CENTRO MÉDICO GUAVIARE

NIT: 900.767.863-6
TEL: 3134212162 - 5849738
CR 22 11 18 BRR LA ESPERANZA
SAN JOSE DEL GUAVIARE - GUAVIARE

NIT: 900767863 -6
Dirección:CR 22 11 18 BRR LA ESPERANZA
Teléfono:3134212162
Correo:cmg.contabilidad01@gmail.com
SAN JOSE GUAVIARE - GUAVIARE

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N°
SJG 29969

Fecha Factura: 2022-12-23

Fecha vencimiento : 2022-12-25

FECHA EXPEDICIÓN 2022/12/23 06:03:43
FECHA DE VALIDACIÓN 2022/12/23 06:03:43

Resolucion DIAN 18764041826715 DESDE SJG-29969 HASTA SJG-40000 - VIG .DESDE 23-12-2022 - VIG. HASTA -23-12-2023

REPRESENTACIÓN DE LA FACTURA ELECTRONICÁ DE VENTA
CUFE :544b4f1d23bf0c1c44dbbd33d732b019265b611a9b965da0bab41a7955f5b8d5f35be8083e6171e9f12b6179b4f0142a

CLIENTE:HOSPITAL LOCAL E.S.E. FUENTE DE ORO
NIT/CC:822001570
DIRECCIÓN: Carrera 14 No. 14-36
CIUDAD:FUENTE DE ORO

EMAIL:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co
Teléfono:3175151318

NO	REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR IMPUESTO-%	VALOR DESCUENTO	VALOR TOTAL
0001		ALQUILER DE UN -01- DIGITALIZADOR DE IMAGEN 1 Und. 3.000.000 0% 3.000.000 FUJIFILM FCR PRIMA T2; UN -01- CHASIS 14X7 Y UN -1- CHASIS 10*12_	1.00	6,000,000.00	0 -0%	0.00	6,000,000.00

FORMA DE PAGO : CRÉDITO

MEDIO DE PAGO : TRANSFERECIA CRÉDITO

OBSERVACIONES:periodo del 13 de diciembre al 31 de diciembre de 2022

SUBTOTAL	6,000,000.00
IVA 5%	0.00
IVA 16%	0.00
IMPOCONSUMO	0.00
IVA 19%	0.00
TOTAL	6,000,000.00

SON:SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE

ELABORADO POR :

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COMPRADOR

FIRMA Y SELLO DEL COMPRADOR

FIRMA DIGITAL:MIACAQMwgAYJKoZIhvcNAQcBoIAkgASCA
+gwgDCABgkqhkiG9w0BBwGggCSABIID6DCCBXwwggV4BgsqhkiG9w0BDAoBAqCCBPswggT3MCkGCiqGSIb3DQEMAQMwGwQURL5YRgvzcTamrQIE
tFDzD4EulSwCAwDIAASCBMhzrnf0V5WZQEyB6OP5M8iAzL/FEyDXOrnGg8M/g0gb01SGDbpwi1n8BjffinL0B16HLBKsWhsc0Zh25vjgOeu4jiY/89RuAt5qy
PTjDSBldax3+OuVWLqxmG3ZLCn/s+qefrraQYVwoKZKP8ECX/QxHmEl56StVHj68cghyC7wMlirhSWuUEXh0PG/J0aUYh9w
+5nlAuakjUPYiXEoc30Xn1yKrWJbFEMlbef2hQG3AbVmXMmKEMPvjFvPy/C6L5kWYUvh1k1RdtWzLOKlrgHtqtTuYol4Gsty8oyTDlDzZVQLOjA9+n2bvgoH
8GBma++tQjlYJcWJyq5FTIZ2ECTHjASKLdBLDxWoPx3vYlulalvnjazk0VIKSH/53tQp1U54clrt8rbRKcsQFduCcsOgeylDBzSiE15jhe

CENTRO MÉDICO GUAVIARE

NIT: 900.767.863-6

FECHA DE PRESENTACION	23 DE DICIEMBRE DE 2022
INFORME NUMERO	001
CONTRATO NUMERO	154 DE 2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CENTRO MEDICO GUAVIARE CMG S.A. S
IDENTIFICACION	900.767.863-6
PERIODO DE ACTIVIDADES (Fecha)	13 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE 2023
VALOR A COBRAR	CIEM MILLONES DE PESOS $6.000.000
PLAZO	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022

OBJETO DEL CONTRATO

EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO EL ARRENDADOR SE OBLIGA A ENTREGAR A TITULO DE ARRENDAMIENTO AL ARRENDATARIO, CONCEDIENDOLE SU USO Y GOCE DE UN (1) DIGITALIZADOR DE IMAGEN FUJIFILM FCR PRIMA T2, UN (1) CHASIS 14*7 Y UN (01) CHASIS 10*12

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA

1.- Se instaló y se entregó funcionando el equipo del bien descrito en el objeto del contrato
2.- Se presta soporte técnico y mantenimiento correctivo y preventivo, en sitio en forma permanente y continua, con personal de apoyo asignado por el Hospital
3.- La programación de visitar preventivas se anexa
4.- Se le dieron instrucciones al tecnólogo al momento de la instalación
5.- Se tiene un equipo de respaldo en caso de falla técnico

ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME

Carrera 22 No. 11-18 Barrio la Esperanza
Cellular; 3165954154

CENTRO MÉDICO GUAVIARE

NIT: 900.767.863-6

- FACTURA MES DE DICIEMBRE DE 2022.
- CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PLANILLA
- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- CERTIFICACION DEL TECNOLOGO DE LA CAPACITACION

ADRIANA ELENA MURCIA BELTRAN
Gerente

6012855600

Carrera 22 No. 11-18 Barrio la Esperanza
Cellular; 3165954154

NIT: 900.767.863-6

LA SUSCRITA TECNOLOGA EN RADIOLOGIA, OPERADORA DEL EQUIPO DIGITALIZADOR DE IMAGEN FUJIFILM FCR PRIMA T2

CERTIFICA QUE

Recibí capacitación para el manejo y puesta en marcha DIGITALIZADOR DE IMAGEN FUJIFILM FCR PRIMA T2, de parte del Centro medico Guaviare, en el mes de Diciembre 31 de 2022

MARIA ANGELICA SEVERICHE JALLER
Contratista
TECNOLOGA EN RADIOLOGIA

Carrera 22 No. 11-18 Barrio la Esperanza
Cellular; 3165954154

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900767863	6	CENTRO MEDICO GUAVIARE	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	GUAVIARE	carrera 22 No. 11-18	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5849738	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-12	1827156973	9444460966	E	2022/12/15	2022/12/22	BANCOLOMBIA	7	$3,457,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: GUAVIARE (6 Afiliados)					$6,500,000	$1,040,000			$6,500,000	$260,000			$6,500,000	$260,000			$6,500,000	$68,200		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 3 (6 Afiliados)					$6,500,000	$1,040,000			$6,500,000	$260,000			$6,500,000	$260,000			$6,500,000	$68,200		$0	$0
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (6 Afiliados)					$6,500,000	$1,040,000			$6,500,000	$260,000			$6,500,000	$260,000			$6,500,000	$68,200		$0	$0
1	CC	40418089	BARRIOS SANABRIA MARTHA ISABEL	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$40,000	CCF68	30	$1,000,000	$40,000	14-23	30	$1,000,000	$10,500	30	$0	$0
2	CC	41241952	LOPEZ ENIT CONSUELO	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$40,000	CCF68	30	$1,000,000	$40,000	14-23	30	$1,000,000	$10,500	30	$0	$0
3	CC	84082558	MARTINEZ AVILA KEVIN RAFAEL	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS037	30	$1,200,000	$48,000	CCF68	30	$1,200,000	$48,000	14-23	30	$1,200,000	$12,600	30	$0	$0
4	CC	1120577428	MAYORQUIN VELANDIA DAMARIS	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$40,000	CCF68	30	$1,000,000	$40,000	14-23	30	$1,000,000	$10,500	30	$0	$0
5	CC	1007404208	PEREZ HURTADO DAVID EDUARDO	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS041	30	$1,000,000	$40,000	CCF68	30	$1,000,000	$40,000	14-23	30	$1,000,000	$10,500	30	$0	$0
6	CC	1120565112	VALENCIA PINZON LINA MARCELA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF68	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$13,600	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: GRANADA (1 Afiliados)					$1,100,000	$176,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$26,800		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 3 (1 Afiliados)					$1,100,000	$176,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$26,800		$0	$0
Ciudad: GRANADA Depto: META (1 Afiliados)					$1,100,000	$176,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$44,000			$1,100,000	$26,800		$0	$0
7	CC	17348211	PINTO CASTRO FRANCISCO	231001	30	$1,100,000	$176,000	EPS037	30	$1,100,000	$44,000	CCF34	30	$1,100,000	$44,000	14-23	30	$1,100,000	$26,800	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: BOGOTA (2 Afiliados)					$6,000,000	$1,000,000			$6,000,000	$240,000			$6,000,000	$240,000			$6,000,000	$31,400		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (2 Afiliados)					$6,000,000	$1,000,000			$6,000,000	$240,000			$6,000,000	$240,000			$6,000,000	$31,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$6,000,000	$1,000,000			$6,000,000	$240,000			$6,000,000	$240,000			$6,000,000	$31,400		$0	$0
8	CC	1136885224	MONSALVE NAVARRO GUSTAVO ANDRES	25-14	30	$4,000,000	$680,000	EPS008	30	$4,000,000	$160,000	CCF21	30	$4,000,000	$160,000	14-23	30	$4,000,000	$20,900	30	$0	$0
9	CC	1020797316	MONSALVE NAVARRO NATHALIE	25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$80,000	CCF21	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$10,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(9)**				$13,600,000	$2,216,000			$13,600,000	$544,000			$13,600,000	$544,000			$13,600,000	$126,400		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900767863	6	CENTRO MEDICO GUAVIARE	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	GUAVIARE	carrera 22 No. 11-18	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5849738	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-12	1827156973	9444460966	E	2022/12/15	2022/12/22	BANCOLOMBIA	7	$3,457,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$2,216,000	$17,000	$0	$2,233,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$176,000	$1,400	$0	$177,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,320,000	$10,100	$0	$1,330,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$720,000	$5,500	$0	$725,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$126,400	$1,000	$0	$127,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	9	$126,400	$1,000	$0	$127,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$544,000	$4,300	$0	$548,300
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$240,000	$1,900	$0	$241,900
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$44,000	$400	$0	$44,400
COMCAJA	CCF68	800,231,969	4	6	$260,000	$2,000	$0	$262,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				9	$544,000	$4,500	$0	$548,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$160,000	$1,300	$0	$161,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$224,000	$1,700	$0	$225,700
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$40,000	$400	$0	$40,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$80,000	$700	$0	$80,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$40,000	$400	$0	$40,400
TOTAL				9	$3,430,400	$26,800	$0	$3,457,200

INFORME DE SUPERVISIÓN
SEPTIEMBRE de 2022

CONTRATANTE:	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E. FUENTEDEORO NIT 822001570-3
CONTRATISTA:	**CENTRO MEDICO GUAVIARE "CMG" SAS** NIT: 900.767.863-6 CARRERA 22 N. 11-18 BARR LA ESPERANZA – SAN JOSE DEL GUAVIARE CELULAR 3134212162 TELEFONO 5849738 Correo Electrónico: cmg.contabilidad01@gmail.com
SUPERVISOR:	SANDRA LILIANA VELANDIA VERGARA
CARGO:	REGENTE DE FARMACIA
OBJETO:	En virtud del presente contrato EL ARRENDADOR se obliga a entregar a titulo de arrendamiento al ARRENDATARIO, concediéndole su uso y goce de un (01) Digitalizador de imagen Fujifilm FCR PRIMA T2, un (1) Chasis 14*7 y un (01) Chasis 10*12, para el servicio de imágenes diagnosticas en el Hospital Local Primer Nivel E.S.E. Fuentedeoro.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	El valor del contrato es por la suma de **SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 6.000.000)** incluidos todos los impuestos y costos a que haya lugar, con cargo al CDP No. 000950 del 13 de Diciembre de 2022.
PLAZO DE EJECUCION:	El plazo de ejecución del presente contrato será de DIESCINUEVE DIAS (19) DIAS contados a partir de la suscripción del acta de inicio.
FECHA DEL CONTRATO	13 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIBRE DEL 2022
FECHA DE INICIO:	13 DE DICIEMBRE DEL 2022
PERIODO	MES DE DICIEMBRE
VALOR ACTA PARCIAL 001:	**SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE**

FECHA DE INFORME: de DICIEMBRE de 2022.

En desarrollo del objeto contractual realizará las siguientes actividades:

A. ACTIVIDADES Y CANTIDADES EJECUTADAS EN EL MES DE DICIEMBRE 2022

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Instalación y puesta en funcionamiento del bien descrito en el objeto contratado junto con todos los elementos que lo componen.	**CUMPLIMIENTO DEL 100 %**
2. Prestar soporte técnico y mantenimiento correctivo y preventivo, en sitio, en forma permanente y continua, con personal de apoyo asignado para el hospital	**SI CUMPLE**
3. Entregar programación de visitas preventivas y dar estricto cumplimiento a las mismas.	
4. Realizar la capacitación a la persona designada por el supervisor del contrato en el momento de la entrega e instalación	**SI CUMPLE**
5. Colocar un equipo de respaldo para uso del hospital en caso de falta de funcionamiento del equipo instalado en un término no mayor a tres (3) días	**SI CUMPLE**
6. Efectuar informes de ejecución que se defina con el supervisor	
7. Cumplir con las condiciones de facturación	**SI CUMPLE°**
8. Cumplir con el control y ejecución del contrato	**SI CUMPLE**
9. **PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL NUMERO:**	**9444460966**

a. Rubros Presupuestales

REGISTRO No.	FECHA	CÓDIGO	VALOR
000950	13/12/2022	2120200701	**$ 6.000.000**

b. Afectación de rubro presente mes:

REGISTRO No.	CÓDIGO	VALOR
000950	2120200701	**$ 6.000.000**

1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL

A la fecha de presentación de los documentos requeridos para el pago, se concluye que el contratista ha cumplido dicha obligación, para lo cual se verificó la planilla de pago a los aportes de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales), correspondiente al mes de DICIEMBRE de **2022.**

2. RESUMEN FINANCIERO

Valor total del Contrato	$ 6.000.000
Valor Adiciones	0
Acta Parcial No. 1	$6.000.000
Valor Anticipo + Parciales	
Valor Por Ejecutar	**$.000**

Consecuentemente con lo aquí expuesto, el Hospital Local E.S.E. Fuentedeoro cancelará a **CENTRO MEDICO GUAVIARE** NIT: 900.767.863-6
Representante Legal: ***ADRIANA ELENA MURCIA BELTRAN*** *identificada con cedula de ciudadanía No. 21.182.135 de Cumaral Meta,* La suma de SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE.

En constancia de lo anterior se firma, en Fuentedeoro a los TREINTA (30) días del mes de DICIEMBRE de 2022.

SANDRA LILIANA VELANDIA V.

SANDRA LILIANA VELANDIA V.