HACEMOS GRANDE AL META / GOBERNACIÓN DEL META	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

A

Fecha de elaboración del reconocimiento:	13/12/2023	Periodo de Pago:	Del	N/A	Al	N/A
Contrato No. y Fecha:	3169 del 24/08/2023					
Contratista:	ROPSOHN THERAPEUTICS SAS			c.c. o Nit.	860.029.022-9	
Representante Legal:	Ricardo Alonso Hernández Buitrago			c.c.		
Tipo de Pago:	Parcial		Final	X	Número de Pago:	1

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	X	N/A	X	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	X	N/A	X	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	X	N/A	X	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	X	N/A	X	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	X	X	X	X

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Dos millones cuatrocientos noventa y nueve mil ($2.499.000) pesos moneda corriente**

Cordialmente,

Sthella Gonzalez R			
Nombre:	**MARINA STELLA GONZALEZ ROBAYO**	Nombre:	**JHONATAN DAVID NEIRA**
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**	Cargo:	**SECRETARIO DE SALUD DEL META**
Supervisor		ORDENADOR DEL GASTO	

Hora 11:22

25147

26 DIC 2023

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. 11896

Vigencia: 2.023 **Fecha de Compromiso:** 1 de septiembre de 2023

Beneficiario ROPSOHN THERAPEUTICS SAS **Nit:** 860029022 - 9

No. C.D.P. : 2677 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 11 de mayo de 2023 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Contrato: 3169 **Fecha:**24/08/2023 **Vence:** 31/12/2023

Objeto: BPIN 2022005500131 GARANTIZAR LA CALIDAD EN TODAS Y CADA UNA DE LAS ÁREAS DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA, MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPO PARA EL DIAGNÓSTICO DE TSH NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS

Cto.Utilidad : FONDO LOCAL DE SALUD **Regional** DEPARTAMENTO DEL META

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Inversión 030302 - 2.3.19.1903.0300.004.2.3.2.02.02.008 - 32	**BPIN 2022005500131. MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEL META PARA ATENDER LA DEMANDA DE SERVICIOS RELACIONADOS CON LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN SU COMPETENCIA EN E** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción **Recurso de la Nacion-Destinación Específica** SGP - Salud Publica **Clasificadores** --8715403 2.499.000,00	2.499.000,00
	Total Compromisos	$2.499.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Noviembre	$2.499.000,00
Valor Total Prog.	$2.499.000,00

JAIDY ELAIZA NIETO
Gerente de Presupuesto

GE[illegible]
DOCU[illegible]

Andres ZV.

Elaboró: AZAMUDIOV

HACEMOS GRANDE AL META / GOBERNACIÓN DEL META	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Contrato No. y Fecha:	3169 del 24/08/2023		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	ROPSOHN THERAPEUTICS SAS	Nit./c.c.	860.029.022-9
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	Ricardo Alonso Hernández Buitrago	c.c.	79.561.196
Supervisor:	Marina Stella González Robayo	c.c.	41.730.280
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Garantizar la calidad en todas y cada una de las áreas del Laboratorio de Salud Pública , mediante ejecución de acciones del plan de mantenimiento preventivo del equipo para el diagnóstico de TSH neonatal en recién nacidos			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	Dos millones cuatrocientos noventa y nueve mil pesos ($ 2.499.000) moneda corriente.		
Término Inicial de Ejecución:	Dos (2) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	31/10/2023	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	30/12/2023

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	N/A
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
El Departamento del Meta pagara al contratista el valor de la ejecución del contrato así: Un único pago por el valor de ejecución del contrato hasta por la suma del valor del contrato, previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al sistema integral de Seguridad social (EPS, fondo de pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	11896 del 1/09/2023	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	030302-2.3.19.1903.0300.004.2.3.2.02.02.009-32				
Valor: (Letras y Números)	Dos millones cuatrocientos noventa y nueve mil pesos ($ 2.499.000) moneda corriente.				

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)
OBLIGACIONES GENERALES

2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

ITEM	Descripción	Cantidad
1	MANTENIMIENTO PREVENTIVO VICTOR	1

1. Entregar informe técnico donde se describa el servicio prestado y las recomendaciones necesarias para el normal funcionamiento de los equipos
2. Utilizar personal idóneo y capacitado vinculado a su organización para la prestación del servicio
3. Coordinar con el supervisor del contrato las fechas para la programación del servicio.

Modificaciones y/o Adiciones:

N/A

Periodo de Pago:	Del	N/A		Al	N/A			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	1

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar

Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	Dos millones cuatrocientos noventa y nueve mil pesos ($ 2.499.000) moneda corriente.

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

No. R.P.	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
11896	030302-2.3.19.1903.0300.004.2.3.2.02.02.009-32	8715403	$ 2.499.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			$ 2.499.000

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)

En el municipio de Villavicencio

Municipio	Número de Días	Valor Día Contrato	Total
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**N/A**

Nota: Incluir filas si se requiere.

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)			**N/A**
Amortización del Anticipo:			
Valor (Letras y Números máximo 2 Decimales)			**N/A**
Porcentaje:		Observaciones:	N/A

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial

Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
Primer Pago	$ 2.499.000	31/10/2023	13/12/2023	100%

Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
*Cuarto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (si no aplica diligenciar N/A)				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	$ 2.499.000

Artículo 3.2.7.5 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1273 de 2018, en relación con el pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales.
Nota: Esta información debe estar en el informe del contratista

El contratista:

Concepto	Si	No	Detalle
1. ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones?			Si su respuesta es Sí, adjunte certificación.
2. ¿Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos?			Si su respuesta es Sí, registre el valor del IBC de cada uno de ellos $ _____ $ _____
3. ¿La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes, producto de los ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos?			
4. ¿El valor total de sus IBC es superior a 4 salarios mininos mensuales legales vigentes?			Si su respuesta es Si, adjuntar el pago del fondo de solidaridad pensional FSP
5. ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales?			
6. ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato?			
7. ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud?			
8. ¿Cotiza a salud de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el Articulo 2.1.13.5?			

9. ¿Efectúa de forma voluntaria aportes a una Caja de Compensación Familiar?			
10. ¿Realiza aportes voluntarios a pensión?			

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	**N/A**
Número de Planilla	**N/A**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**N/A**
Valor pagado a SALUD	**N/A**
Valor pagado a PENSIÓN	**N/A**
Valor pagado a ARL	**N/A**
Valor pagado a FSP	**N/A**
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	SI
Certificado expedido por el Revisor fiscal	SI
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los trece (13) días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,

Sthella Gonzalez

MARINA STELLA GONZALEZ ROBAY0
Profesional Universitario.
Supervisor

REGIMEN COMÚN
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOLUCIÓN DIAN No. 012220
DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2022
SOMOS AUTORRETENEDORES
RESOLUCIÓN DIAN No. 6838 DEL 25 DE AGOSTO DE 2000
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
DIRECCIÓN DE IMPUESTOS BOGOTÁ
ICA BOGOTÁ

ROPSOHN THERAPEUTICS S.A.S NIT.860.029.022-9

Autorización numeración de facturación electrónica No.18764060555925 de noviembre 24 de 2023 hasta noviembre 24 de 2025. Prefijo FE del No. 378080 a 380000. Actividad económica 2100 Tarifa Ica 11.76 x 1000. Agente retención de IVA e ICA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FE - 378487

Señores: GOBERNACION DEL META SECRETARIA DE SALUD
Nit: 892000148-8 **E-Mail:** mgonzalezr@meta.gov.co
Dirección Factura: CRA 33 # 38- 45
Ciudad: 500001 VILLAVICENCIO
Forma de pago: Crédito - 30 DÍAS

Fecha Factura	13/12/2023	Fecha Vencimiento	13/01/2024

Código Cliente: CN892000148-01
Distrito: 90
Zona: 901

#ITEM	CODIGO	ARTICULO	BOD	CUM	LOTE	VTO.	CANT.	U/M	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	S00000001	SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	4				1,00	UND	2.100.000,00	2.100.000,00
		Remisiòn No. 378487				**Cant. Total**				

Medio de pago: Transferecia Crédito

Fecha y Hora de Generación : 13/12/2023 11:11

OBSERVACIONES: ORDEN DE COMPRA N° CON CARGO AL CONTRATO N° 3169 DE 2023 -

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS M.CTE.

SUB TOTAL	2.100.000,00
DESCUENTO	0,00
RET. ICA	
IVA	399.000,00
TOTAL	2.499.000,00

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR, SEGUN LA LEY 1231 EL 17 DE JULIO DE 2008 Y CAUSA INTERESES DE MORA A LA TASA MAXIMA LEGAL VIGENTE DESPUES DE SU VENCIMIENTO

QR:

CUFE: 417b6134708e1aa1a1eae3e9a8995d163ada5fd9ff676d47b7cf3abd2948acc3de989fd39ec1f0c9c6482d3b3579d427

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO O CONVENIO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 3169 DEL AÑO 2023 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y ROPSOHN THERAPEUTICS SAS

Contrato o Convenio No.:	3169 del 24/08/2023		
Registro Presupuestal:	11896 del 1 de septiembre de 2023		
Contratista:	ROPSOHN THERAPEUTICS SAS	Nit./c.c.	860.029.022-9
Representante Legal:	Ricardo Alonso Hernández Buitrago	c.c.	79.561.196
Supervisor:	Marina Stella González Robayo	c.c.	41.730.280
Objeto: Garantizar la calidad en todas y cada una de las áreas del Laboratorio de Salud Pública , mediante ejecución de acciones del plan de mantenimiento preventivo del equipo para el diagnóstico de TSH neonatal en recién nacidos			
Valor total del contrato o convenio: (Letras y Números)	Dos millones cuatrocientos novecientos noventa y nueve mil pesos ($ 2.499.000) moneda corriente.		
Término de ejecución:	Dos (2) meses		
Fecha Inicio:	31/10/2023	Fecha Finalización:	30/12/2023

En la ciudad de Villavicencio, **MARINA STELLA GONZALEZ ROBAYO,** Supervisora delegada identificada con cédula de ciudadanía número 41.730.280 y **ROPSOHN THERAPEUTICS SAS** representante legal **RICARDO ALONSO HERNÁNDEZ BUITRAGO** identificado con cédula de ciudadanía número 79.561.196 suscriben la presente Acta de Inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

De conformidad con lo establecido en el contrato o convenio se decide fijar el día 31 de octubre de 2023, como fecha de Inicio del contrato o convenio citado.

En constancia firman:

ROPSOHN THERAPEUTICS SAS REPRESENTANTE LEGAL RICARDO ALONSO HERNÁNDEZ B	**MARINA STELLA GONZALEZ ROBAYO**
Contratista	Supervisor

Firma:	
Nombre:	Marina Stella González Robayo.
Cargo:	Profesional Universitario
Proyectó	

Número del Proceso SECOP:	**SSM-CD-3169 DE 2023**	**Número Contrato:**	**3169 DE 2023**	**Fecha Contrato:**	24 AGO 2023
Dependencia Ejecutora:	**SECRETARIA DE SALUD DEL META**				
Contratista:	**ROPSOHN THERAPEUTICS SAS.**			**Nit. o c.c.**	**860.029.022-9**
Representante Legal:	**RICARDO ALONSO HERNANDEZ BUITRAGO**			**c.c.**	**79.561.196**

CONSIDERACIONES:

1)Que el objeto a contratar se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyecto de Inversión Departamental BPPID bajo el número **2022005500131 según certificado expedido el día 26 de Abril de 2023.**

2)Que la descripción del objeto del contrato se encuentra inscrito en el Plan Anual de Adquisiciones de la Entidad debidamente publicado en la plataforma SECOP.

3)Que el valor del contrato se ajusta al requerimiento del ente gubernamental de conformidad con el presupuesto oficial proyectado por el ordenador del gasto el cual hace parte integral del contrato.

4)Que para la realización del contrato existe(n) el(los) Certificado(s) de Disponibilidad Presupuestal expedido(s) por la Gerencia de Presupuesto, para lo cual, los gastos que se ocasionen del mismo se cargarán al (a los) certificado(s) relacionado(s) a continuación:

No. CDP	FECHA EXPEDICIÓN	TRAZADOR PRESUPUESTAL	No. CPC	RUBRO PRESUPUESTAL	Situación (SSF – CFF aplica solo regalías)	VALOR CDP	VALOR A EJECUTAR
2677	11/05/2023	N/A	8715403	030302-2.3.19.1903.0300.004.2.3.2.02.02.008-32	N/A	2.500.000	2.499.000
TOTALES						**2.500.000**	**2.499.000**

5)Que los estudios y documentos previos hacen parte integral del contrato y se acogen con la firma electrónica por las partes intervinientes en la plataforma del Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP.

6)Que en razón a la cuantía y objeto para la escogencia del contratista se hizo necesario adelantar un proceso de **CONTRATACION DIRECTA CON OFERTAS SSM-CD-3169-2023.**

7)Que el contrato se regirá por lo consagrado en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015, demás normas constitucionales y legales y en lo no previsto en ellas, por las normas de Derecho Privado y las cláusulas que se estipulan a continuación:

CLÁUSULAS: (Las demás cláusulas no dispuestas en el presente documento se encuentran en el estudio previo).

1)Objeto:

GARANTIZAR LA CALIDAD EN TODAS Y CADA UNA DE LAS AREAS DEL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA, MEDIANTE LA EJECUCION DE ACCIONES DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPO PARA EL DIAGNOSTIVO DE TSH NEONATAL EN RECIEN NACIDOS

2)Término de Ejecución:

El plazo de ejecución del contrato será por el término de **DOS (2) MESES**, contados a partir de la suscripción del acta de inicio entre el(la) supervisor(a) del contrato y EL(LA) CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

3)Valor del Contrato:

El valor de este contrato es por la suma de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS ($2.499.000.oo) M/CTE.M/CTE** incluido todos los impuestos, tasas, contribuciones y gravámenes a los que haya lugar para su legalización y ejecución, de acuerdo a su propuesta presentada

4)Lugar de Ejecución:

Sera en el Municipio de Villavicencio.

5)Vigencia:

El presente contrato tiene como vigencia el término para la ejecución de la labor contratada y cuatro (4) meses más.

6)Forma de pago:

EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: **Un único pago** por el valor de ejecución del contrato hasta por la suma **del valor del contrato,** previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

7)Cláusulas excepcionales:

EL DEPARTAMENTO DEL META podrá terminar, modificar e interpretar unilateralmente el contrato según las normas prescritas en los artículos 14 al 18 de la Ley 80 de 1993, y demás normas que regulen la materia.

8)Supervisión:

El DEPARTAMENTO ejercerá la supervisión del presente contrato, a través del (la) Servidor (a) Publico(a) **MARINA STELLA GONZALEZ ROBAYO,** Profesional Universitario del Laboratorio de Salud Pública dependiente de la gerencia de promoción y Prevención debidamente delegado (a) por el Secretario de Salud del Meta, el cual tendrá las obligaciones consignadas en los estudios previos del proceso en el acápite obligaciones del supervisor, que hace parte integral del contrato.

9)Determinación de clase de riesgo laboral

Analizadas las obligaciones del contratista, conforme al decreto 768 del 16 de mayo de 2022 y circular interna de la entidad, se establece que el código de la actividad del riesgo laboral del contratista es: (Aplica para persona natural) (Para persona jurídica debe indicar N/A)	**Código de Actividad**
	N/A

10)Indemnidad:

EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne al **DEPARTAMENTO DEL META** de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes hasta por el monto del daño o perjuicio causado.

11)Cesión:

El CONTRATISTA no podrá ceder en todo o en parte a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, el presente contrato sin previa autorización expresa y por escrito de **EL DEPARTAMENTO DEL META**.

12)Exclusión de relación laboral:

Este contrato no implica relación, subordinación o dependencia de ningún tipo laboral entre **EL DEPARTAMENTO DEL META** y **EL CONTRATISTA**, y por lo tanto tampoco genera pago de prestaciones sociales de ninguna índole.

13)De la publicidad y publicación de los actos y sentencias sancionatorias

El presente contrato deberá ser publicado en la Página Web del SECOP; de acuerdo con el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 del 2015. Se regirá por lo estipulado en el artículo 31 de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y el Decreto Nacional 019 de 2012 artículo 218.

14)Finalización y/o liquidación del contrato

De conformidad con el artículo 217 del Decreto 019 del 2012, no será obligatoria la Liquidación en los Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión. Según Ley 80 de 1993 Art. 60, modificado Art. 217 de Decreto 019 de 2012, Ley 1150 de 2007 Art. 11: *Del plazo para la liquidación de los contratos.* La liquidación de los contratos se hará de mutuo acuerdo dentro del término fijado en los pliegos de condiciones o sus equivalentes, o dentro del que acuerden las partes para el efecto. De no existir tal término, la liquidación se realizará dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga.

15)Causales de Terminación

Se establecerán como causales de terminación, las siguientes: **a)** Por mutuo acuerdo entre las partes. **b)** Por el cumplimiento del objeto del contrato **c)** Por incumplimiento de las obligaciones establecidas por cualquiera de las partes.

16)Multas:

EL DEPARTAMENTO DEL META, está facultado para imponer multas en caso de mora o incumplimiento parcial o total hasta por la suma del diez por ciento (10%) del valor del presente contrato, multas que se impondrán mediante resolución motivada conforme a lo permitido en la Ley.

17)Cláusula penal:

En caso de declaratoria de caducidad o incumplimiento de las obligaciones a cargo **DEL CONTRATISTA** éste pagará una sanción pecuniaria equivalente a una suma igual al diez por ciento (10%) del valor del contrato sin que para el efecto sea necesario ningún tipo de requerimiento ni acto administrativo de los perjuicios que sufra **EL DEPARTAMENTO DEL META**. **PARÁGRAFO:** El valor de la cláusula penal será descontado de cualquier saldo que resultare a favor del Contratista por razón de este contrato si lo hubiere. En caso contrario se hará efectiva la garantía y si esto no fuere posible se le iniciarán las acciones judiciales pertinentes.

18)Documentos integrantes del contrato:

Hacen parte del presente contrato todos los documentos descritos en el acápite **DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN**, el presente anexo a la minuta de contrato electrónico y los demás documentos expedidos en la etapa precontractual, contractual y postcontractual. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Los documentos relacionados con el presente contrato reposarán en el archivo de gestión de la Gerencia de Asuntos Contractuales de la Secretaría Jurídica del **DEPARTAMENTO DEL META**.

19)Requisitos de perfeccionamiento y ejecución:

El contrato se perfecciona con la suscripción de las partes, para su ejecución se requiere de la expedición del respectivo Registro Presupuestal y la aprobación de garantías (si es el caso).

20)Declaraciones:

Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya interpretación se sustentará en el principio de la autonomía de la voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del Código Civil Colombiano.

21)Notificaciones:

Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en virtud de la relación contractual constarán por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico y a las direcciones indicadas a continuación: i) Por parte del **DEPARTAMENTO DEL META** en la Carrera 33 No. 38 – 45 Centro Edificio Gobernación del Meta, – Villavicencio (Meta) o al correo electrónico gobernaciondelmeta@meta.gov.co ii) Al Contratista de acuerdo a la información diligenciada en la plataforma del SECOP al momento de su creación.

ROPSOHN THERAPEUTICS SAS	**JHONATAN DAVID NEIRA**
R/L. RICARDO ALONSO HERNANDEZ BUITRAGO	Secretaria de Salud del Meta
Contratista	**Ordenador del Gasto**

Vo. Bo. para la publicidad en SECOP

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	**JOSE LEANDRO ORTIZ SEVILLA**	**Nombre:**	**JOSE LEANDRO ORTIZ SEVILLA**
Cargo	Asesor SSM	**Cargo:**	**Asesor SSM**
Proyectó		**Revisó**	

DEPARTAMENTO DEL META
GOBERNACIÓN DEL META
ASESOR SSM
FECHA: Radica 2-U
HORA: 1-09-23
3:29 p.m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14867692270

(415)7707212489984(8020) 000001486769227 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 2 9 0 2 2	9	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

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
ROPSOHN THERAPEUTICS S A S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 13 50 78

42. Correo electrónico contador@ropsohn.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 4 3 8 7 5 0	2 4 9 0 4 9 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
2 1 0 0	1 9 5 5 1 2 1 9						4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	3	5	7	8	9	1 0	1 3	1 4	1 5	1 9	4 1	4 2	4 8	5 2	5 5											

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
19- Productor de bienes y/o servicios exen
41- Declaración anual de activos en el exte
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código	2 2	2 3																		

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	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 61. Fecha 2022 - 09 - 27 / 15 : 25: 25

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GIL GIL FLOR MARINA
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867692270

(415)7707212489984(8020) 000001486769227 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 2 9 0 2 2	9	Operativa de Grandes Contribuyentes	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Benefício	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	4 7 7 3	1 0 1
73. Fecha	1 9 5 5 1 2 1 9	2 0 2 1 0 5 0 2
74. Número de notaría	1	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 5 5 1 2 2 7	2 0 2 1 0 7 0 7
77. No. Matrícula mercantil	1 3 0 6 2	1 3 0 6 2
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	1 4
Vigencia		
80. Desde	1 9 5 5 1 2 1 9	2 0 2 1 0 5 0 2
81. Hasta	2 0 5 4 1 2 1 9	2 9 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

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: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		
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.
1			

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867692270

(415)7707212489984(8020) 000001486769227 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 0 2 9 0 2 2	9	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	1 9 7 5 1 2 0

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Extranjerí 2 2	1 3 8 0 5 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
KINDGREN		BENGT	VILHELM

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	1 9 9 2 0 4 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	4 1 3 9 2 6 8 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DIAZ	DE KINDGREN	MARIA	EUGENIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 0 2 0 2 0 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 5 6 1 1 9 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
HERNANDEZ	BUITRAGO	RICARDO	ALONSO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 6 1 1 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 9 3 7 9 2 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
KINDGREN	DIAZ	BENGT	VILHELM

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 6 1 1 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudada 1 3	5 3 1 2 3 1 8 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
KINDGREN	DIAZ	ANNA	CHRISTINA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867692270

(415)7707212489984(8020) 000001486769227 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 0 2 9 0 2 2	9	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 6 0 3 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	5 2 3 6 5 2 7 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
OSUNA	MARTINEZ	CLAUDIA	PATRICIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 6 0 3 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	5 1 7 7 6 5 1 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GIL	GIL	FLOR	MARINA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

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

4

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

5

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867692270

(415)7707212489984(8020) 000001486769227 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 2 9 0 2 2	9	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
NIT 3 1	8 6 0 0 4 4 3 6 0	6	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social: NORDAK S.A.

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
28,478,000	1.42	1955219	20160318

2

111. Tipo de documento	112. Número de Identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	1 3 8 0 5 3		SUECIA 7 6 4

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
KINDGREN		BENGT	VILHELM

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1,971,522,000	98.58	19551219	20160318

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 3 1 2 3 1 8 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
KINDGREN	DIAZ	ANNA	CHRISTINA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		20201023	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 9 3 7 9 2 7		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
KINDGREN	DIAZ	BENGT	VILHELM

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		20201023	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867692270

(415)7707212489984(8020) 000001486769227 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 2 9 0 2 2	9	Operativa de Grandes Contribuyentes	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de Identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 3 4 5 8 2 4		1 3 6 8 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
CARDENAS	CASTAÑEDA	CARLOS	JOSE

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 3 3 5 0 9	1	BAREÑO & CIA CONTADORES PUBLICOS ASOCIADOS SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 6 2 4

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de Identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 1 3 4 0 0 6		5 7 1 2 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
BAREÑO	PIÑARETE	GIL	DANILO

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 3 3 5 0 9	1	BAREÑO & CIA CONTADORES PUBLICOS ASOCIADOS SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 6 2 4

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867692270

(415)7707212489984(8020) 000001486769227 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 2 9 0 2 2	9	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: ROPSOHN THERAPEUTICS SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 13 50 78

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 3 0 6 2	1 9 5 5 1 2 1 9
168. Teléfono: 2 3 5 6 8 2 0	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Centro de explotación de tr 0 6	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: ROPSOHN THERAPEUTICS SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 62 10 31

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 5 8 4 9 8 8	1 9 5 5 1 2 1 9
168. Teléfono: 2 6 2 9 8 5 0	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Centro de explotación de tr 0 6	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: ROPSOHN THERAPEUTICS SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: AK 68 18 25

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 3 7 6 9 4 3	1 9 5 5 1 2 1 9
168. Teléfono: 4 1 9 0 1 6 6	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14867692270

(415)7707212489984(8020) 000001486769227 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 2 9 0 2 2	9	Operativa de Grandes Contribuyentes	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Centro de explotación de tr 0 6	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: ROPSOHN THERAPEUTICS SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 18 A 62 70

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 3 0 6 3	1 9 5 6 1 2 1 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 1 4 4 9 5 0	

2

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**

3

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**

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Villavicencio, 25/10/2023

Doctor(a)
MARINA STELLA GONZALEZ ROBAYO
C.C. 41730280
Secretaría de Salud del Meta

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE SUPERVISION – CONTRATO **No. 3169-2023.**

De manera atenta, mediante la presente, me permito comunicarle que, en uso de las facultades legales y conferidas por la ley 80/93, el decreto 1082 de 2015 Decreto 0233 del 29 de julio de 2014 y decreto 332 del 01 de marzo de 2021, este despacho ha RESUELTO, reasignar la SUPERVISION del contrato **No. 3169-2023**, celebrado entre la **SECRETARIA DE SALUD DEL META y ROPSHON THERAPEUTICS SAS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía ó NIT No **860029022-9**, cuyo objeto es: **"GARANTIZAR LA CALIDAD EN TODAS Y CADA UN ADE LAS ÁREAS DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA, MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPO PARAEL DIAGNOSTICO DE TSH NEONATAL EN RECIÍN NACIDOS.",** de tal manera que se conmina y/o solicita para que realice la respectiva SUPERVISIÓN.

En ejecución de la labor encomendada, es importante recordar que las actuaciones de los **SUPERVISORES** esencialmente se circunscriben al seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable, y jurídico, a la ejecución del contrato, y se deben desarrollar siguiendo los lineamientos contenidos en el manual de Interventoría de la Gobernación del Meta - Decreto No.0332 del 18 de agosto de 2016 y las demás establecidas, en especial las consagradas en la Ley 1474 de 2011 artículos 82, 83, 84.

Dentro de sus funciones como **SUPERVISOR(A)**, deberá: **a)** Certificar la ejecución del contrato dentro de las condiciones exigidas **b)** Levantar y firmar las actas respectivas. c) Informar a la Secretaría de Salud sobre el desarrollo del contrato, así como las inconsistencias y/o sugerencias. **d)** Velar porque se mantengan vigentes todas las pólizas que amparen el cumplimiento, si es aplicable al caso.

Para mayor claridad, se le **recuerda** que deben anexar a la carpeta del contrato los soportes de cada pago, antes de radicar la cuenta en Tesorería, como son:

- Informe de ejecución del **SUPERVISOR**
- Informe de Ejecución del Contratista
- Copias de los recibos de pago de seguridad social
- Copia de la cuenta de cobro
  Para el caso de la liquidación además deberá anexar:
- Acta de terminación

Y los demás documentos que se generen durante la ejecución contractual, así como mantener actualizado la publicación en el **SECOP.**

Por último, es menester recordarle que el supervisor o interventor responderá disciplinaria, civil y penalmente, por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la constitución y la ley. (Artículo 51 y 53 de la ley 80 de 1993, y la ley 1474 de 2011, art. 84 y el decreto 1082 de 2015).

Por todo lo anterior, sírvase avocar conocimiento y trámites pertinentes, a partir del presente acto administrativo.

Cordialmente,

JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud del Meta
NIT. 892.000.148 – 8 GOBERNACION

Proyectó: José Nicolas Ardila Higuera
Profesional Universitario Grado 4 Codigo 219

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTÁ D.C., 04/12/2023

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **ROPSOHN THERAPEUTICS SAS** con **NIT 8600290229** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 0550008800167606

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4 B F 0 B 3 D 0 0 9 B 0 B B 9 B F

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **CARLOS JOSE CARDENAS CASTAÑEDA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19345824 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 13685-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

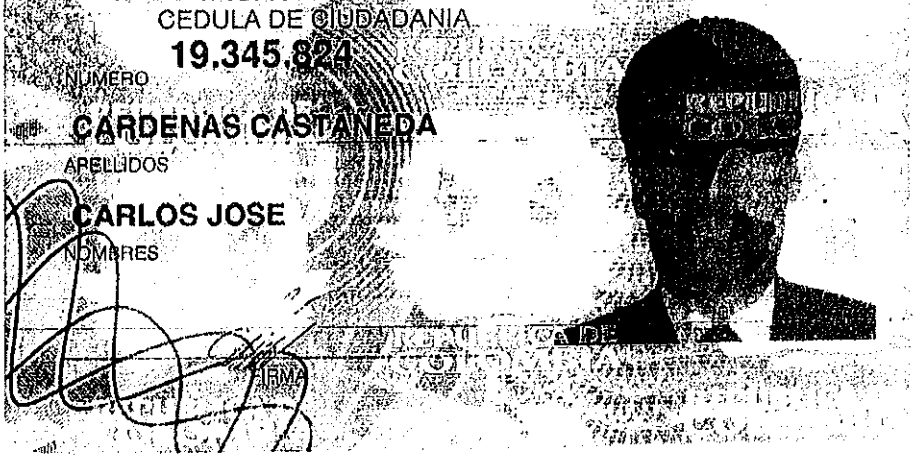
NUMERO **19.345.824**

CARDENAS CASTANEDA

APELLIDOS

CARLOS JOSE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1957

MANTA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-JUN-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45140552-M-0019345824-20060131 05013060318 02 202655154

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



13685-T

CARLOS JOSE
CARDENAS CASTAÑEDA
C.C. 19.396.124
RESOLUCION INSCRIPCION 2272-T FECHA 14-XI-85
UNIVERSIDAD CENTRAL

Presidente

00021146

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional / Junta Central de Contadores.

Bogotá D.C. diciembre 5 de 2023

Señores
ROPSOHN THERAPEUTICS SAS.
Ciudad

En mi calidad de revisor fiscal de **ROPSOHN THERAPEUTICS SAS.** Identificada con **NIT 860.029.022-9**, he efectuado los procedimientos de revisión con el propósito de verificar el pago efectuado por la Compañía por concepto de aportes de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio nacional de aprendizaje (SENA) durante el periodo comprendido entre el 01 de junio y el 30 de noviembre de 2023.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de tales obligaciones.

Con base en el resultado de los procedimientos de revisión aplicados, informo que la compañía durante el periodo comprendido entre el 01 de junio y el 30 de noviembre de 2023 pagó en forma oportuna los aportes de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) en los casos a que hubo lugar según la normatividad vigente.

Este informe es para uso exclusivo de la administración de la compañía dentro del proceso de licitación y liquidación de contratos ante **ENTIDADES PUBLICAS** y no debe ser utilizado para ningún otro propósito.

CARLOS J . CARDENAS CASTAÑEDA
Revisor Fiscal
C.C. No. 19.345.824
T.P. No 13.685-T
Designado por Bareño & Cía. S.A.S.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ropsohn therapeutics sas	**NIT:**	860029022
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2023
Número de Radicación:	71356632	**Total a pagar:**	$74,179,840
Fecha de vencimiento:	06/10/2023	**Total de empleados:**	109
Fecha de Pago:	03/10/2023	**Número de Administradoras:**	37

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	197769815
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	109	1193109776	$1,967,760	$436,140
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	27		$0	$8,542,600
230301	800224808	Porvenir	36		$0	$12,037,000
231001	800227940	Colfondos	9		$0	$5,245,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	35		$0	$19,795,600
CCF04	890900841	Comfama Caja de Compensacion Fliar	6		$0	$564,300
CCF05	890102044	Cajacopi Atlantico Caja de Compensacion Fliar	5		$0	$452,800
CCF08	890480023	Comfenalco Cartagena Caja de Compensacion	4		$0	$386,600
CCF10	891800213	Comfaboy Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$90,300
CCF11	890806490	Caja de Compensacion Familiar de Caldas	2		$0	$115,900
CCF14	891500182	Comfacauca Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$67,500
CCF16	891080005	Comfacor Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$81,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	73		$0	$8,461,700
CCF32	891180008	Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$388,100
CCF34	892000146	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$57,400
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	2		$0	$215,700
CCF37	890500516	Comfanorte Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$163,400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Núme ıe incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
CCF40	890201578	Comfenalco Santander Caja de Compensacion	3		$0	$260,300
CCF41	892200015	Caja de Compensacion Familiar de Sucre	1		$0	$72,400
CCF43	890000381	Comfenalco Quindio Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$158,900
CCF44	891480000	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$61,100
CCF56	890303093	Comfenalco Valle Caja de Compensacion Fliar	3		$0	$303,900
CCFC50	890500675	EPS-S COMFAORIENTE	1		$0	$65,700
EPS002	800130907	Salud Total EPS	19		$0	$1,507,500
EPS005	800251440	Sanitas EPS	25		$0	$5,268,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	16		$0	$3,385,000
EPS010	800088702	EPS Sura	15		$0	$1,225,600
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	1		$0	$162,300
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	18		$0	$1,690,500
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	9		$0	$962,200
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1		$0	$57,900
EPS048	806008394	EPS-S Mutual Ser	1		$0	$62,200
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	1		$0	$53,000
ESSC07	806008394	EPS-S Mutual Ser	1		$0	$58,900
ESSC18	901021565	EPS-S Emssanar	1		$0	$66,400
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	3		$0	$993,500
PASENA	899999034	SENA	3		$0	$662,400
						$74,179,840

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ACTA DE FINALIZACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 3169 DEL AÑO 2023 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y ROPSOHN THERAPEUTICS SAS

Contrato No. y Fecha:	3169 del 24/08/2023		
Registro Presupuestal No. y Fecha:	11896 del 1/09/2023		
Contratista:	ROPSOHN THERAPEUTICS SAS	Nit./c.c.	860.029.022-9
Representante Legal:	Ricardo Alonso Hernández Buitrago	c.c.	79.044.857
Supervisor:	Marina Stella González Robayo	c.c.	41.730.280
Objeto:			
Garantizar la calidad en todas y cada una de las áreas del Laboratorio de Salud Pública , mediante ejecución de acciones del plan de mantenimiento preventivo del equipo para el diagnóstico de TSH neonatal en recién nacidos			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	Dos millones cuatrocientos novecientos noventa y nueve mil pesos ($ 2.499.000) moneda corriente.		
Término Inicial de Ejecución:	Dos (2) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	31/10/2023	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	30/12/2023

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	N/A
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

En la ciudad de Villavicencio, la señora **MARINA STELLA GONZÁLEZ ROBAYO,** Supervisora delegada identificada con cédula de ciudadanía número 41.730.280, y **ROPSOHN THERAPEUTICS SAS** identificado con Nit. número 860.029.022-9, Representado Legalmente por **RICARDO ALONSO HERNÁNDEZ BUITRAGO** identificado con cédula de ciudadanía número 79.561.196, suscriben la presente Acta de Finalización anticipada , previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, a los 13 días, del mes diciembre del año 2023.

ROPSOHN THERAPEUTICS SAS RL RICARDO ALONSO HERNÁNDEZ BUITRAGO	**MARINA STELLA GONZÁLEZ ROBAYO**
Contratista	Supervisor

ACTA DE LIQUIDACION ANTIICPADA BILATERAL DEL CONTRATO No. 3169 DE 2023, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y ROPSOHN THERAPEUTICS SAS

El contratista y supervisor, informan que durante la ejecución, los recursos destinados para el desarrollo del Contrato en mención, no se produjeron rendimientos financieros tal como consta en el Certificado de fecha **No Aplica** expedido por la entidad bancaria **No Aplica**. Copia del certificado bancario está incorporado en el informe final del contratista

En la presente Acta de liquidación se concluye que el contrato obtuvo una ejecución física del 100 % y una ejecución financiera por valor de **$2.499.000** correspondiente al 100%

Por lo anteriormente descrito, se conviene en liquidar por mutuo acuerdo el contrato en mención; en consecuencia las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto relacionado con el objeto contratado, por lo cual no se consignan observaciones u objeciones sin perjuicio de los requerimientos que llegaren a presentarse con fundamento en las garantías presentadas.

En constancia se firma la presente acta de liquidación bilateral por los intervinientes en Villavicencio en la fecha 13/12/2023

JHONATAN DAVID NEIRA	**ROPSOHN THERAPEUTICS SAS.RL RICARDO ALONSO HERNÁNDEZ BUITRAGO**
Cargo Ordenador del Gasto	**Contratista**
sthella gonzalez R **MARINA STELLA GONZALEZ ROBAYO** **SUPERVISOR**	**Vo. Bo. Para Publicación SECOP**

Nota: Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.