DISTRIBUCIONES CNM

MAURICIO EDGAR CELIS NIÑO NIT 7165442-6

Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA

CR 13 21 10

Duitama, Boyacá - Colombia

Tel.7618902-3107874700

cnmdistribuciones@hotmail.com

Responsabilidad Fiscal

R-99-PN

Act. Económica:

Cliente: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

NIT ó CC: 881862576-5 **PERSONA:** Persona Jurídica

DIRECCIÓN: Cra. 7 #72 a 7-86

CIUDAD: Socha, Boyacá - Colombia

CORREO: subgerencia@esesagradocorazon-socha-boyaca.gov.co

TELEFONO:

RESPONS FISCAL: R-99-PN

RESPONS TRIBUTARIA: No aplica

Factura Electrónica de Venta **FE275**

Fecha Creación: 2024-07-03 14:57

Fecha Validación: 2024-07-03 15:48

Fecha Vencimiento: 2024-07-03 23:59

Forma Pago: Contado

Medio Pago: Efectivo

CUFE: 05c7ff0f0263d060ecb0b59b8fdfbc73064ffa8709b121ca8fbcd2b25ecc1e904fe72f72067b49218272550305a951e8

Modalidad: Electrónica - Número de Autorización: 18764065079778 desde FE257 hasta FE1000 Vigencia: 2024-02-06 al 2024-08-06

N°	Codigo	Descripción	Cant	Precio	Impuesto	Total Impt.	Dto	Valor Total
1		IMPRESIONES Y COPIAS DESDE 23 ABRIL A 23 DE MAYO FIRMA DEL ACTA DE INICIO	1.0	$ 361,344.54	IVA 19%	$ 68,655.46	0.0	$ 361,344.54
2		IMPRESIONES Y COPIAS DE MAYO 23 A JUNIO 23	1.0	$ 361,344.54	IVA 19%	$ 68,655.46	0.0	$ 361,344.54

Información Adicional

Valor en letras

OCHOCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE

Impuestos

Impuesto	Base Gravable	Valor Tributo
IVA 19%	$ 722,689.07	$ 137,310.92

SUBTOTAL	$ 722,689.07
DESCUENTOS (-)	$ 0.00
PRECIO BASE	$ 722,689.07
IMPUESTOS (+)	$ 137,310.92
ANTICIPO	$ 0.00
TOTAL	**$ 860,000.00**

Generado en clarisa.co – Todo es más fácil ! – Clarisa Cloud S.A.S NIT 900707639 - 6

	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL		

FECHA:	8 de julio de 2024			**INFORME No.:**	1
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO					
No. DE PROCESO	CDPS 021-2024	**No. CONTRATO:**	CDPS 021-2024	**TIPO DE CONTRATO:**	prestacion de servicios
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR:	FERNANDO BETANCOUR ROJAS			**CARGO:**	Asesora area de apoyo
				No. DE TELÉFONO:	3144142338
CONTRATISTA:	DISTRIBUCIONES CNM			**C.C. O NIT:**	7165442-6
E-MAIL:	cnmdistribuciones@hotmail.com			**No. DE TELÉFONO:**	3107874700
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTACION DE SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO DE DOS IMPRESORA FOTOCOPIADORA PARA LA ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA.				
PLAZO		**PERIODO DE PAGO ANTERIOR**		**PERIODO DE PAGO ACTUAL**	
INICIA:	23/04/2024	**DESDE:**		**DESDE:**	23-abr-2024
TERMINA:	22/10/2024	**HASTA:**		**HASTA:**	22-jun-2024

INFORMACIÓN TÉCNICA

Declaración	El suscrito supervisor del contrato hace constar que la E.S.E ha recibido a satisfacción los bienes y/o servicios a que se refiere el objeto y las obligaciones pactadas en el contrato, que corresponden al siguiente detalle:

a. Para prestación de Servicios:

	RELACIÓN DE OBLIGACIONES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
1	Entregar a la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA en calidad de arrendamiento dos equipos multifuncionales con las siguientes características: Resolución de copiado: 600x 600 dpi Color / 2400 x 600 dpi B/N Tamaño y peso papel aceptable: Desde 8.5 x 5.5" hasta 47 x 12", de 17 a 140 lbs. Reducción/Ampliación: 25% A 400%. Multifuncional digital blanco y negro Copiadora, impresora y escáner a color 45 páginas por minuto a Color, 35 -45 páginas por minuto Blanco y Negro Imprime hasta 47 x 12	Centro de fotocopiado de urgencias y facturacion	Contratista cumplio con la entrega en calidad de arriendo de dos equipos multifuncionales
2	Ejecutar el objeto contractual en los plazos establecidos conforme a las condiciones económicas, técnicas de acuerdo a la propuesta, documentos que hacen parte integral del contrato	Informes contractuales	Contratista a la fecha ha cumplido conlas obligaciones contractuales
3	Atender las recomendaciones dada por el supervisor, efectuando los cambios requeridos de manera ágil y oportuna.	Informes contractuales	Contratista a ralizado los mantenimientos de los equipos cuando se han requerido para el correcto funcionamiento de los mismos
4	Estará a su cargo El tóner, mantenimiento, reparación o sustitución de piezas que sea necesario efectuar al equipo para su normal funcionamiento.	Centro de fotocopiado de urgencias y facturacion	Contratista ha suministrado los toner y ha realizado los mantenimientos requeridos
5	Las copias serán legibles y de alta calidad.	Equipo Multifuncional	Contratista ha garantizado que las fotocopia sean de alta calidad

6	Presentar oportunamente las respectivas facturas o cuentas de cobro.	informes mensuales	Contratista radica con oportinudad las cuentas de cobro
7	Suministrar a su costa, todos los materiales, equipos, maquinarias y herramientas que sean necesarios para la cabal ejecución.	informes mensuales	Contratista ha suministrado los toner y ha realizado los mantenimientos requeridos
8	En desarrollo al principio de coordinación, la ESE podrá efectuar requerimientos verbales o escritos al contratista tendiente a lograr una adecuada e idónea ejecución del objeto contratar, sin que por esta circunstancia sea posible predicar la existencia subordinación laboral alguna, bajo el entendido que la ESE tiene la responsabilidad de coordinar el suministro en aras de garantizar el cumplimiento adecuado y oportuno del objeto contractual	informes mensuales	Contratista a ralizado los mantenimientos de los equipos cuando se han requerido para el correcto funcionamiento de los mismos
9	Suministro e Instalación de los equipos de impresión en las ubicaciones establecidas por HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA. ✓ Capacitación de uso a usuarios.	Centro de fotocopiado de urgencias y facturacion	Contratista cumplio con la entrega en calidad de arriendo de dos equipos multifuncionales

Otras Observaciones:	

b. Para los demas contratos:

El cumplimiento de las obligaciones consta por ejemplo de: Bitácora o registro fotográfico, Sábana de Obra, Entrada de

Pruebas subidas a plataforma: documentos que evidencian la ejecución de las Obligaciones Contractuales

Revisión de soportes de la cuenta: El suscrito supervisor hace constar que ha revisado y en consecuencia aprueba los

PORCENTAJE:	33%	**No. FACTURA O SOPORTE:**	FE275

APORTE A SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO DE COTIZACIÓN	No. PLANILLA DE APORTES	APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN	APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD	APORTES ARL	TOTAL (=)
JUNIO	4558112216	$ 287.400,00	$ 224.500,00	$ 9.400,00	**$ 521.300**

En caso de **Personas Juridicas**, no es necesaria la revisión de planillas de pago de Seguridad Social y parafiscales, para lo cual se adjunta Certificación de estar al día, emitida por el Revisor Fiscal o Representante Legal según lo dispuesto por la Ley 789/2002 Art. 50 y Ley 1150/2007 Art. 23. (Anexar documento de identidad, tarjeta profesional y certificado de antecedentes

No. CUENTA PRESUPUESTAL	NOMBRE CUENTA PRESUPUESTAL	VALOR PAGO
212020200702	Comisiones, intereses y demás gastos bancarios y fiduciarios	$ 860.000,00

No. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD	No. REGISTRO PRESUPUESTAL	TOTAL
202400181	202400305	$ 2.580.000,00

ESTADO DE CUENTA DEL CONTRATO

DETALLE	(+)	(-)
(+) Valor inicial del contrato	$ 2.580.000,00	
(+) Valor adiciones	$ -	
(=) Valor total contrato	$ 2.580.000,00	
(-) Anticipo		**$ -**
(-) Valor pagos parciales		**$ -**
(-)Valor a pagar		**$ 860.000,00**
(-) Valor pendiente de ejecución		**$ 1.720.000,00**
SUMAS IGUALES	**$ 2.580.000,00**	**$ 2.580.000,00**

Habiéndose cumplido las obligaciones descritas dentro del periodo mencionado el suscrito supervisor autoriza el pago de la suma de:

Valor a pagar:	$ 860.000,00	Valor en letras:	OCHOCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE

Para constancia suscribimos:

FERNANDO BETANCOURT ROJAS
SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

MAURICIO EDGAR CELIS NIÑO
DISTRIBUCIONES CNM
CONTRATISTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7165442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAURICIO EDGAR CELIS NINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 13 21 10	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4558112216**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4062770920

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 287.400
SUBTOTAL:			1	**$ 287.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 224.500
SUBTOTAL:			1	**$ 224.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.400
SUBTOTAL:			1	**$ 9.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 521.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 521.300**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7165442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAURICIO EDGAR CELIS NINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 13 21 10	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4552858739**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	4052105193

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 287.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 287.400	$ 0	$ 287.400
SUBTOTALES:										**$ 287.400**	**$ 0**	**$ 287.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 224.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.500	$ 0	$ 0	$ 224.500
SUBTOTALES:													**$ 224.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 224.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.400	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:									**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																											PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 7165442	CELIS NINO MAURICIO EDGAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.796.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.796.000	$ 287.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 287.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.796.000	$ 224.500	$ 0	$ 224.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.796.000	7165442	$ 9.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 521.300**

Planilla Pagada

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo, **WILLIAM MORENO ZAMBRANO**, en mi calidad de Contador Público, Identificado con la cedula de ciudadanía No. 17.329.267 de Villavicencio (Meta) y Tarjeta Profesional No. 41.269-T. Certifico y doy fe pública que el señor **EDGAR MAURICIO CELIS NIÑO**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 7.165.442 expedida en Duitama (Boyacá), como trabajador independiente, cumple con el pago de los aportes mensuales a salud, administradora de riesgos laborales y pensiones; Desde Hace más de seis (06) meses. Por lo anterior se encuentra a PAZ y SALVO, de acuerdo al último pago.

El presente certificado, se expide a los tres (3) días del mes de Julio de Dos Mil Veinticuatro (2.024)



WILLIAM MORENO ZAMBRANO
Contador Público
C.C. 17.329.267 de Villavicencio
T.P.No. 41.269-T



EDGAR MAURICIO CELIS NIÑO
C.C. No. 7.165.442 de Duitama.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5279846B3299D9FF

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 **WILLIAM MORENO ZAMBRANO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17329267 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 41269-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

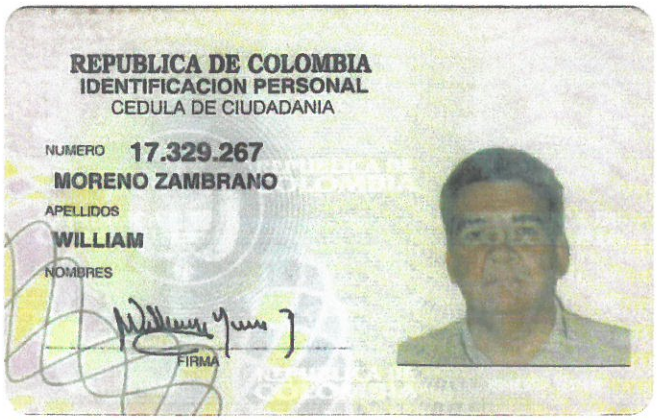
NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Abril de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.329.267
MORENO ZAMBRANO
APELLIDOS
WILLIAM
NOMBRES

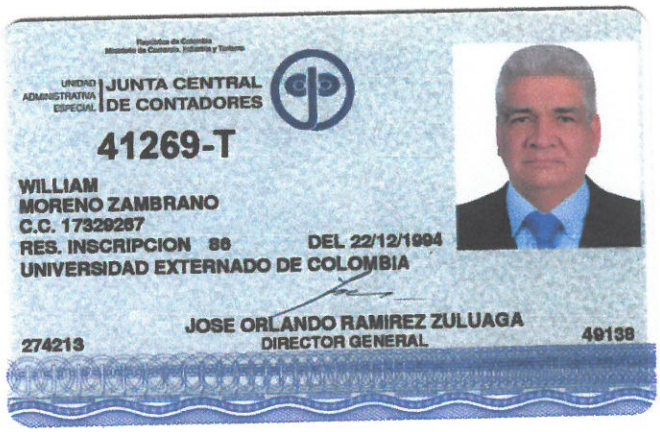
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1964
VENADILLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.87 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-ABR-1983 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0707900-00284561-M-0017329267-20110317 0026136433A 1 7291213665



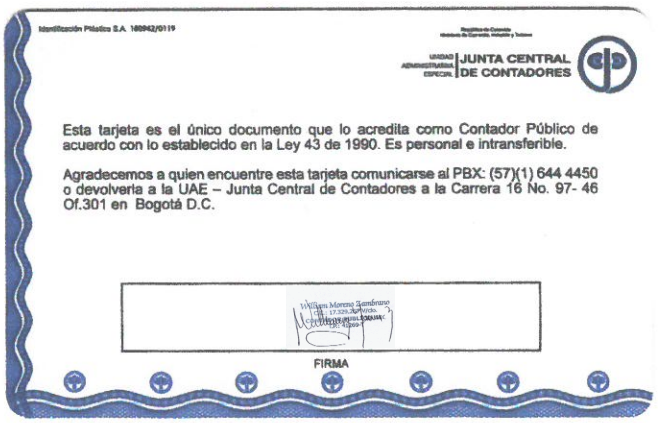
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

41269-T

WILLIAM
MORENO ZAMBRANO
C.C. 17329267
RES. INSCRIPCION 86 DEL 22/12/1994
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

274213 49138



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA