DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**158-2023**
	Tipo	SUMINISTROS						
Objeto	SUMINISTRO DE ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA CONFECCIÓN DE PRENDAS HOSPITALARIAS A CARGO DEL ÁREA DE LAVANDERÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	UT COLTECREAR 2019							
Identificación (CC – Nit)	901340598							
Representante Legal	CARLOS ALBERTO DIAZ ROZO CC 80.408.119							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	SS JAIRO LUIS JIMENEZ GAMARRA						
	Cargo	SUB OFICIAL EN COMISION AREA DE HOTELERIA - LAVANDERIA						

Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	24/03/2023
Iniciación	31/03/2023
Cesión	NA
Suspensión	NA
Reinicio	NA

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	10 MESES	31/03/2023	15/12/2023
Prórroga	N/A	N/A	N/A
PLAZO TOTAL	10 MESES	31/03/2023	15/12/2023
PLAZO TOTAL EJECUTADO	10 MESES	31/03/2023	15/12/2023

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$450.000.000
VALOR ADICIÓN	0
VALOR REDUCCIONES	0
VALOR TOTAL	$450.000.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FE 5		22/06/2023	$11.872.000
FE 6		18/07/2023	$73.308.956,40
FE 7		19/08/2023	$36.883.200
FE 8		19/08/2023	$76.966.000
FE 9		29/08/2023	$230.987.443
FE 11		24/10/2023	$19.927.999

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$449.945.598,40
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$54.401,60

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

OBJETO	VERIFICACIÓN
SUMINISTRO DE ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA CONFECCIÓN DE PRENDAS HOSPITALARIAS A CARGO DEL ÁREA DE LAVANDERÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	El contratista cumplió con los términos del contrato.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
Durante la ejecución del contrato, se realizó el suministro de los elementos necesarios para la confección de las prendas requeridas por el Hospital Militar Central. Los soportes se encuentran anexos al informe de supervisión realizado durante la ejecución del contrato.	Los soportes se encuentran anexos al informe de supervisión realizado durante la ejecución del contrato.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

DATOS REQUERIDOS

7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
05/12/2023	$40.287.500	$5.939.600	$23.568.600
11/12/2023	$17.207.000	$3.765.200	$8.416.600

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

8. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
14-44-101178852	CUMPLIMIENTO	28/03/2023	15/06/2024
14-44-101178852	CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	28/03/2023	15/06/2024

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.

Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes				X	
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)				X	
Oportunidad en la gestión				X	
Calidad del bien o servicio				X	
Cumplimiento				X	

DATOS REQUERIDOS

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

N/A

Para constancia se firma en Bogotá, el 30 de septiembre de 2023			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	SS JAIRO LUIS JIMENEZ GAMARRA	**Nombre Representante Legal**	CARLOS ALBERTO DIAZ ROZO
Cargo	SUB OFICIAL EN COMISION AREA DE HOTELERIA - LAVANDERIA	**Identificación**	C.C. 80.408.119

DATOS REQUERIDOS

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	860045541
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			COLOMBIANA DE TEXTILES POR MAYOR SA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	AV CALLE 17 62 41 ZONA	TELÉFONO:	4460700
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7907638094	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		330288635	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	4	$ 756.600
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	7	$ 2.035.100
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 1.384.700
800227940	231001	231001-COLFONDOS	2	$ 372.000
800224808	230301	230301-PORVENIR	10	$ 3.868.200
		SUBTOTAL:	24	**$ 8.416.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 1.338.000
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	4	$ 281.800
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4	$ 186.800
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 285.300
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	5	$ 1.258.000
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	7	$ 414.300
		SUBTOTAL:	27	**$ 3.765.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860013570	CCF21	CCF21-CAFAM	24	$ 2.115.700
890480023	CCF08	CCF08-COMFENALCO CARTAGENA	1	$ 47.400
890303093	CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	1	$ 47.400
890900841	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 47.400
		SUBTOTAL:	27	**$ 2.257.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	27	$ 1.880.300
		SUBTOTAL:	27	**$ 1.880.300**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	2	$ 354.800

2023/12/11 12:05 PM USUARIO: SOI - CC41786177 PÁGINA 1 DE 2

DATOS REQUERIDOS

899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	2	$ 532.200
		SUBTOTAL:		$ 887.000

VALOR SIN MORA:	$ 17.207.000
VALOR MORA:	$ 0
TOTAL PAGADO:	$ 17.207.000

JOB WEAR
WWW.JOBWEAR.NET

Coltemayor s.a.
COLOMBIANA DE TEXTILES POR MAYOR S.A.

Bogotá D.C. 05 de Diciembre de 2023

CERTIFICACION DE PARAFISCALES

Yo, **HERNANDO ROJAS PRIETO,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.442.701, actuando en mi calidad de Revisor Fiscal, de COLOMBIANA DE TEXTILES POR MAYOR S.A , en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por el artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, certifico **bajo la gravedad de juramento** que COLTEMAYOR S.A ha cumplido oportunamente con la obligación de pagar las obligaciones sobre el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social (Salud, Pensiones, Administradoras de riesgos laborales), aportes parafiscales (ICBF, SENA y Cajas de Compensación Familiar, correspondientes a sus trabajadores y/o empleados., y que, a la fecha ha realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina por los últimos (6) meses.

Atentamente,

HERNANDO ROJAS PRIETO
C.C. No. 19.442.701
Matricula No. 76188-T

DATOS REQUERIDOS

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900111513	8	CONEXION TEMPORAL S.A.S	8 - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 19 9 19 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2465700	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-12	318721122	9460042782	E	2023/12/05	2023/12/05	BANCO AV VILLAS	0	$40,287,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				125	$23,568,600	$0	$0	$23,568,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	14	$2,394,000	$0	$0	$2,394,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	19	$4,749,700	$0	$0	$4,749,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	60	$10,466,300	$0	$0	$10,466,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	32	$5,958,600	$0	$0	$5,958,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				126	$4,570,700	$0	$0	$4,570,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	126	$4,570,700	$0	$0	$4,570,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				126	$6,208,600	$0	$0	$6,208,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	116	$5,814,800	$0	$0	$5,814,800
COMFENALCO CARTAGENA	CCF08	890,480,023	7	2	$54,200	$0	$0	$54,200
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	8	$339,600	$0	$0	$339,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				126	$5,939,600	$0	$0	$5,939,600
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$46,400	$0	$0	$46,400
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	2	$94,400	$0	$0	$94,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	22	$1,143,500	$0	$0	$1,143,500
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$41,800	$0	$0	$41,800
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$46,400	$0	$0	$46,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	6	$313,200	$0	$0	$313,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	37	$1,774,600	$0	$0	$1,774,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	15	$650,900	$0	$0	$650,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$92,800	$0	$0	$92,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	3	$97,500	$0	$0	$97,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	16	$757,600	$0	$0	$757,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	20	$880,500	$0	$0	$880,500
TOTAL				**126**	**$40,287,500**	**$0**	**$0**	**$40,287,500**

DATOS REQUERIDOS

CREARE
Calidad, Efectividad

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

En mi condición de Representante Legal de la firma **MANUFACTURAS CREARE S.A.S**, identificada con Nit 900.361.753-0, me permito certificar Que el personal que labora en la compañía se encuentra vinculado a través de un contrato de Outsoursing con la firma **CONEXION TEMPORAL SAS**, el cual ha pagado de manera oportuna durante los últimos seis (6) meses los pagos al sistema de aportes de salud, riesgos laborales, pensiones, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar, SENA, de conformidad con las disposiciones establecidas en la ley 789 de 2002 y 1150 de 2007, en concordancia con la ley 1819 del 29 de Diciembre de 2016.

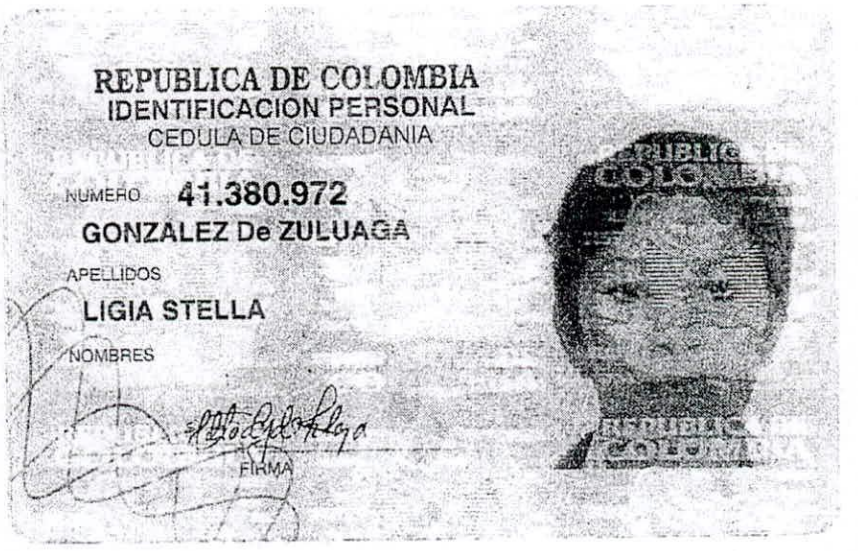
Manufacturas Creare S.A.S., realiza la verificación del pago mensual de los aportes de Seguridad Social y Parafiscales.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los 07 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente.

LIGIA STELLA GONZALEZ DE ZULUAGA
C.C No. 41.380.972
Representante legal

DATOS REQUERIDOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.380.972**
GONZALEZ De ZULUAGA
APELLIDOS
LIGIA STELLA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-AGO-1947**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

27-AGO-1968 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00259168-F-0041380972-20101007 0024281266A 1 35140927