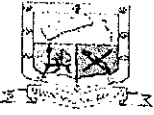


NORMEDIC

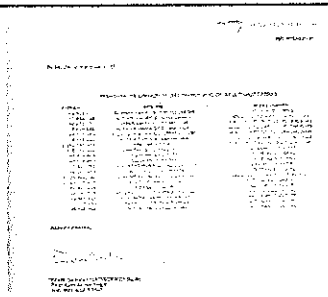
Copia

		AUTORIZACIÓN DE PAGOS AL CONTRATISTA Artículo 83 ley 1474 de 2011		 			
Informe Número		8	Fecha del informe / Certificación		30 de septiembre de 2025		
INFORMACION DEL CONTRATISTA							
Nombre		IPS NORMEDIC SAS		CC O NIT	901.612.535,3		
LUGAR DE EJECUCION		MUNICIPIO DE BELLO	N° CUENTA BANCARIA	31100013113	BANCO BANCOLOMBIA		
				TIPO DE CUENTA	AHORROS		
Nombre Supervisor		PAOLA ANDREA CARBALLO SIERRA		CC O NIT Supervisor	1020412171		
Secretaría / Dependencia		SERVICIOS ADMINISTRATIVOS - Dirección Administrativa de Talento Humano		Teléfono Supervisor	3216339051		
INFORMACION DEL CONTRATO							
# CONTRATO	335	AÑO DEL CONTRATO	2025	FECHA DE SUSCRIPCIÓN SECOP II	14/02/2025		
OBJETO DEL CONTRATO		CONTRATO 0335 DE 2025. PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DE LAS EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES A LOS SERVIDORES PUBLICOS DE LA ADMINISTRACION MUNICIPAL DE BELLO. PLAZO DESDE LA FECHA DE INICIO REGISTRADA EN EL SECOP II HASTA AG					
OTROS DATOS	DP	RP	VALOR	PLAZO			
inicial	165	0788	\$ 28.000.000	10 meses y 12 días			
Adición - 1				meses			
Adición - 2				meses			
Adición - 3				meses			
Adición - 4				meses			
Adición - 5				meses			
Adición - 6				meses			
Valor y tiempo final del contrato			\$ 28.000.000	10 Meses y 12 Días			
CONCEPTO DEL SUPERVISOR							
El contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con el objeto y obligaciones contratadas en el periodo o actividad para el cual se autoriza el pago, de manera satisfactoria con su objeto contractual en cuanto a oportunidad, calidad y profundidad de los informes presentados.				X	SI		
Se verificó el pago de la seguridad social, según planilla anexa, sobre la base del 40% del valor autorizado de pago y se verificaron certificados de afiliación a seguridad social y arl para la primera cuenta de cobro.					NO		
NÚMERO DE PAGO AUTORIZADO					8		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL VALOR CONTRATADO:					73,54%		
Ho. Factura-Cuenta de cobro	ML3201	Valor del pago:	\$ 1.905.000	Saldo del contrato:	\$ 7.409.965		
EJECUCION PRESUPUESTAL							
CODIGO RUBRO	RP	VALOR PAGO	SALDO POR RUBRO	CODIGO RUBRO	RP	VALOR PAGO	SALDO POR RUBRO

10653
30 SEP 2025

133	788	\$	1.905.000	\$	7.409.965				
			-		-				
			-		-				
			-		-				
			-		-				
			-		-				
			-		-				
			-		-				
			-		-				
			-		-				
			-		-				
VALOR TOTAL A GIRAR				\$ 1.905.000		SALDO DE RUBROS		\$ 7.409.965	
CONTROL FINANCIERO									
# DE PAGO	FECHA	VALOR AUTORIZADO PARA PAGO			# DE PAGO	FECHA	VALOR AUTORIZADO PARA PAGO		
0		\$ 0		ANTICIPO	15				
1	2025-02-28	\$ 1.305.000			16				
2	2025-04-01	\$ 7.470.000			17				
3	2025-04-24	\$ 1.755.035			18				
4	2025-05-27	\$ 2.388.000			19				
5	2025-06-14	\$ 1.624.000			20				
6	2025-07-24	\$ 1.810.000			21				
7	2025-08-28	\$ 2.333.000			22				
8	2025-09-30	\$ 1.905.000			23				
						\$ 20.590.035			
TOTAL PAGOS AUTORIZADOS									
OBSERVACIONES O CONCEPTO DEL PAGO									
0									
Firma del Secretario de Despacho									
									
ELIANA KATIA GALLEGO MENESES									
Nombre Completo del Secretario de Despacho					C.C	43528423			
Secretaría / Dependencia:			SERVICIOS ADMINISTRATIVOS			Dirección Administrativa de Talento Humano			

		INFORME DE SUPERVISION Artículo 83 ley 1474 de 2011		 	
1. COMPLEMENTO INFORMACIÓN CONTRATO					
Número de contrato	335	2025	Fecha de Elaboración Informe:	30/09/2025	
Tipo de informe:	Parcial:	X	Final:	Periodo de Informe:	1/09/2025 30/09/2025
INFORMACION DEL CONTRATISTA					
Nombre del Contratista			IPS NORMEDIC SAS		
Número de Identificación Tributaria			901.612.535,3		
Secretaría / Dependencia:	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS - Dirección Administrativa de Talento Humano		Lugar de Ejecución:	Municipio de Bello	
Plazo inicial:	10 meses y 12 días		Prórroga 1:		
Prórroga 2:			Prórroga 3:		
Prórroga 4:			Prórroga 5:		
Prórroga 6:			Fecha de Inicio de Ejecución:	19/02/2025	
Fecha de Suscripción en el SECOP II:	14/02/2025		Tiempo Ejecutado (en días):	191 Días	
Empresa Aseguradora			No. Póliza		
Tipo de Amparo	N/A		Vigencia de la póliza	N/A	N/A
Empresa Aseguradora			No. Póliza		
Tipo de Amparo	N/A		Vigencia de la póliza	N/A	N/A
Empresa Aseguradora			No. Póliza		
Tipo de Amparo	N/A		Vigencia de la póliza	N/A	N/A
Empresa Aseguradora			No. Póliza		
Tipo de Amparo	N/A		Vigencia de la póliza	N/A	N/A
Empresa Aseguradora			No. Póliza		
Tipo de Amparo	N/A		Vigencia de la póliza	N/A	N/A
2. CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL					
El contratista cumplió a satisfacción con todas las actividades programadas durante el plazo para la ejecución del contrato, de conformidad con el objeto y la vigencia.					
3. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO					
A. Revisar que el expediente electrónico o físico del contrato esté completo y actualizado, cumpliendo con la normativa aplicable:					
El contrato y soportes se encuentran en el enlace de SECOP II: https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.10218710 , el cual cuenta con cada uno de los informes de actividades parciales, facturas o cuentas de cobro, informes de supervisión, certificaciones de seguridad social que dan cuenta de todos los aportes realizados durante la vigencia del contrato.			SI	X	NO

B. Coordinar con el responsable en la Entidad Estatal la revisión y aprobación de garantías, la revisión de los soportes de cumplimiento de las obligaciones laborales, la revisión de las garantías.				
El contrato cuenta con las pólizas de garantía vigentes, el informe de actividades, factura o cuenta de cobro, informe de supervisión y certificaciones de seguridad social correspondientes al periodo evaluado.	SI	X	NO	
C. Preparar y entregar los informes previstos y los que soliciten los organismos de control.				
El contratista ha entregado los informes, planillas, registros y soportes solicitados durante el periodo de evaluación.	SI	X	NO	
D. Verificar el cumplimiento de las obligaciones del contratista en materia de seguridad social, salud ocupacional, planes de contingencia, normas ambientales, y cualquier otra norma aplicable de acuerdo con la naturaleza del contrato.				
El contratista ha presentado la planilla de seguridad social correspondiente al mes de AGOSTO, la cual fue pagada en (22/09/2025), con el IBC acorde al cobro de sus honorarios mensuales.	SI	X	NO	
4. SEGUIMIENTO TÉCNICO - OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	DESARROLLO DE ACTIVIDADES	EVIDENCIAS	CUMPLE	
Realizar a demanda y por solicitud de la oficina de Seguridad y Salud en el trabajo, de la Dirección Administrativa de Talento Humano; las evaluaciones médicas ocupacionales de acuerdo a lo exigido por el Decreto Nacional 1072 de 2015 y Resolución número 2346 de 2007 expedida por el Ministerio de la Protección Social, modificada Resolución número 1918 de 2009; del mismo ministerio.		Todas las evidencias reposan en la dependencia de SST	SI	
e. Obligaciones Generales				
1. Asistir a las capacitaciones y/o reuniones relacionadas con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a las que sea citado por la Administración Municipal. (Describir fecha y aportar evidencia de la asistencia a la capacitación)				
2. Cumplir a cabalidad con las obligaciones que se desprenden en materia de seguridad y salud en el trabajo, en atención a lo dispuesto en el Decreto 1072 de 2015, lo dispuesto en la Política y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la administración municipal, y demás normas que las modifiquen o adicionen. "ARTÍCULO 2.2.4.2.2.16. Obligaciones del contratista. El contratista debe cumplir con las normas del				
3. Entregar al Supervisor del contrato informe mensual, o cuando este lo requiera, con el detalle de las actividades realizadas en la ejecución del presente contrato. (Describir fecha y aportar evidencia del cumplimiento de este objetivo general)				
4. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.5. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato". (Describir fecha y aportar evidencia del cumplimiento de este objetivo general)				
5. Mantenerse al día en el pago de las obligaciones al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales), durante todo el plazo de ejecución del contrato. (Describir fecha y aportar evidencia del cumplimiento de este objetivo general)				

3. Cumplir con las obligaciones que se deriven del Sistema Integral de Gestión del Municipio de Bello. (Describir fecha y aportar evidencia del cumplimiento de este objetivo general)	
7. Asistir a las capacitaciones del Sistema Integral de Gestión y, en general, a aquellas que sea citado por el contratante. (Describir fecha y aportar evidencia de la asistencia a la capacitación)	
Verificar el cumplimiento de las normas técnicas aplicables. (opcional – se puede eliminar la línea)	
Revisar que las personas que conforman el equipo del contratista cumpla con las condiciones ofrecidas de acuerdo con lo previsto en el contrato y exigir su reemplazo en condiciones equivalentes cuando fuere necesario. (opcional – se puede eliminar la línea).	
Identificar las necesidades de cambio o ajuste y revisar el curso de acción con las partes. (opcional – se puede eliminar la línea)	
Estudiar las solicitudes y requerimientos técnicos del contratista y dar recomendaciones a la Entidad Estatal sobre el particular. (opcional – se puede eliminar la línea)	
Elaborar la documentación y el soporte necesario frente a la necesidad de hacer efectivas las garantías del contrato. (opcional – se puede eliminar la línea)	

5. SEGUIMIENTO JURIDICO - CONCEPTO DEL SUPERVISOR

Certifico que EL CONTRATISTA IVAN DARIO CUADROS HOLGUIN , como representante legal de NORMEDIC S.A.S identificado con NIT 901612535-3, dispuso de conocimiento y experiencia para el cumplimiento total, del objeto contractual, teniendo como resultado el cumplimiento de las actividades planteadas y programadas para el logro de dicho objeto. Hasta el momento el contratista no ha estado inmerso en inhabilidades e incompatibilidades sobreviniente que le impidan seguir legalmente con la ejecución del contrato. Las capacidades y facultades demostradas por el contratista para la celebración del contrato concuerdan en la misma condición. Las actividades y obligaciones se cumplieron a cabalidad de acuerdo con la normatividad vigente y con el objeto del contrato en razón de lo anterior se da viabilidad por parte del Supervisor o Interventor para proceder con el pago indicado.	X	SI
		NO

6. BALANCE CONTRACTUAL - CUMPLIMIENTO

PERIODO DE EJECUCIÓN		PAGO AUTORIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	VALOR	ESTADO
				\$ 0	
2025-02-19	2025-02-28	1	4,66%	\$ 1.305.000	PAGADO
2025-03-01	2025-03-30	2	31,34%	\$ 7.470.000	PAGADO
2025-04-01	2025-04-30	3	37,61%	\$ 1.755.035	PAGADO
2025-05-01	2025-05-30	4	46,14%	\$ 2.388.000	PAGADO
2025-06-01	2025-06-30	5	51,94%	\$ 1.624.000	PAGADO
2025-07-01	2025-07-30	6	58,40%	\$ 1.810.000	PAGADO
2025-08-01	2025-08-30	7	66,73%	\$ 2.333.000	PAGADO
2025-09-01	2025-09-30	8	73,54%	\$ 1.905.000	ADEUDADO
No. Total pagos		8	Totales	73,54%	\$ 20.590.035

El supervisor certifica que el contratista acreditó porcentaje de cumplimiento del 73,54% del contrato.

7. CONTROL DOCUMENTOS

A	Seguridad Social Integral del o (los) Período(s)	SI	J	Acta sobre el buen manejo del Anticipo	N/A
B	Certificado Disponibilidad Presupuestal	SI	K	Actas de cambio de obra	N/A
C	Certificado de Registro Presupuestal	SI	L	Informes de Laboratorio	N/A
D	Informes Parciales Mensuales de Ejecución del Contrato	SI	M	Informe del Personal a cargo del Contratista	N/A

E	Registro Fotográfico	NO	N	Actas reunión	N/A
F	Vigencia de las Garantías	N/A	O	Copia de Bitácora	N/A
G	Seguimiento y Control a los Planes Ambientales	N/A	P	Apertura de Fiducia o Patrimonio Autónomo- (Cuando se requiera)	N/A
H	Cantidades de Obra ejecutada	N/A	Q	Formato de devolución del Carné	N/A
I	Acta de Terminación y/o liquidación del Contrato	NO	R	Otros informes o evidencias	SI

8. EVALUACIÓN PROVEEDOR (SOLO APLICA PARA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO)

Teniendo en cuenta la siguiente escala de medición califique (puntos):
Excelente: 4.5 – 5.0 Bueno: 3.9 – 4.4 Regular: 3.0 - 3.8 Malo: Menos de 3.0

ASPECTOS A EVALUAR	CALIFICACIÓN
A. Calidad del bien o servicio – Satisfacción de las necesidades y expectativas que el usuario o cliente tienen del servicio adquirido	4,5
B. Cumplimiento de especificaciones técnicas – Evalúa el cumplimiento de requisitos técnicos y/o específicos	4,5
C. Cumplimiento de plazos del contrato – Evalúa la entrega puntual de los bienes y/o servicios	4,5
PUNTAJE PROMEDIO:	4,50

Observaciones:

9. FIRMA DE LAS PARTES

IPS NORMEDIC SAS	PAOLA ANDREA CARBALLO SIERRA
CC O NIT 901612535,3	CC O NIT 1020412171
Firma Contratista: 	Firma Supervisor: 

MUNICIPIO DE BELLO
Nit: 890,980,112.1
REGISTRO PRESUPUESTAL
SECRETARIA DE HACIENDA

El(La) Secretario(a) de Hacienda, en uso de sus atribuciones legales, ordenanzas y estatutarias, en especial las conferidas por el Acuerdo Municipal 1 018 de 2022, actual estatuto orgánico de presupuesto municipal

AUTORIZA EL GASTO A FAVOR DE:

IPS NORMEDIC SAS

Nit: 901,612,535.3

Vigencia 2025

Fecha de expedición 14/02/2025

No. contrato 0335-2025

Compromiso presupuestal No. 788

Fecha de aprobación 14/02/2025

Fecha Contrato 14/02/2025

Objeto:

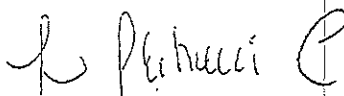
CONTRATO 0335 DE 2025. PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DE LAS EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES A LOS SERVIDORES PUBLICOS DE LA ADMINISTRACION MUNICIPAL DE BELLO. PLAZO DESDE LA FECHA DE INICIO REGISTRADA EN EL SECOP II HASTA AGOTAR PRESUPUESTO SIN SUPERAR EL 30 DE DICIEMBRE DE 2025. FORMA DE PAGO ACTAS PARCIALES PREVIA AUTORIZACION DEL IPERVISOR

Certifico que a la fecha de aprobación de este documento se han comprometido \$28,000,000 discriminados en los siguientes rubros:

Disponibilidad Nro.	165	\$	28,000,000
Rubro	08.01.19.001.00000000000000.001.15.01.2.1.3.07.02.031.01.01.0140.0000000	133 \$	28,000,000
RP Programa de salud ocupacional (no de pensiones)			
Total			\$ 28,000,000

Esta autorización cumple con todos los requisitos contemplados en el estatuto fiscal del Municipio y demás normas complementarias para su legalización, Ley 1150/07 y Decretos Reglamentarios.

Aprobó


FRANCISCO JAVIER ECHEVERRI CARDENAS
SECRETARIA DE HACIENDA

Ruta Elaboración
Nombre Usuario

AULA MIREYA CONTRERAS PACHECO Elaboró: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

MUNICIPIO DE BELLO

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD SECRETARIA DE HACIENDA

Vigencia

Disponibilidad presupuestal No.

Fecha de expedición

Fecha de aprobación

Descripción

REALIZAR EXAMENES DE INGRESO, PERIODICO Y DE EGRESO DE LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACION MUNICIPAL DE BELLO COMO ACCIONES DE SG-SST.

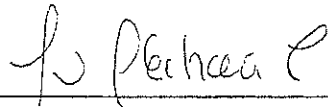
Certifico que a la fecha de aprobación de este documento existe aprobación disponible por valor de \$30,000,000, discriminados en los siguientes rubros:

Rubro			
08.01.19.001.00000000000000.001.15.01.2.1.3.07.02.031.01.01.0140.00000000			
Nombre del Rubro	C.costos	Código	Valor \$
RP Programa de salud ocupacional (no de pensiones)			
		133	30,000,000
Total			30,000,000

Elaboró


PAULA MIREYA CONTRERAS PACHECO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO - SECRETARIA DE HACIENDA

Aprobó


FRANCISCO JAVIER ECHEVERRI CARDENAS
SECRETARIO DE HACIENDA - SECRETARIA DE HACIENDA

Ruta Elaboración

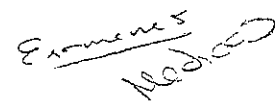
Nombre Usuario

PAULA MIREYA CONTRERAS PACHECO

FRANCISCO JAVIER ECHEVERRI CARDENAS

01-OSPN-06

Página 1 de 1



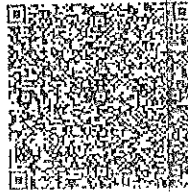


FORMATO DE PAGO



NOMBRE COMPLETO IPS NORMEDIC SAS		No FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE ML3201		Consecutivo de Pago 8	
CEDULA	901.612.535,3				
DIRECCIÓN CALLE 53 # 47-79		FECHA EXPEDICIÓN FACTURA 30 de septiembre de 2025			
TELÉFONO 3225424487		NUMERO DE CONTRATO: 335		AÑO DE CONTRATO 2025	
CIUDAD BELLO - ANTIOQUIA		No responsable de IVA			
Señor (es): MUNICIPIO DE BELLO		Nit: 890.980.112-1			
Dirección: CARRERA 50 # 51 - 00		Teléfono: 604 79 44			
Fecha inicial periodo a facturar: 1/09/2025		Fecha final periodo a facturar: 30/09/2025			
Lugar ó area donde se presta el servicio: Dirección Administrativa de Talento Humano		SECRETARIA		SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	
Nº DE CUENTA	31100013113	TIPO DE CUENTA	AHORROS	BANCOLOMBIA	
OBJETO DEL CONTRATO				VALOR TOTAL	
CONTRATO 0335 DE 2025. PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DE LAS EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES A LOS SERVIDORES PUBLICOS DE LA ADMINISTRACION MUNICIPAL DE BELLO. PLAZO DESDE LA FECHA DE INICIO REGISTRADA EN EL SECOP II HASTA AG				\$ 1.905.000	
Manifiesto bajo gravedad de juramento que he cotizado los aportes correspondientes a la seguridad social de acuerdo a la siguiente información y NO han sido restados de la base de retención a título de renta en otros contratos a mi nombre (artículo 617 del Estatuto Tributario)					
Valor pagado SS	\$ 6.480.900	# planilla SS	79860000	mes cotizado	AGOSTO
Para efectos de depuración de la base aplicable para retención en la fuente, manifiesto bajo gravedad de juramento y anexo, lo siguiente:					SI / NO
1. He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores.					NO
2. Tengo dependiente de Ley 1607/2012 para efectos de deducción de retención en la fuente a título de renta. (Parag. 2 artículo 387 E.T), anexo soportes según la ley.					NO
3. Realicé pagos de intereses en préstamo para adquisición de vivienda del año inmediatamente anterior, anexo certificado bancario					NO
4. Realicé pagos por Medicina prepagada o póliza de seguros, anexo certificado					NO
5. Realicé los pagos Obligatorio al Sistema General de Seguridad Social, anexo planilla					SI
Para efectos de depuración de la base aplicable para retención por industria y comercio, manifiesto bajo gravedad de juramento que ejerzo una profesión liberal					SI
FIRMA CONTRATISTA: 		FIRMA SUPERVISOR 			
IPS NORMEDIC SAS CONTRATISTA		C.C. PAOLA ANDREA CARBALLO SIERRA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS - Dirección Administrativa de Talento Humano 1020412171,0			
El presente documento se asimila para todos sus efectos a una letra de cambio según art- 774 del Código de Comercio					

IPS NORMEDIC SAS
 NIT 901.612.535-3
 CL 53 47 79
 Tel: (undefined) 3242084336 - Ext.
 undefined
 Bello - Colombia
 contabilidadnormedic@gmail.com



Factura electrónica de venta
 No. ML 3201

Fecha y hora Factura

Señores MUNICIPIO DE BELLO
 NIT 890.980.112-1
 Dirección CR 50 51 00
 Teléfono (604) 4664510 - Ext. 000
 Ciudad Bello - Colombia

Generación 26/09/2025, 10:08
 Expedición 26/09/2025, 10:08
 Vencimiento 30/09/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Valor desc.
1	Seguimiento de recomendaciones	3.00	225,000.00	0.00
2	Examen médico post incapacidad	3.00	225,000.00	0.00
3	Examen médico de egreso	1.00	35,000.00	0.00
4	Médico ocupacional, audiometría y optometría.	3.00	195,000.00	0.00
5	Pruebas psicosensoométricas	9.00	1,035,000.00	0.00
6	Triglicéridos, colesterol, glicemia, audiometría, optometría y médico ocupacional.	2.00	190,000.00	0.00

Total ítems: 6

Total Bruto 1,905,000.00

Valor en Letras:

Un millón novecientos cinco mil pesos m/cto

Total a Pagar 1,905,000.00

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

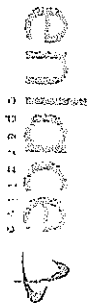
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-09-30 por \$ 1,905,000.00

Observaciones:

Consignar en la cuenta de ahorros Bancolombia # 31100013113 y por favor enviar el comprobante de pago al correo facturas.normedic@gmail.com o al celular 301 224 03 15.

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 16764097873368 aprobado en 20250830 prefijo ML desde el número 3001 al 50000 Vigencia: 24 Meses

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin intermediación Tania
 CUIFE: cdf73111bc5cdic0de9d5b0d82a7510791a29d38e178591b2e8f723ca4c1c7dc9673e48cc53e9fa16265a7a70701425



Fecha creación reporte: 2025-09-26, 10:25:04 AM

Tipo Planilla:

E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

Número Planilla: 79860000

Periodo Cotización:

agosto de 2025

Periodo Servicio:

septiembre de 2025

Suporte |

AUTOQUIDACION
CONSOLIDADA

PAGADO 22/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IPS NORMEDIC SAS	Nombre Sucursal	IPS NORMEDIC SAS	Código Sucursal	1002
Documento	N1801612535	Dirección	CL 53 #47 - 79		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	Teléfono	3225424487		
Tipo Persona	JURIDICA	Forma Presentación	SUCURSAL		
Ciudad	BELLO	Departamento	ANTIOQUIA		
Representante Legal	CUADROS HOLGUIN IVAN DARIO	Identificación	CC 71739813		
Total Afiliados	14	ARP	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscal			
Identificación	Apellidos y Nombre	Tipo Contrato	Salario Cotizable	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27					
CC 1004507	JUAN DAVID RODRIGUEZ	01	00																																
CC 1004520	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004591	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004592	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004593	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004594	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004595	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004596	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004597	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004598	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004599	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004600	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004601	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004602	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004603	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004604	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004605	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004606	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004607	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004608	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004609	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004610	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004611	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004612	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004613	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004614	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004615	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004616	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004617	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004618	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004619	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004620	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004621	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004622	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004623	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004624	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004625	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004626	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004627	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004628	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004629	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004630	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004631	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004632	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004633	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004634	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004635	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004636	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004637	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004638	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004639	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004640	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004641	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004642	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004643	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004644	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004645	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004646	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004647	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004648	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004649	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004650	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004651	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004652	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004653	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004654	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004655	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004656	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004657	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004658	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004659	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004660	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004661	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004662	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004663	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004664	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004665	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004666	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00																																
CC 1004667	JOHANNA GARCIA ALVARO	01	00	</																															



Información de la Planilla Pagada

NIT de comercio Operador de Información 000089104-5
Razón Social del Operador de Información Enlace Operativo
Descripción Pago de SuAporte
Fecha 2025-09-22, 12:28:22 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos agosto de 2025
Periodo de Cotización Para Salud septiembre de 2025
Empresa IPS NORMEDIC SAS
NIT NI 901612535
Código Sucursal (Nombre) 002 (IPS NORMEDIC SAS)
Referencia de Pago/ Número Planilla 79860000
Tipo de Planilla E
Número Transacción Bancaria/ CUS 1794783648
Banco (1007) - BANCOLOMBIA
Valor \$ 6.480.000
Estado de la Transacción Aprobada
Dirección IP de Origen 172.29.10.57

NIT	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intérvenes Mora
N800224008	230301	PORVENIR	3	\$ 695.500	\$ 6.200
N800229739	230201	PROTECCION	5	\$ 1.163.300	\$ 10.300
N900336004	25-14	COLPENSIONES	6	\$ 2.244.400	\$ 19.800
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	\$ 57.000	\$ 500
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 140.000	\$ 1.300
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 42.700	\$ 400
N800088702	EPS010	EPS SURA	11	\$ 786.400	\$ 7.000
N890903790	14-11	ARI SURA	14	\$ 260.300	\$ 2.400
N89090841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	14	\$ 1.026.100	\$ 9.100
SubTotales;				\$ 6.420.000	\$ 57.100
Total a Pagar:					\$ 6.480.000

FECHA	IDENTIFICACION	NOMBRE PACIENTE	TIPO EXAMEN	PRECIO
28/09/2025	1020444755	LEIDY JULIETH LONDOÑO HERNANDEZ	SEGUIMIENTO CON RECOMENDACIONES	75.000
1/09/2025	71740521	JOHN EDISON ELEJALDE ARBOLEDA	SEGUIMIENTO Y RECOMENDACIONES	75.000
2/09/2025	8401912	LUIS FERNANDO MUÑOZ HENAO	EXAMEN POSTINCAPACIDAD	75.000
3/09/2025	71676308	JOSE NAUDIN MUÑOZ CORREA	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
3/09/2025	38205376	BEATRIZ ELENA CASTRILLON CATIANO	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	65.000
3/09/2025	1017226589	WILSON DAVID VALENCIA CASTAÑO	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
3/09/2025	98498435	LUIS ALONSO RESTREPO VELASQUEZ	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
3/09/2025	9739568	DIEGO DUBAN RODRIGUEZ DAZA	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
3/09/2025	70002100	JOSE GABRIEL ZAPATA DIAZ	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
3/09/2025	1022332690	DIEGO RICARDO ARIZA ESPITIA	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
4/09/2025	98645156	DAIRO ALEXANDER DE JESUS OROZCO	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
4/09/2025	95566452	JUAN FELIPE ALVAREZ LOPEZ	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
8/09/2025	3227223	YOLANDA MARIA YEPES AREIZA	POSTINCAPACIDAD	75.000
10/09/2025	1045018043	JUAN ESTEBAN VILLADA VILLA	PAQUETE DE ALTURAS	95.000
10/09/2025	1020451724	ORLANDO JAVIER OTERO ESPINOSA	PAQUETE DE ALTURAS	95.000
13/09/2025	1020435497	LAURA ANDREA RAMIREZ TORO	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	65.000
16/09/2025	1020396570	YESICA MARIELA TORRES MONTOYA	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA + PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	115.000
17/09/2025	8407988	MALRICIO ROLDAN ARROYAVE	POSTINCAPACIDAD	75.000
17/09/2025	1017144779	LINA MARCELA GIRALDO MARTINEZ	SEGUIMIENTO Y RECOMENDACIONES	75.000
24/09/2025	32286545	DIANA LORENA MISAS SEPULVEDA	EGRESO SOLO MEDICO	35.000
24/09/2025	32142214	SANDRA MILENA MUÑOZ YEPES	MEDICO AUDIOMETRIA OPTOMETRIA	65.000
TOTAL USUARIOS SEPTIEMBRE DE 2025				1.935.000

Atentamente,



IVAN DARIO CUADROS HOLGUIN
Representante Legal
NIT: 901.612.535-3

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141048405841



(415)7707212489984(8020) 0000141048405841

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Medellín

9 0 1 6 1 2 5 3 5 3

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

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 NORMEDIC S.A.S

36. Nombre comercial

NORMEDIC S.A.S.

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

40. Ciudad/Municipio

Bello

0 8 8

41. Dirección principal

CL 53 47 79 Y 47 83

42. Correo electrónico

contabilidadnormedic@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 7 6 6 1 1 4 2

45. Teléfono 2

3 2 4 2 0 8 4 3 3 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 6 2 1

2 0 2 2 0 7 1 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos
1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5 7 1 4 1 6 4 2 5 2 5 5

15- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

16- Obligación facturar por ingresos bienes

42- Obligado a llevar contabilidad

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios 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

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 CUADROS HOLGUIN IVAN DARIO

985. Cargo Representante legal Certificado

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 4 Hoja 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141048405841



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 6 1 2 5 3 5 3

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extrajurídicos
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 2 2 0 7 1 3	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 2 0 7 1 3	
77. No. Matricula mercantil	0 0 7 3 1 8 0 2 1 2	
78. Departamento	0 5	
79. Ciudad/Municipio	0 8 8	
Vigencia		
80. Desde	2 0 2 2 0 7 1 3	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 2 2 0 7 1 3		
2				
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			

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

Página 3 de 4 Hoja 3

141048405841



(415)7707212489984(8020) 000014104840584 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 6 1 2 5 3 5 3

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

98. Representación

REPRS LEGAL PRIN

1 8

Representación

99. Fecha inicio ejercicio representación

2 0 2 2, 0 7, 1 3

100. Tipo de documento

101. Número de identificación

Cédula de Ciudadani

1 3

7 1 7 3 9 8 1 3

104. Primer apellido

105. Segundo apellido

CUADROS

106. Primer nombre

107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)

109. DV

110. Razón social representante legal

IVAN

DARIO

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

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

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 Hoja 6

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

141048405841



4157707212489984(8020) 000014104840584 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 6 1 2 5 3 5

6. DV

3

12. Dirección seccional
Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

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

160. Tipo de establecimiento

Establecimiento de comerci 0 2

161. Actividad económica

Actividades de la práctica médica, sin internación

162. Nombre del establecimiento

NORMEDIC SAS

163. Departamento

Antioquia

0 5

164. Ciudad/Municipio

Bello

0 8 8

165. Dirección

CALLE 53 NO. 47 79 Y 47 - 83

166. Número de matrícula mercantil

0 0 7 5 1 6 6 3 0 2

167. Fecha de la matrícula mercantil

2 0 2 2 0 7 1 3

168. Teléfono

3 0 1 7 6 6 1 1 4 2

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

Establecimiento de comerci 0 2

161. Actividad económica

Actividades de la práctica médica, sin internación

162. Nombre del establecimiento

NORMEDIC BARBOSA

163. Departamento

Antioquia

0 5

164. Ciudad/Municipio

Barbosa

0 7 9

165. Dirección

CR 14 16 36

166. Número de matrícula mercantil

7 9 2 0 0 1 0 2

167. Fecha de la matrícula mercantil

2 0 2 4 0 3 2 6

168. Teléfono

3 0 1 7 6 6 1 1 4 2

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

MUNICIPIO DE BELLO
TESORERIA
COMPROBANTE DE EGRESO No. 271587

Beneficiario: IPS NORMEDIC SAS
NIT/C.C. 901.612.535,3 **Tel:** 3017661142
Fecha: 01/10/2025
Valor: 1.777.365 **No. Cheque:** 0

Facturas:

Pago por transferencia a IPS NORMEDIC SAS NIT. 901612535.3
 ML3201

ORDENES DE PAGO:

Consecutivo	Descripción	Valor(\$)
10695	Contrato 0335 De 2025. Prestacion De Servicios Profesionales Para La Realizacion I	1.777.365
VALOR TOTAL		1.777.365

DETALLE CONTABLE :

Tipo	Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
NHIF	511180	Servicios	901.612.535,3	09	1.905.000	
NHIF	24072204	Estampilla U. De A.	901.612.535,3			3.810
NHIF	41057601	Estampilla Procultura	901.612.535,3			9.525
NHIF	41050803	Rata Ica Generado Cuentas P.	901.612.535,3			19.050
NHIF	410582	Tasa Prodeporte	901.612.535,3			19.050
NHIF	24360511	Servicios Integrales De Salud	901.612.535,3			38.100
NHIF	41057602	Estampilla Adulto Mayor	901.612.535,3			38.100
NHIF	240101	Bienes Y Servicios	901.612.535,3			1.777.365
SUMAS IGUALES					1.905.000	1.905.000

DETALLE CE:

Tipo	Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
NHIF	240101	Bienes Y Servicios	901.612.535,3		1.777.365	
NHIF	1110065502	Davivienda 0375-0005857.				1.777.365
SUMAS IGUALES					1.777.365	1.777.365

**Valor en Letras UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS
 SESENTA Y CINCO PESOS M.C. *******

JORGE EDWIN CASTRO AGUIRRE
TECNICO OPERATIVO

Recibe

