# Datos Generales del Contrato – Informe Supervisor

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1. DENOMINACION DEL CONTRATO** | **INFORME No.** | **26** | | |
| Contrato N° | **ESEPALMAR-2023-C10** | | | |
| Nombre del Supervisor | CESAR OJEDA TERNERA | | | |
| **2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL** | | | | |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios | | Otro: | |
| Nombre del contratista | **GUPO VITALMAX S.A.S.** | | | |
| Identificación del contratista | **NIT.901.058.980-1** | | | |
| Objeto del contrato | **SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS PARA LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE PALMAR DE VARELA.** | | | |
| Plazo | **A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE 2023** | | | |
| Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P) | **2023020101** | Fecha del C.D.P (dd-MM-yyyy) | **01/02/2023** | |
| Número de Registro Presupuestal (R.P.) | **2023021001** | Fecha del R.P (dd-MM-yyyy) | **10/02/2023** | |
| Valor del contrato | Contrato Inicial | **200.000.000** | | |
| | Adición 1 | $ | | |
| | Adición 2 | $ | | |
| | Adición 3 | $ | | |
| | Total | 200.000.000 | | |

| Fecha de inicio del contrato (dd-MM-yyyy) | Fecha de terminación del contrato (dd-MM-yyyy) | Fecha de Suspensión (dd-MM-yyyy) | Fecha de reinicio (dd-MM-yyyy) |
|---|---|---|---|
| **10/02/2023** | **10/08/2023** | | |

**3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):**

| Amparos | Aseguradora | No de Póliza | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Desde (dd-MM-yyyy) | Hasta (dd-MM-yyyy) |
| Calidad del servicio | | | | |
| Cumplimiento | | | | |
| Anticipo | | | | |
| Pago anticipado | | | | |
| Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados | | | | |
| Salarios y prestaciones | | | | |
| Responsabilidad Civil Extracontractual | | | | |
| Otros | | | | |

**4. EJECUCION DEL CONTRATO**

| **Descripción** | | **Valor** |
|---|---|---|
| Valor del Contrato Inicial (IVA incluido) | | **$200.000.000** |
| Adición No. 1 | | $ |
| Adición No. 2 | | $ |
| Adición No. 3 | | $ |
| Valor Total del contrato | | **$200.000.000** |
| Porcentaje del Anticipo | % | $ |
| Porcentaje del Pago anticipado | % | $ |
| Valor Ejecutado del Contrato | | **$ 159.739.302** |
| Valor por ejecutar | | **$ 40.260.698** |
| **Valor a pagar en el presente Informe** | | **$ 13.032.000** |
| No. Factura o Cuenta de Cobro | | **26** |

**Ejecución Contractual:**

Se relaciona a continuación las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato de acuerdo con los estudios previos la propuesta presentada | se cumplió a cabalidad con el objeto del contrato |
| Dar respuesta a los requerimientos de la entidad dentro de los dos (02) días hábiles posteriores a este. | se respondió a los requerimientos de la entidad en el tiempo establecido |
| El contratista deberá suministrar los medicamentos en el lugar establecido por el contratante. | se suministraron los medicamentos en el lugar establecido |
| El contratista deberá Suministrar insumos médicos para la farmacia según requerimiento de la entidad. | se suministraron los insumos médicos según los requerimiento |

Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:
_____

**CESAR OJEDA TERNERA**, quien actúa en nombre y representación de la ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE PALMAR DE VARELA, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecuto a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo y la propuesta presentada, como también la verificación del pago de las Estampillas Municipales y Departamentales y de la acreditación del pago de seguridad social.

Se firma en Palmar de Varela a los veinticuatros (24) días del mes de agosto del 2023

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**Identificación:**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**Identificación:**

GRUPO VitalMax S.A.S
Calidad de Vida a tu alcance

NIT. 901.058.980-1
REGIMEN COMUN
CRA 43B 80 88 LC 1
BARRANQUILLA
GRUPOVITALMAX@GMAIL.COM

FACTURA ELECTRONICA No: FVG - 4340

Autorizacion Numeracion de Facturacion18764051898770 del 07-15-23 Prefijo

Factura impresa por computador, por GRUPO VITALMAX S.A.S Nit 901058980 en software de Maria Rodriguez Teran Nit 45645147-6

Cliente.: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMAS MUNICIPIO
Nit/C.C: 802006267-6 Tel: 8791829
Dir: CALLE 11 # 9 - 134 Ciudad: PALMAR DE VARELA ATLANTICO

| Fecha Fact | Fecha Vcto | Plazo | Pedido |
|---|---|---|---|
| Jul-29-2023 | Sep-12-2023 | 45 Días | |

| Vendedor | Zona | Realizado por |
|---|---|---|
| GRUPO VITALMAX S.A.S. | | MONSALVO ANDRES |

| Codigo | Detalle | Lote | Vencimiento | Cant | Iva | Vr/Unit | Vr/Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 03132 | ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML JBE FCO*60 ML (CEREZA) LAPROFF LAPROFF S.A. | 82870 | 02-28-26 | 100 | | 2,800.00 | 280,000.00 |
| 01910 | ACIDO FOLICO 1 MG C*600 TAB ECAR | D020142 | 11-29-24 | 7 | | 40,000.00 | 280,000.00 |
| 00300 | AMIODARONA 150MG/ 3ML SOL INY C*25 AMP ADS PHARMA | ADS146AC22 | 06-30-24 | 25 | | 5,600.00 | 140,000.00 |
| 01350 | BECLOMETASONA 250 MCG INH BUC FCO*200 DOS (NABUMEX) CHALVER | 199422 | 10-30-25 | 10 | | 13,800.00 | 138,000.00 |
| 01498 | CEFTRIAXONA 1 G POL INY C*50 VIAL VICAR | CE0C9226 | 03-30-24 | 50 | | 2,480.00 | 124,000.00 |
| 01373 | BROMURO DE IPRATROPIO + FENOTEROL (0.25+0.50) MG/ML SOL INH FCO*20 ML (BERODUAL) BOEHRINGER | J0125A | 02-28-26 | 30 | | 36,700.00 | 1,101,000.00 |
| 01081 | CAPTOPRIL 50 MG C*100 TAB RECIPE | 620Z10 | 12-30-25 | 1 | | 8,400.00 | 8,400.00 |
| 00712 | CLOPIDOGREL 75 MG C*30 TAB (PLATEMAX) MSN LABORATORIES | BRC08072A | 07-31-24 | 3 | | 4,300.00 | 12,900.00 |
| 00165 | DEXAMETASONA 4MG/1ML SOL INY C*100 AMP FARMIONNI | 1411796 | 08-30-24 | 500 | | 640.00 | 320,000.00 |
| 00511 | DEXAMETASONA 8 MG/2 ML SOL INY C*100 AMP FARMIONNI | 1452228 | 03-31-25 | 1,000 | | 700.00 | 700,000.00 |
| 02164 | DICLOFENACO 75 MG/3 ML SOL INY C*10 AMP FARMIONNI | 1455117 | 04-29-25 | 1,000 | | 690.00 | 690,000.00 |
| 00781 | DIPIRONA 1G/2ML SOL INY C*100 AMP FARMIONNI | 1440481 | 01-12-26 | 2,000 | | 690.00 | 1,380,000.00 |
| 00035 | FENITOINA SODICA 250MG/5ML AMPOLLA BLISTER C*100 SICMAFARMA | 22.09.4794 | 09-30-24 | 100 | | 2,500.00 | 250,000.00 |
| 00757 | FUROSEMIDA 20 MG/ 2 ML SOL INY C*100 AMP FARMIONNI | 1435235 | 11-30-24 | 100 | | 560.00 | 56,000.00 |

Son: TRECE MILLONES TREINTA Y DOS MIL PESOS mcte.

Modo de Pago:CUENTAS POR COBRAR A CLIENTES

Realizar los pagos mediante transferencia bancaria o cheque cruzado a nombre de GRUPO VITALMAX S.A.S. en Bancolombia cuenta de ahorros 081-735467-60.

| | |
|---|---|
| SubTotal | 5,480,300.00 |
| Total | 13,032,000.00 |

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio de acuerdo a los Articulos 774 del codigo de comercio.
Ademas, para los mismos efectos legales mencionados anterioremente, el COMPRADOR y ACEPTANTE declara haber recibido real y materialmente las mercancias detalladas en este titulo valor, obligandose a pagar su valor al vendedor en la forma descrita en esta factura. La cancelacion despues de la fecha de vencimiento causara intereses de mora conforme al Art. 884 del codigo de comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

Documento Original

GRUPO VITALMAX S.A.S

Recibí Conforme Nit/C.C :

GRUPO VitalMax S.A.S
Calidad de Vida a tu alcance

NIT. 901.058.980-1
REGIMEN COMUN
CRA 43B 80 88 LC 1
BARRANQUILLA
GRUPOVITALMAX@GMAIL.COM

FACTURA ELECTRONICA No: FVG - 4340

Autorizacion Numeracion de Facturacion18764051898770 del 07-15-23 Prefijo

Factura impresa por computador, por GRUPO VITALMAX S.A.S Nit 901058980 en software de Maria Rodriguez Teran Nit 45645147-6

Cliente.: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMAS MUNICIPIO
Nit/C.C: 802006267-6 Tel: 8791829
Dir: CALLE 11 # 9 - 134 Ciudad: PALMAR DE VARELA ATLANTICO

| Fecha Fact | Fecha Vcto | Plazo | Pedido |
|---|---|---|---|
| Jul-29-2023 | Sep-12-2023 | 45 Días | |

| Vendedor | Zona | Realizado por |
|---|---|---|
| GRUPO VITALMAX S.A.S. | | MONSALVO ANDRES |

| Codigo | Detalle | Lote | Vencimiento | Cant | Iva | Vr/Unit | Vr/Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00530 | HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML C*50 AMP FRESENIUS KABI | 75RM2591 | 12-31-24 | 1 | | 21,600.00 | 21,600.00 |
| 00764 | HIDROCORTISONA 100 MG SOL INY POL ESTERIL C*100 AMP (SUMICORT) BLAU FARMACEUTICA | 23031485 | 03-30-26 | 300 | | 3,800.00 | 1,140,000.00 |
| 00656 | LIDOCAINA HCL 2% JALEA ESTERIL TUBO *30G PROCLIN | 0123029 | 02-28-25 | 5 | | 14,000.00 | 70,000.00 |
| 02290 | MEDROXIPROGESTERONA+ESTRADIOL CIPIONATO (25+5) SOL INY C*50 AMP (CYCLOFEM) PROFAMILIA | I2112035 | 11-30-25 | 200 | | 10,200.00 | 2,040,000.00 |
| 02757 | ETHILON 2/0 C/A SC-26 DE 45 CM 164T - CAJA X 24-MONONYLON ETHICON | AT0041 | 03-30-27 | 1 | | 268,800.00 | 268,800.00 |
| 02758 | ETHILON 3/0 C/A SC-24 DE 45 CM 163T - CAJA X 24-MONONYLON ETHICON | AT5504 | 07-31-27 | 3 | | 268,800.00 | 806,400.00 |
| 00148 | OMEPRAZOL 40 MG POL LIOF C*10 AMP FARMIONNI | 222062126 | 10-01-25 | 300 | | 3,050.00 | 915,000.00 |
| 00171 | SALBUTAMOL 100 MCG INHALADOR 200 DOSIS (SALBUMED) CIPLA | GB21684 | 08-31-24 | 10 | | 6,500.00 | 65,000.00 |
| 00622 | SULFADIAZINA DE PLATA 1G/100G CREM TOP 30 G (DERMIQUEM 1%) BIOQUIFAR | 23016 | 01-31-25 | 5 | | 4,900.00 | 24,500.00 |
| 01296 | SULFATO FERROSO 200 MG C*500 TAB ECAR | C080506 | 06-10-25 | 8 | | 36,000.00 | 288,000.00 |
| 00420 | TRAMADOL 50 MG/1 ML SOL INY C*10 AMP FARMIONNI | 1457537 | 04-11-25 | 200 | | 640.00 | 128,000.00 |
| 02337 | GENTAMICINA 160 MG/2 ML SOL INY C*100 AMP VITALIS | A230106 | 03-10-25 | 100 | | 1,280.00 | 128,000.00 |
| 03220 | ACIDO TRANEXAMICO 500 MG/5 ML SOL INY C*10 AMP (ACITRADELT) DELTA | 223212123 | 06-30-25 | 50 | | 4,600.00 | 230,000.00 |

Son: TRECE MILLONES TREINTA Y DOS MIL PESOS mcte.

Modo de Pago:CUENTAS POR COBRAR A CLIENTES

Realizar los pagos mediante transferencia bancaria o cheque cruzado a nombre de GRUPO VITALMAX S.A.S. en Bancolombia cuenta de ahorros 081-735467-60.

| | |
|---|---|
| SubTotal | 11,605,600.00 |
| Total | 13,032,000.00 |

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio de acuerdo a los Articulos 774 del codigo de comercio.
Ademas, para los mismos efectos legales mencionados anterioremente, el COMPRADOR y ACEPTANTE declara haber recibido real y materialmente las mercancias detalladas en este titulo valor, obligandose a pagar su valor al vendedor en la forma descrita en esta factura. La cancelacion despues de la fecha de vencimiento causara intereses de mora conforme al Art. 884 del codigo de comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

Documento Original

GRUPO VITALMAX S.A.S

Recibí Conforme Nit/C.C :

GRUPO VitalMax S.A.S
Calidad de Vida a tu alcance

NIT. 901.058.980-1
REGIMEN COMUN
CRA 43B 80 88 LC 1
BARRANQUILLA
GRUPOVITALMAX@GMAIL.COM

FACTURA ELECTRONICA No: FVG - 4340

Autorizacion Numeracion de Facturacion18764051898770 del 07-15-23 Prefijo

Factura impresa por computador, por GRUPO VITALMAX S.A.S Nit 901058980 en software de Maria Rodriguez Teran Nit 45645147-6

Cliente.: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CON CAMAS MUNICIPIO
Nit/C.C: 802006267-6 Tel: 8791829
Dir: CALLE 11 # 9 - 134 Ciudad: PALMAR DE VARELA ATLANTICO

| Fecha Fact | Fecha Vcto | Plazo | Pedido |
|---|---|---|---|
| Jul-29-2023 | Sep-12-2023 | 45 Días | |

| Vendedor | Zona | Realizado por |
|---|---|---|
| GRUPO VITALMAX S.A.S. | | MONSALVO ANDRES |

| Codigo | Detalle | Lote | Vencimiento | Cant | Iva | Vr/Unit | Vr/Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00955 | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20 MG/ML SOL INY C*10 AMP FARMIONNI | 1454615 | 03-17-26 | 150 | | 1,726.00 | 258,900.00 |
| 02131 | PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 UI POL INY C*10 AMP (BENZATIDELT) DELTA | 213012185 | 10-30-24 | 10 | | 2,250.00 | 22,500.00 |
| 00221 | SOLUCION HARTMAN BOLSA *500 ML C*40 BAXTER | SB23FC9 | 06-30-25 | 200 | | 3,100.00 | 620,000.00 |
| 02349 | CLORURO DE SODIO 0.09% BOL*100 ML (SUERO FISIOLOGICO) C*100 BAXTER | SX23FB4 | 06-30-25 | 100 | | 2,690.00 | 269,000.00 |
| 00178 | CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA 500 ML C*40 BAXTER | SB23FG8 | 06-25-25 | 40 | | 3,200.00 | 128,000.00 |
| 00178 | CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA 500 ML C*40 BAXTER | SB23FT6 | 06-30-25 | 40 | | 3,200.00 | 128,000.00 |

Observaciones:

Seriales:

Son: TRECE MILLONES TREINTA Y DOS MIL PESOS mcte.

Modo de Pago:CUENTAS POR COBRAR A CLIENTES

Realizar los pagos mediante transferencia bancaria o cheque cruzado a nombre de GRUPO VITALMAX S.A.S. en Bancolombia cuenta de ahorros 081-735467-60.

| | |
|---|---|
| SubTotal | 13,032,000.00 |
| Total | 13,032,000.00 |

Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio de acuerdo a los Articulos 774 del codigo de comercio.
Ademas, para los mismos efectos legales mencionados anterioremente, el COMPRADOR y ACEPTANTE declara haber recibido real y materialmente las mercancias detalladas en este titulo valor, obligandose a pagar su valor al vendedor en la forma descrita en esta factura. La cancelacion despues de la fecha de vencimiento causara intereses de mora conforme al Art. 884 del codigo de comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

Documento Original

GRUPO VITALMAX S.A.S

Recibí Conforme Nit/C.C :

# ALCALDÍA MUNICIPAL DE PALMAR DE VARELA
## SECRETARÍA DE HACIENDA
**800.094.449-8**

**RECIBO OFICIAL DE RENTAS MENORES**

**ESTAMPILLA PRO ANCIANO**

**RECIBO DE PAGO No.**
**23010410003608**

**APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRIBUYENTE**
GRUPO VITALMAX

**No. IDENTIFICACIÓN:** 9010589801
**TELÉFONO:** 0
**DIRECCIÓN:** 0

**FECHA DE EMISIÓN:** 23/08/2023
**FECHA DE OBLIGACIÓN:** 23/08/2023
**FECHA DE VENCIMIENTO:** 23/08/2023

| No. | DESCRIPCIÓN DE LA RENTA, TASA O DERECHO | CANTIDAD | BASE | TARIFA/VALOR | Vr. LIQUIDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ESTAMPILLA PRO-BIENESTAR DEL ANCIANO | 1 | $ 13.032.000 | 4,00 % | $ 521.280 |

**Observaciones:** FACTURA ELECTRONIA DE VENTA FVGV4340-2023 ESEPALMAR

**TOTAL A PAGAR** **$ 521.280**

(415)0000000024054(8020)23010410003608(3900)0000000521280(96)20230823

SELLO DEL BANCO

República De Colombia
Dto. Del Atlántico
Secretaría Administrativa y Financiera
Palmar De Varela

**ENTIDAD FINANCIERA AUTORIZADA**

| Baloto | efecty | CONVENIO 2420 | Banco de Occidente | CTA CTE 805-02614-3 | AvalPay Center |
|---|---|---|---|---|---|

Imprimió: HBUZON- 23/08/2023 -07:56:51 - 186.117.205.34

- COPIA CONTRIBUYENTE -

# ALCALDÍA MUNICIPAL DE PALMAR DE VARELA
## SECRETARÍA DE HACIENDA
**800.094.449-8**

**RECIBO OFICIAL DE RENTAS MENORES**

**ESTAMPILLA PRO CULTURA**

**RECIBO DE PAGO No.**
**23010410003607**

**APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRIBUYENTE**
GRUPO VITALMAX

**No. IDENTIFICACIÓN:** 9010589801
**TELÉFONO:** 0
**DIRECCIÓN:** 0

**FECHA DE EMISIÓN:** 23/08/2023
**FECHA DE OBLIGACIÓN:** 23/08/2023
**FECHA DE VENCIMIENTO:** 23/08/2023

| No. | DESCRIPCIÓN DE LA RENTA, TASA O DERECHO | CANTIDAD | BASE | TARIFA/VALOR | Vr. LIQUIDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ESTAMPILLA PROCULTURA | 1 | $ 13.032.000 | 0,50 % | $ 65.160 |

**Observaciones:** FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVGV4340-2023 ESEPALMAR

**TOTAL, A PAGAR** **$ 65.160**

(415)0000000024055(8020)23010410003607(3900)0000000065160(96)20230823

República De Colombia Dpto. Del Atlántico Alcaldía Y Tesorería Financiera Secretaría Administrativa Palmar De Varela

**ENTIDAD FINANCIERA AUTORIZADA**

| Baloto | efecty | CONVENIO 2419 | Banco de Occidente | CTA CTE 805-02615-0 | AvalPay Center |
|---|---|---|---|---|---|

Imprimió: HBUZON- 23/08/2023 -07:55:14 - 186.117.205.34

- COPIA CONTRIBUYENTE -

# ALCALDÍA MUNICIPAL DE PALMAR DE VARELA
## SECRETARÍA DE HACIENDA
**800.094.449-8**
**RECIBO OFICIAL DE RENTAS MENORES**

**TASA PRO DEPORTE Y RECREACION**

**RECIBO DE PAGO No.**
**23010410003609**

**APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRIBUYENTE**
GRUPO VITALMAX

**No. IDENTIFICACIÓN:** 9010589801
**TELÉFONO:** 0
**DIRECCIÓN:** 0

**FECHA DE EMISIÓN:** 23/08/2023
**FECHA DE OBLIGACIÓN:** 23/08/2023
**FECHA DE VENCIMIENTO:** 23/08/2023

| No. | DESCRIPCIÓN DE LA RENTA, TASA O DERECHO | CANTIDAD | BASE | TARIFA/VALOR | Vr. LIQUIDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | TASA PRO-DEPORTE Y RECREACION | 1 | $ 13.032.000 | 1,00 % | $ 130.320 |

**Observaciones:** FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FVGV4340-2023 ESEPALMAR

**TOTAL A PAGAR** **$ 130.320**

(415)0000000000009(8020)23010410003609(3900)00000000130320(96)20230823

República De Colombia
Dto. Del Atlántico
Secretaría Administrativa Y Financiera
Palmar De Varela

ABRIL DEL BANCO

**ENTIDAD FINANCIERA AUTORIZADA**

Banco de Occidente
**CTA AHO 805-83935-4**

AvalPay Center

Imprimió: HBUZON- 23/08/2023 -07:57:57 - 186.117.205.34

- COPIA CONTRIBUYENTE -

# SECRETARIA DE HACIENDA DEPARTAMENTAL
## Bono de Estampillas Departamental

| | |
|---|---|
| **Acto:** | CONTRATOS Y CONVENIOS |
| **Clase Acto:** | CONTRATOS ESE DE ORDEN MUNICIPAL |

**1. DATOS**

**Nro DE LIQUIDACIÓN:** 202300013822

| **FECHA DE PAGO:** | **BASE GRAVABLE:** | **REFERENCIA DE PAGO:** |
|---|---|---|
| 11/04/2023 02:00:22 PM | 200000000 | 202300056771 |

| **CONTRIBUYENTE:** | **CEDULA O NIT:** |
|---|---|
| GRUPO VITALMAX S.A.S . | 901058980 |

| **ENTIDAD CONTRATANTE:** | **N° DE CONTRATO:** | **FECHA SUSCRIPCION:** |
|---|---|---|
| CENTRO DE SALUD PALMAR DE VARELA | ESEPALMAR-2023-C010 | 10/02/2023 |

**1. INFORMACIÓN DETALLADA**

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| ESTAMPILLA CIUDADELA UNIVERSITARIA | $3.600.000 |
| ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DEPARTAMENTAL | $2.000.000 |
| INTERESES DE MORA | $156.600 |
| **Total a Pagar:** | **$5.756.600** |

**CONTRIBUYENTE**

-14/04/2023 11:45:24 AM

202300056771

**Este documento debe ser verificado por la entidad responsable de exigir su pago en la página web de la Gobernación www.atlantico.gov.co en el link Estampillas Liquidadas**

----------GOBERNACIÓN----------

202300056771

| | | |
|---|---|---|
| **ACTO Y/O ECHO GENERADOR:** CONTRATOS Y CONVENIOS | | |
| **CONTRIBUYENTE**: GRUPO VITALMAX S.A.S . | | **CEDULA O NIT:** 901058980 |
| **FECHA LIQUIDACIÓN:** 11/04/2023 02:00: 22 PM | **Nro. LIQUIDACIÓN:** 202300013822 | **TOTAL: $5.756.600** |

-14/04/2023 11:45:24 AM

----------BANCO----------

202300056771

| | | |
|---|---|---|
| **ACTO Y/O ECHO GENERADOR:** CONTRATOS Y CONVENIOS | | |
| **CONTRIBUYENTE**: GRUPO VITALMAX S.A.S . | | **CEDULA O NIT:** 901058980 |
| **FECHA LIQUIDACIÓN:** 11/04/2023 02:00: 22 PM | **Nro. LIQUIDACIÓN:** 202300013822 | **TOTAL: $5.756.600** |

-14/04/2023 11:45:24 AM

PAGADO
PAGADO

aportes en línea

# Comprobante de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono |
| NIT 901058980 | 1 | GRUPO VITALMAX SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CRA 43B # 80-88 LOCAL 1 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3323946 |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | |
|---|---|---|---|
| Periodo Pensión | **2023-07** | Periodo Salud | **2023-08** |
| Fecha límite de pago | **2023/08/18** | Fecha de pago | **2023/08/22** |
| Dias de mora | **4** | Tasa de mora | **26.16%** |

| TOTALES | |
|---|---|
| Valor a pagar | **$4,571,700** |
| Intereses de mora | **$21,100** |
| Saldos e incapacidades | **$0** |
| Valor total | **$4,592,800** |

| DATOS DE LA TRANSACCIÓN | |
|---|---|
| Clave planilla | **9455030070** |
| Clave de pago | **111659000** |
| Banco | **BANCO DAVIVIENDA** |



2023/08/24 10:41 AM

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL Y REVISOR FISCAL GENERAL**

**GRUPO VITALMAX SAS**

**CERTIFICAN:**

Que la empresa **"GRUPO VITALMAX SAS",** se encuentra a Paz y Salvo hasta la fecha del año 2023, con el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones, Aportes a La Caja de Compensación Familiar, Instituto de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA" y Pagos por concepto de Salarios y prestaciones Sociales a sus empleados.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado.

Dado en barranquilla, los nueve (24) día del mes de AGOSTO 2023. .

**Representante y Gerente Gral.**

**Revisor Fiscal General**
**T.P. Nº 33001 - T**