiento a una obligación, dentro de uno de los informes periódicos, deberá indicar las razones por las cuales es así, y qué acciones se han tomado sobre dicho incumplimiento. Si el reporte de "no cumplimiento" se presenta en el Informe Final de Supervisión, el supervisor deberá allegar copia y presentar reporte de las acciones adelantadas frente al mismo. Si el supervisor señala que una obligación "N/A" sólo podrá ser relacionada con algunos periodos en los que esa obligación específica no sea requerida.*

(iii) *El supervisor deberá relacionar todos los documentos que evidencien el cumplimiento de la obligación correspondiente, relacionados con actas de entrega a satisfacción o de reuniones, informes, certificaciones, comunicaciones, oficios, memorandos, y en general cualquier documento que pruebe que la obligación fue efectivamente cumplida. Deberá igualmente indicar el folio del documento y su ubicación.*

(iv) *El supervisor deberá señalar en "Observaciones" cualquier información que considere relevante relacionada con el cumplimiento de la obligación. El diligenciamiento de esta columna no es obligatorio.*

15. Seguimiento a matriz de riesgos

Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio?	SÍ	X	NO	
Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?	SÍ		NO	**X**
Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia:				
Observaciones adicionales:				

Si hay algún riesgo que se materializó o que tiene alta probabilidad de ocurrencia debe informarse a la Dirección de Planeación, Subdirección de mejoramiento

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

16. Certificación

El supervisor, con la suscripción del presente informe, certifica que el contratista cumplió con su obligación de acreditar los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

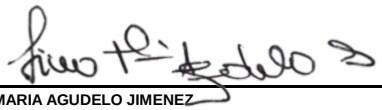
Fecha emisión de Informe 30/12/2020

Firma 

JORGE EDUARDO SALDARRIAGA PEREZ
Coordinador administrativo

Firma

Nombre Legalizador de cuentas
Cargo Legalizador de cuentas

Firma 

LINA MARIA AGUDELO JIMENEZ
Contratista Referente SST

Firma

Nombre otro revisor
Cargo otro revisor

Nota: Si se requiere la firma de más personas que intervinieron en el ejercicio de supervisión, se podrán incluir.

Yo, **JUDITH AMPARO ALZATE ALZATE**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	**BIEN ESTAR SALUD BS SAS**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**900304530**	**2**			
DOCUMENTO FUENTE	ACEPTACION DE OFERTA	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	83-2020	FECHA SUSCRIPCIÓN	6 (día)	febrero (mes)	2020 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 7 (día) febrero (mes) 2020 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2020 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**8** (día) **5** (mes) **2020** (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 1 DE 10	
VALOR A PAGAR	**$ 198.000,00**	EN LETRAS	**CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE**
PERÍODO DE PAGO	DESDE 7 (día) febrero (mes) 2020 (año)	30 (día) abril (mes) 2020 (año)	

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - DOCUMENTOS DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS - FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL ICBF A NIVEL NACIONAL	18220	27	C-4199-1500-8-0-4199053-02	192	02-02-02-009-003-01	$ 198.000,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	85181532559	TIPO DE CUENTA	CORRIENTE

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 198.000,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 198.000,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 198.000,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
JUDITH AMPARO ALZATE ALZATE	COORDINADORA GRUPO ADMINISTRATIVO	RISARALDA	GRUPO ADMINISTRATIVO	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
JUAN ANTONIO CARVAJAL ECHAVARRIA	GRUPO ADMINISTRATIVO		8/05/2020

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
JENNIFER PATIÑO MEZA	08/05/2020	5PM	

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.
NIT 900.304.530-2
CALLE 15 4 33
Tel: (2) 3353055
Pereira - Colombia
bienestarsaludsas@gmail.com

FACTURA DE VENTA
ELECTRONICA
No. FE-617

Señores	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		
NIT	899.999.239-2	**Teléfono**	3225912450
Dirección	Avenida Cra. 68 No.64C-75	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/05/2020, 07:48
Expedición	11/05/2020, 07:48
Vencimiento	11/05/2020

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Bruto
1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	7.00	22,000.00	154,000.00
2	PERFIL LIPÍDICO	1.00	22,000.00	22,000.00
3	OPTOMETRIA	1.00	12,000.00	12,000.00
4	GLICEMIA	1.00	10,000.00	10,000.00

Valor en Letras:
Ciento noventa y ocho mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-05-11 por $ 198,000.00

Total Bruto	198,000.00
Total a Pagar	**198,000.00**

Observaciones:
Favor consignar a la cuenta corriente
Banco de Occidente 06500610-8
Bancolombia 85181532559

SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA SEGÚN ACUERDO 041 DE 2012 ART. 53

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 18763004560572 aprobado en 20200225 prefijo FE desde el número 1 al 5000 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 EXAMENES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION Tarifa
CUFE: b7f854e201ae039204348601108dc1678c4ad70342e9db2f9336592e926b99d09ea2a6683a4e401895b7e1d71c5062b5

ELABORADA POR SIIGO S.A.S. NIT 830 048 145-8

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con NI-900304530 sucursal 001, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2020-04	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	3.700	0	3.700
Período salud:	2020-05	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	200	0	200
Planilla Nro.:	17769291 Tipo E	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Clase de aportante:	B	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Fecha transacción:	2020-05-04	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DE OCCIDENTE	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
Transacción:	616009275	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 3.900

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2020-04	230301	800224808	PORVENIR	9	0	460.300	0	460.300
Período salud:	2020-05	25-14	900336004	COLPENSIONES	5	0	310.500	0	310.500
Planilla Nro.:	17769293 Tipo E	230201	800229739	PROTECCION	9	0	301.300	0	301.300
Clase de aportante:	B	231001	800227940	COLFONDOS	1	0	16.500	0	16.500
Fecha transacción:	2020-05-04	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	6	0	437.600	0	437.600
Banco:	BANCO DE OCCIDENTE	EPS002	800130907	SALUD TOTAL	3	0	159.000	0	159.000
Transacción:	615997512	EPS010	800088702	EPS SURA	5	0	210.900	0	210.900
		EPS018	805001157	SOS-EPS	3	0	123.900	0	123.900
		EPS016	805000427	COOMEVA EPS	4	0	127.600	0	127.600
		EPS005	800251440	SANITAS	3	0	374.000	0	374.000
		14-23	860011153	POSITIVA	24	0	140.200	0	140.200
		CCF44	891480000	COMFAMILIAR RISARALDA	24	0	1.395.200	0	1.395.200
		PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
		PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 4.057.000

Pereira, 07 de mayo de 2020

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

ARTICULO 23 de la ley 1150 de 2007 que modifica el inciso segundo y el parágrafo 1 del artículo 41 de la ley 80/93

Yo, **ESPERANZA HOYOS CORREA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 42.067.268, en mi calidad de **REVISORA FISCAL** de la empresa **BIENESTAR SALUD BS SAS** con **NIT.** 900.304.530-2 bajo la gravedad del juramento manifiesto, que ha cumplido hasta el mes de abril de 2020, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo y de igual forma quienes están bajo prestación de servicios se encuentra a paz y salvo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud EPS, los Fondos de Pensiones, las Administradores de Riesgos Profesionales –ARP-, las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-, y es Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA- dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002

Para constancia se firma en Pereira, a los siete (07) día del mes de mayo del año dos mil veinte (2020).

