

**Codigo:** Apo.4.1.Fr002

**Fecha** 31/01/2023

**Versión** 6

PARA: SUBDIRECCION FINANCIERA Y GRUPO DE CONTRATOS RADICADO No.: CP - CONS 39

**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

CONTRATO, ORDEN O CONVENIO No.  -  -

NIT O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA

OBJETO DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO: PRESTAR LOS SERVICIOS QUE REQUIERA EL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL, ACTIVIDADES DEPORTIVAS, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, Y MEDICIÓN DE CLIMA LABORAL E INCENTIVOS.

**No.Compromiso**  
90424

FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO, ORDEN O CONVENIO

NOMBRE CONTRATISTA

SALDO

VALOR DEL CONTRATO   
VALOR ADICIONES

FECHA DE INICIO:   
FECHA DE TERMINACION:

**VALOR PAGADO:** 242,469,054.00      **VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR:** 408,502,859.00      **% EJECUCIÓN:** 37

**DATOS ESPECIFICOS DEL PAGO**

Tipo de Pago	No.	Condicion de Pago	Aclaracion del	Valor.Pago	Iva Aplicado	Valor Iva	Amortizacion Anticipada	Total a Pagar
FACTURA NO.	SD251047624	CONDICION DE PAGO	EXAMENES MÉDICOS DICIEMBRE 2024 TOTALES	1,853,634.00	0 %	.00		1,853,634.00
	6			1,853,634.00		.00		

TOTAL A PAGAR

**Anexos y No. de Folios**

Factura	<input type="text" value="1"/>	Cuenta de Cobro	<input type="text" value=""/>	Declaracion juramentada Seguridad Social	<input type="text" value=""/>
Otros Anexos o Folios	<input type="text" value=""/>	Entrada a Almacen	<input type="text" value=""/>	Constancias de pago de la seguridad social	<input type="text" value="1"/>
				Total de Folios Anexos	<input type="text" value="2"/>

En calidad de Supervisor/Interventor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfaccion de las obligaciones que emanan del contrato, la acreditacion del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral y las cifras y valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita

SUPERVISORES Y/O INTERVENTORES

FIRMA: LUQUE GORDILLO  
DIANA MARCELA  
NOMBRE: DIANA MARCELA LUQUE GORDILLO  
CARGO: ASESOR  
CEDULA: 36754315

Firmado digitalmente por LUQUE GORDILLO DIANA MARCELA  
Fecha: 2025.01.07 09:17:48 -05'00'



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM  
860013570-3  
Av Cra 68 No.90-88  
BOGOTÁ D.C. Colombia  
TÉL: 6468000  
carteraFE@cafam.com.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA  
No.SD2510476246

Fecha Factura: 03/01/2025 12:35:54  
Fecha de Vencimiento: 02/02/2025  
Fecha de Ingreso: 2024-12-01  
Fecha de Egreso: 2024-12-31

Somos Grandes Contribuyentes Resolución No. 012220 del 26 de diciembre de 2022  
ABSTENERSE DE EFECTUAR RETENCION DE IVA E ICA SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA. RESPONSABLES DE IVA SOMOS  
AUTORETENEDORES DE RENTA DIAN 07254 de 17/08/2005  
AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION No.18764060773061 DE 2023-11-28 SD25 DEL 10378993 AL SD25 11000000 VIGENCIA hasta 2025-11-28

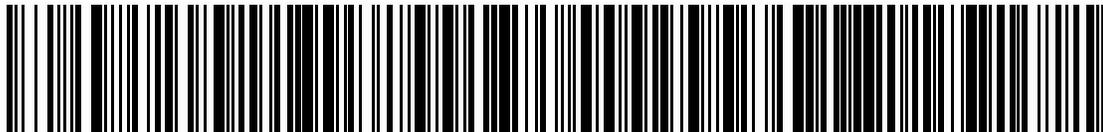


<b>CLIENTE:</b> MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO <b>NIT:</b> 899999090-2 <b>Dirección:</b> CR 8 6 64 <b>Teléfono:</b> 3501200 <b>Historia Clínica:</b> // <b>Tipo de Servicio / Plan:</b> SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL	<b>Paciente:</b> <b>No Identificación:</b> <b>Tipo de documento:</b> <b>MIPRES:</b> <b>No. Póliza:</b> 0 <b>Autorización:</b>	<b>Tipo Afiliado:</b> <b>N° Fórmula:</b> <b>SSC:</b> <b>Nivel:</b> <b>Registro:</b>
---	--	---

CODIGO	DETALLE	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO SIN IVA	% IVA	VALOR IMPUESTO	VALOR TOTAL CON IVA
630-00455	1.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL EXAMEN MEDICO DE INGRESO-INTRAMURAL	19	número de artículos	19,523	0.00	0	370,937
630-00455	2.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL EXAMEN MEDICO DE EGRESO - INTRAMURAL	4	número de artículos	19,523	0.00	0	78,092
630-00105	3.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL OPTOMETRIA	19	número de artículos	19,937	0.00	0	378,803
630-00126	4.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL ESFERAS MENTALES	19	número de artículos	47,788	0.00	0	907,972
630-00455	5.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL EVALUACION PARA RECOMENDACIONES	1	número de artículos	57,836	0.00	0	57,836
630-00126	6.- SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL APOYO VALORACION PSICOLOGICA YANETH DE LA ROCHE	1	número de artículos	59,994	0.00	0	59,994
Total Nro Lineas: 6							

<b>OBSERVACIONES:</b> Realizado por: LVARON - Fact Servicios Salud "#\$13-01-01-000;3.235-2024;diana.luque@minhacienda.gov.co#\$\$" FECHA INICIO SERVICIO: 2024-12-01 FECHA FIN DEL SERVICIO: 2024-12-30	<b>Base</b> 1,853,634	<b>% Iva</b> 0.00	<b>Valor Iva</b> 0	<b>SubTotal IVA</b> 1,853,634	0
				<b>VALOR TOTAL:</b>	<b>1,853,634</b>
				<b>Descuentos</b>	0
				<b>Anticipos</b>	0
<b>Valor en Letras:</b> UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS ML				<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>1,853,634</b>

**Forma de Pago:** Crédito Pago a 30 días  
**Medio de Pago:** Crédito ACH  
Para pagos por favor girar a la cuenta de ahorros Davivienda No. 4738 7007 6105. El no pago de esta factura a su vencimiento generará intereses por mora, equivalentes a la tasa máxima permitida para operaciones comerciales durante el tiempo de la mora.  
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y demás de datos personales, se advierte que sus datos van a la base de datos de CAFAM. Usted podrá manifestar la negativa al respecto, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.cafam.com.co](http://www.cafam.com.co).



(415)770101000000(8020)2510476246(3900)(96)99991231

<b>Sector Salud</b>			
CODIGO_PRESTADOR	1100105597	MODALIDAD_PAGO	Otra modalidad (SIE)
COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	OTRAS POLIZAS EN SALUD	NUMERO_CONTRATO	0
NUMERO_POLIZA	0		

Tipo de operación: SS-CUFE-

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

CUFE: e19ebda171ac51bf68ef866f55f773656a887d51d6e1c4dffedcdb8203a027da2f3b772769ae27bf511db44515a4675f

Fecha Validación DIAN: 2025-01-03 12:36:00-05:00

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

Código: Apo.4.1.Fr.16

Fecha: 22-03-2019

Versión: 3

Página: 1 de 1

### CONTENIDO DEL INFORME

1. Condiciones del Contrato .....1
2. Objeto del Contrato.....1
3. Obligaciones del Contrato, Actividades Ejecutadas y Productos Entregados .....1

#### 1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato: 3.235 - 2024  
Nombre del Contratista: Caja de Compensación Familiar Cafam  
Periodo informe: DICIEMBRE 2024  
Supervisor: DIANA MARCELA LUQUE  
Área perteneciente: Subdirección Gestión de Talento Humano / Dirección Administrativa

#### 2. OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios que requiera el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la ejecución de los programas y actividades de bienestar social, actividades deportivas, seguridad y salud en el trabajo, y medición de clima laboral e incentivos.

#### 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATO, ACTIVIDADES EJECUTADAS Y PRODUCTOS ENTREGADOS

Las obligaciones adquiridas son las siguientes:

Le corresponde a EL CONTRATISTA el cumplimiento de las obligaciones generales y específicas y la entrega de los productos y entregables mencionados en los estudios previos, los cuales hacen parte integral del contrato:

1. Ejecución de la actividad: **#Salud - Diciembre 2024**

##### Avance:

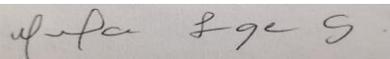
El contratista cumplió a cabalidad con el desarrollo del evento, en los términos establecidos en los estudios previos de este contrato, actividad que se llevó a cabo del 1/12/2024 al 31/12/2024, con un valor de **\$1,853,634 FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SD2510476246**



**FIRMA CONTRATISTA**

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución de este de acuerdo con lo descrito.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo de este.



**FIRMA SUPERVISOR**