REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 24002131 **FECHA : 23-JUL-2024**

CUENTA PAGADORA: 220-252-18721-6 - C.M. SALUD PUBLICA

Documento de Causación: OP-2402030 **Radicado :**

Contrato: CO 3157 DEL 22-04-2024 **Acta de Pago :**

Tercero : 900902346 - METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.

Beneficiario : 900902346 - METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
88200003945	BANCO DE COLOMBIA	A

Concepto: PAGO PARCIAL DEL CONTRATO 3157 DEL 22 DE ABRIL DE 2024 SEGUN FACURA NO NCVM5 DEL 13 DE JULIO DE 2024

Orden de Pago		Descripción	Valor
OP	2402030	METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.	4,833,624.00

TOTALES CONTABLES **4,833,624.00**

Movimiento Contable

		4,833,624.00	4,833,624.00
Cuenta	**Descripción**	**Debitos**	**Creditos**
248004001	Accciones de Salud Pùblica	4,833,624.00	0.00
111006007006	Popular Cta Maestra Salud Publica 220-252-18721-6	0.00	4,833,624.00

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 23-JUL-2024 Usuario: TESOCONSULTA Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No : 03 - 2402030

VALOR : $5,175,000.00

FECHA : 19-JUL-2024

SIRVASE PAGAR A : METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S. **NIT:** 900902346

LA SUMA DE : CINCO MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

CONCEPTO : PAGO PARCIAL DEL CONTRATO 3157 DEL 22 DE ABRIL DE 2024 SEGUN FACURA NO NCVM5 DEL 13 DE JULIO DE 2024

121

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

RUBRO	DESCRIPCION	VALOR
8.19.1905.0300.2021005850055.190228.124202.2.3.2.02.02.069	Fortalecimiento de las capacidades competencias y acciones de la autoridad sanitaria y de la gestión de la salud publica en el Departamento de Casanare H03BPIN075	5,175,000.00

REGISTRO CONTABLE

CODIGO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
550216001	Acciones de Salud Publica	826,261.00	
550216001	Acciones de Salud Publica	4,348,739.00	
243627002	Retención de impuesto de ICA Yopal		43,487.00
243625001	Impuesto a las Ventas Retenido		123,939.00
248004001	Accciones de Salud Pùblica		4,833,624.00
243605001	Servicios		173,950.00

DEPARTAMENTO DE CASANARE
TESORERÍA
22 JUL 2024
HORA: 5:22 pm N°
RECIBÍ:

NETO A PAGAR $4,833,624.00

ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI

C.C ó NIT

BANCO **No. CUENTA** **No. CHEQUE** **FECHA GIRO**

10:35

19 JUL 2024
01:55 pm

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

Oficina Juridica
Secretaria de Salud Dpto
Revisado

Yopal, 12 de julio de 2024

Pago N° 3

Seleccione según corresponda

Contrato	x	Convenio	☐	Contrato Interadministrativo	☐	N° 3157 de 2024-04-22 SECOP II CAS-SS-MC-005-2024

Documento Soporte según forma de pago

Informe de actividades		Actas Parcial	x	Acta de liquidación		Anticipo	☐	Pago Anticipado	☐	Fecha:	12/07/2024
Certificación	☐	Otro	☐	¿Cuál?							

1. Información del Contratista/Cooperante.

Cc/Nit.	N° Identificación.	DV	Nombre y Apellidos o Razón Social del Ejecutor u Operador
Nit.	900902346	9	METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS

2. Información General.

a. Tipo de Contrato. (Seleccionar si es un contrato)

CPS	x	Arrendamiento	☐	Consultoría	☐	Obra Publica	☐	Suministro	☐	Compra Venta	☐
Otro		¿Cuál?									

Secretaria De Hacienda
DIRECCION TECNICA DE CONTABILIDAD
05 JUL 2024

b. Clase de Convenio. (Seleccionar, si es un convenio)

De Asociación	☐	Cooperación	☐	Interadministrativo	☐	Otro	☐	¿Cuál?

c. Modalidad de Selección. (Seleccionar en todos los casos)

Licitación Publica	☐	Selección Abreviada	☐	Contratación Directa	☐	Concurso a Méritos	☐	Mínima Cuantía	x
Otro	☐	¿Cuál?							
Número del proceso		CAS-SS-MC-005- 2024							

Recibí:
Hora: 9:40

d. Datos Contractuales.

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD			
Nombre del Proyecto:	Fortalecimiento de las capacidades competencias y acciones de la autoridad sanitaria y de la gestión de la salud pública en el departamento de H03BPIN075 Casanare.			
Código Bpin Proyecto:	2021005850055			
N° Contrato/Convenio	Fecha de suscripción.	Fecha de Inicio.	Fecha inicial de Terminación	Plazo inicial de Ejecución
3157	22/04/2024	25/04/2024	24/01/2025	9 mes(es)
Objeto:	**Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.**			

e. Información presupuestal. (Diligencie de acuerdo a su necesidad).

Concepto	Fuente	Certificado de Disponibilidad Presupuestal			Registro Presupuestal		
		N°	Fecha	Valor	N°	Fecha	Valor
Rubro presupuestal 1	8.19.1905.0300.2021 005850055.190228.1 24202.2.3.2.02.02.06 9	2401362	02/04/2024	$45.028.000.00	2403157	23/04/2024	$23.265.000.00
Adicional 1							
Adicional 2			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Adicional 3			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Otro_____			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
				Valor Total Contrato o Convenio			$23.265.000.00

f. Información Pago de Estampillas.

Concepto	Estampilla Pro-cultura Cód: 411027001	Estampilla Pro-Adulto Mayor Cód: 411027002.	Estampilla Pro-Desarrollo. Cód: 411027003.	Número	Fecha
	Valor	Valor	Valor		
Valor Total Inicial	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Adicional 1	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Adicional 2	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Adicional 3	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Otro____	$	$	$		(dd/mm/aaaa)

g. Información de Pólizas. (se debe tener en cuenta los ajustes en tiempo del contrato.

Evento	Descripción de los amparos (ajuste según contrato)					
	Cumplimiento.	Calidad y Correcto funcionamiento de	Pago de salarios.	Adicione conforme al	Adicione conforme al contrato	Adicione conforme al contrato

VoBo

			los bienes y equipos suministrados	prestaciones sociales e ind	contrato		
		No 39-44-101161361	**No 39-44-101161361**	**No 39-44-101161361**	N° Poliza	N° Poliza	N° Poliza
Contrato/convenio Inicial	% - SMLV	**10% - $2.326.500**	**10% - $2.326.500**	5% - $1.163.250	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde	**24/04/2024**	**24/04/2024**	**24/04/2024**	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
	Hasta	**24/05/2025**	**24/05/2025**	**24/01/2028**	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		**25/04/2024**	**25/04/2024**	**25/04/2024**	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
[illegible]	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
N	Desde	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
[illegible]	Hasta	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
[illegible]	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
N	Desde	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
[illegible]	Hasta	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
[illegible]	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
N	Desde	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
[illegible]	Hasta	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
Fecha de aprobación de la póliza		(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)

3. Información de suspensión, Ampliación a la suspensión, Prorroga y Reinicio.

Concepto	Número documento	Fecha	Tiempo Documento
Suspensión N°		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Ampliación a la suspensión N°		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio N°		(dd/mm/aaaa)	
Suspensión N°		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Ampliación a la suspensión N°		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio. N°		(dd/mm/aaaa)	
Suspensión N°		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Ampliación a la suspensión N°		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Reinicio N°		(dd/mm/aaaa)	
Prorroga N° 1		dd/mm/aaaa	meses
Prorroga N°		(dd/mm/aaaa)	N° mes(es) y N° día(s)
Tiempo Real Suspendido	N° mes(es) y N° día(s)		

Fecha Actual de Terminación:	**24/01/2025**

4. Estado Financiero.

a. Estado Financiero del contrato.

Valor Total del Contrato:	$23.265.000.00	Anticipo ☐ Pago Anticipado ☐		Total de Anticipos Girados:	$
Valor Ejecutado:	**$9.525.000.00**	Valor por Ejecutar:	**$ 13.740.000.00**	Valor no ejecutado:	$
Valor Amortizar:	$	Valor por Amortizar:	$	Total de Amortizaciones:	$
Descuento actual:	$		Total de Descuentos:	$	
Valor a facturar:	**$5.175.000.00**	Valor a pagar	**$5.175.000.00**		

Siga con la Sección C. valor a girar y afectación por rubros presupuestales.

b. Estado Financiero del convenio.

Valor Total de Convenio	Valor Total Aportes del Departamento	Valor Total Aportes del Cooperante
$	$	$

El siguiente cuadro se diligencia teniendo en cuenta recursos o aporte de la Gobernación de Casanare.

Aportes Gobernación	Desembolsos o transferencias			Saldo por Desembolsar o Transferir.
	N°	% desembolso o transferencia	Valor	
$	1	%	$	$
	2	%	$	$
	3	%	$	$

Valor Ejecutado:	$	Valor por Ejecutar:	$	Valor no Ejecutado:	$
Descuento Actual:	$		Total, de Descuentos: sin incluir el valor no ejecutado	$	
Valor Actual a Desembolsar o transferir:	$				

VoBo

c. Valor a Girar y afectación por rubros presupuestales. Aplica para convenios y contratos.

Valor a Girar:	**CINCO MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($5.175.000.00)**

Afectación de Rubros presupuestales para la presente cuenta.							
Fuente:	**8.19.1905.0300.2021005850055.190228.124202.2.3.2.02.02.069**	Valor:	**$5.175.000.00**	Fuente:		Valor:	$
Fuente:		Valor:	$	Fuente:		Valor:	$

Nota: Diligencie **Siempre** el valor de la ejecución facturada según documento soporte.

5. Forma de Pago y Cuenta Autorizada.

Forma de Pago Vigente
El valor del contrato se pagará mediante actas parciales según avance de ejecución, previa presentación de informe de actividades e ingreso almacén de elementos cuando se requieran, pago de aportes de seguridad social, la acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia y la aprobación por parte del supervisor del contrato, actas que no podrán exceder el 90% por ciento del valor total del contrato, y el restante diez 10% por ciento del valor del contrato, será cancelado a la suscripción del acta de liquidación.

Cuenta Autorizada					
Cuenta autorizada para Giro:		Cuenta de Manejo Especial (pagos anticipados/anticipos)		Contrato de fiducia	
Tipo:	**Ahorros**	Tipo:		Entidad:	
N°:	**88200003945**	N°:		N°:	
Entidad Financiera:	**Bancolombia**	Entidad Financiera		Fecha:	(dd/mm/aaaa)
		Fecha constitución cuenta	(dd/mm/aaaa)	Nit:	

6. Pagos de Aportes a la Seguridad Social y Parafiscales. (Diligenciar las casillas que apliquen y agregue filas de acuerdo a su necesidad).

a. Pagos correspondientes al periodo ejecutado que se cobra. No aplica para convenios.

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5 o 4 X	**4558314757**	**$1.300.000**	**$52.000**	**$52.000**	**JUNIO 2024**	**NUEVA EPS**
PENSIÓN	16	**4558314757**	**$1.300.000**	**$ 208.000**	**$ 208.000**	**JUNIO 2024**	**PORVENIR**
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	3	**4558314757**	**$ 31.700**	**ARL SURA**		$0	

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	0	0	**4%**
Valor Cancelado	$0	$0	**$52.000**

b. Certificación personas Jurídicas Pagos a la seguridad social y parafiscal. (Para desembolso inicial, anticipos, pagos anticipos y liquidación del convenio y contratos).

Certificación Expedida por:	Revisor Fiscal	Fecha de Expedición: **12/07/2024**

7. Información de Liquidación. (Diligenciar al finalizar la ejecución del contrato o convenio, solo recursos de la Gobernación)

a. Balance financiero.

Fecha de Terminación Definitiva:		Tiempo Real Ejecutado:	

Valor Ejecutado	Saldo a Favor del Contratista/Cooperante	Saldos no ejecutados objeto del contrato	Otros Descuentos	Reintegro al Departamento	Rendimientos Financieros
$	$	$	Descripción:	Valor $	Valor $
				Fecha Reintegro: (dd/mm/aaaa)	Fecha consignación (dd/mm/aaaa)
			Valor $	Fecha Certificado tesorería (dd/mm/aaaa)	Fecha Certificado tesorería (dd/mm/aaaa)

(Entidad de salud [illegible] deben estar [illegible] de liquidación junto a este formato [illegible] de presupuesto para la liberación de saldos presupuestales.)

b. Registro de Ingresos al Almacén Departamental.

Comprobantes de Entrada de Almacén Departamental		
N°	Fecha de expedición	Valor Total

VoBo

8. Sanciones y/o multas.

Tipo	Resolución N° / Fecha	Valor	¿Cancelado?	Comprobante / Deducción
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: sí ☐ / No ☐
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: sí ☐ / No ☐

9. Información de retención de industria y comercio (ICA):

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
MUNICIPIO DE YOPAL	$ 4.348.739,50	100

10. Observaciones:

Use este espacio para realizar las aclaraciones y consideración que usted crea necesario

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales, CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presenta, y AUTORIZAMOS el trámite del pago. Nota: El supervisor y/o interventor asegurara la entrega de los documentos requeridos y que son soporte del presente formato a la secretaria de Hacienda del Departamento.

11. Firmas:

AUTORIZA

YURY TATIANA CHAVEZ DUQUE
C.C: 52.976.773 de Bogotá
Secretaria de Salud Departamental
Decreto 0001 del 01 de Enero de 2024

SUPERVISOR

ADRIANA PATRICIA CABALLERO RAMIREZ
C.C. No. 52.045.497 de Bogotá.
Directora de Salud Pública
Número y/o fecha designación: 028-2/01/2024

Reviso:
Nombre: _____
Cargo: _____

VoBo

Informe Parcial de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. SECOP II CAS-SS-MC-005-2024 y No. Interno 3157 de 2024-04-22 cuyo Objeto: Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

Yopal, 12 de Julio del 2024.

Doctor(a)
ADRIANA PATRICIA CABALLERO RAMIREZ
DIRECTOR(A) TECNICO DE SALUD PUBLICA
Ciudad

Ref: Informe de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 3157 - CAS-SS-MC-005-2024 de 2024-04-22.

Cordial Saludo

En cumplimiento del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS de la referencia, relaciono a continuación las actividades realizadas desde: 13/07/2024 hasta 12/07/2024.

A. ANTECEDENTES:

1. OBJETO: Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

2. PLAZO DE EJECUCIÓN: Nueve (9) MESES

3. FECHA DE INICIO: 2024-04-25

4. FECHA DE TERMINACIÓN: 2025-01-24

5. SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN:

Acta No.	Tiempo
-	-

Acta No.	Fecha Reinicio
-	-

6. PRÓRROGAS:

Contrato Adicional No.	Tiempo
-	-

7. NUEVA FECHA TERMINACIÓN: 2025-01-24

8. VALOR INICIAL DEL CONTRATO: $23.265.000,00 M.L.C.

9. ADICIONES: $0,00 M.L.C.

10. VALOR DEFINITIVO CONTRATO: $23.265.000,00 M.L.C.

B. ESTADO FÍSICO:

Hasta la fecha 12/07/2024, el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 3157 presenta una ejecución del 33.3% contra una programada del 100%.

C. ESTADO FINANCIERO:

Informe Parcial de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. SECOP II CAS-SS-MC-005-2024 y No. Interno 3157 de 2024-04-22 cuyo Objeto: Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$23.265.000,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$23.265.000,00	$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Valor Pagado
VALOR INFORME No. 1	$2.175.000,00	$0,00	$2.175.000,00
VALOR INFORME No. 2	$2.175.000,00	$0,00	$2.175.000,00
PRESENTE INFORME	$5.175.000,00	$0,00	$5.175.000,00
POR EJECUTAR	$13.740.000,00		
TOTAL	$23.265.000,00	$0,00	$9.525.000,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA NO. 3: $5.175.000,00 M.L.C.

D. ACTIVIDADES:

1. Realizar nueve (9) Mantenimientos Preventivos del cuarto frio, ubicado en la Secretaria Departamental de Salud; incluye las siguientes actividades: • Lectura y registro de presión de alta y baja. • Lectura de Temperaturas del cuarto frío. • Inspección visual del sistema para detectar fallas o fugas de refrigerante o aceite y corregirlos de manera inmediata. • Verificación nivel de aceite compresor si hace falta reponer. • Revisión evaporador y acumulación de escarcha, ajuste del ciclo de descongelación de ser necesario. • Limpieza del cuarto de máquinas. • Verificar si cada moto ventilador trabaja libre y silenciosamente, ajustar y/o reponer cualquier moto ventilador que no gire libremente o emita algún sonido común. • Limpieza del serpentín del evaporador • Revisión de tubería de condensadores, en caso de ser necesario realizar reparación. • Revisión de tubería de evaporador, en caso de ser necesario realizar reparación Revisión y limpieza de contactares, relevos y protecciones. • Revisión punto de ajuste protectores térmicos. • lavado con agua a presión al sistema de condensación (compresor, serpentín del condensador, filtro, visor, acumuladores) • Revisión, limpieza, ajuste y cambio de iluminación interna del Cuarto. • Revisión y mantenimiento de moto ventiladores, Aspa, Resistencias y desagüe del evaporador. • Verificar la bandeja de drenaje, para asegurar que esté limpio y libre de obstrucciones o formación de hielo • Revise y apriete todas las conexiones del evaporador (eléctricas y mecánicas). • Revisión y cambio de aislante térmico en caso de deterioro o agrietamiento. Mantener en perfecto estado de aseo las unidades condensadores, área de equipos, tableros eléctricos, demás componentes del sistema. •Inspección, limpieza, mantenimiento o reparación de la estructura de los cuartos fríos, que incluye la panelera, uniones, puertas, empaquetaduras, cortinas y/o ruedas de todos los cuartos fríos y pre cámara. La limpieza se debe realizar según los protocolos establecidos por el Ministerio. • Realizar el lavado con agua a presión al sistema de evaporación (aspa, serpentín de evaporador, desagüe) * verificación de temperaturas de funcionamiento. *Toma de voltaje, amperaje de línea, revisión de conectores eléctricos, limpieza del compresor. *Verificación de conexiones eléctricas y compresor, realiza reparaciones en caso de ser necesario. *Reapriete de elementos *Verificación del estado del termostato del equipo. *Revisión del estado de los empaques de las puertas *Verificación y ajuste de chapas de las puertas. *Revisión de regulador de voltaje, realizar cambio o reparaciones de ser necesario. *Verificar existencia de oxidaciones internas y corregirlas. *Todas aquellas actividades necesarias para garantizar el correcto funcionamiento del equipo. • Revisión empaquetadura de puertas. En caso de falla que pueda comprometer la temperatura de la vacuna y demás biológicos almacenados, atender la emergencia a cualquier hora del día o de la noche, día ordinario o festivo, dentro de las tres (3) horas posteriores al informe telefónico de esta. Durante la ejecución de los 9 mantenimientos preventivos. 2. Realizar un mantenimiento del Ultra congelador, marca Across internacional, modelo G04H de 100 litros incluyendo la UPC, limpieza interna y externa del equipo, verificación del

funcionamiento de los dos motores, revisión del funcionamiento del sistema de alarma, para el control de temperatura de los biológicos control de temperatura y en caso de falla corregirlo 3. Realizar Un (1) mantenimiento preventivo y correctivo, a los cinco (5) refrigeradores ubicados en la Secretaria Departamental de Salud, incluye: "Repuestos de funcionamiento de los refrigeradores horizontales de energía eléctrica, ubicados en la secretaria Departamental de - salud en el Municipio de Yopal del departamento de Casanare * Limpieza interna y externa del equipo (retirar paredes, realizar cambio de agua de paquetes frío y cambio de lámina de poliuretano en caso de que el modelo del equipo lo permita. * Verificación de temperaturas de funcionamiento. *Toma de voltaje, amperaje de línea, revisión de conectores eléctricos, limpieza del compresor. *Verificación de conexiones eléctricas y compresor, realiza reparaciones en caso de ser necesario. *Verificación del estado del termostato del equipo *Revisión del estado de los empaques de las puertas. *Verificación y ajuste de chapas de las puertas. * Revisión de regulador de voltaje, realizar cambio o reparaciones de ser necesario. *Verificar existencia de oxidaciones internas y corregirlas. *Todas aquellas actividades necesarias para garantizar el correcto funcionamiento del equipo. 4. Suministrar e instalar un (1) termo higrómetros digital con sonda de temperatura ambiente y humedad relativa con su calibración correspondiente, con certificado de calibración ONAC 5. 5. Suministrar e instalar un (1) termómetros digitales de máximas y mínimas, con certificado de calibración ONAC 6. Realizar. 6. Entrega de los reportes de mantenimiento preventivos y correctivos de cada equipo, al funcionario responsable de la red de frio de la Secretaria Departamental de Salud, como soportes de esta actividad. 7. Realizar un (1) informe del mantenimiento preventivo y correctivo por cada equipo intervenido una vez se concluya la actividad. 8. En los casos de falla en la operatividad de los equipos a intervenir en los cuales pueda comprometer la temperatura de la vacuna y demás biológicos almacenados, deberá atender la emergencia conforme al plan de mantenimiento preventivo y correctivo, a cualquier hora del día o de la noche, día ordinario o festivo, dentro de las tres (3) horas posteriores al informe telefónico de esta.

E. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Actividad Realizada	Porcentaje(%)	Referencia
1. Se realizo un (1) mantenimientos preventivo y correctivo, a cinco (5) refrigeradores ubicados en la Secretaría Departamental de Salud, llevado a cabo en el mes de junio 2024.	100	1
2. Se realizaron tres (3) mantenimientos Preventivos del cuarto frio, ubicado en la secretaria Departamental De Salud uno (1) pór mes en mes de abril, mayo y junio de 2024.	33	2
3. Se realizo un (1) mantenimientos preventivo y correctivo , a un (1) Ultra congelador marca Across internacional, modelo G04H de 100 litros incluyendo la UPC ubicado en la Secretaría Departamental de Salud, llevado a cabo en el mes de junio 2024.	100	3
4. Se suministro e instalo un (1) termohigrometro digital con sonda de temperatura ambiente y humedad relativa con su calibración correspondiente, con certificado de calibración ONAC.	0	4
5. se suministro e instaló un (1) termometro digital de maxímas y minímas con certificado de calibración ONAC.	0	5
6. Se realizó entrega de los reportes de mantenimiento preventivos y correctivos de cada equipo, al funcionario de la red de frío de la secretaria departamanetal de salud, como soportes de esta actividad	33	6
7. Se realizó un informe del mantenimiento preventivo y correctivo por cada equipo que se intervino ubicados en la Secretaría Departamental de Salud	33	7
8. Se realizó informe de tres (3) mantenimientos mensuales realizado al cuarto frio	33	8
9. En caso de falla que pueda comprometer la temperatura de la vacuna y demás biológicos almacenados, atender la emergencia a cualquier hora del día o de la noche, día ordinario o festivo, dentro de las tres (3) horas posteriores al informe telefónico de esta.	33	9
10 las demas actividades que considere la supervisión a fin de dar cabalidad al cumplimiento del objeto del contrato	33	10

F. OBSERVACIONES:

Informe Parcial de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. SECOP II CAS-SS-MC-005-2024 y No. Interno 3157 de 2024-04-22 cuyo Objeto: Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

Atentamente,

METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.
Contratista

CONSTANCIA: El(La) suscrito(a) Supervisor(a) hace constar que verificada las actividades relacionadas en el presente informe y las pactadas en el contrato, se concluye que el Contratista ha cumplido con las actividades adquiridas en virtud del mismo.

Aprobó:

ADRIANA PATRICIA CABALLERO RAMIREZ
Supervisor(a)

V.°B.°:

Acta de Recibo Parcial No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. SECOP II CAS-SS-MC-005-2024 3157 de 2024-04-22 cuyo Objeto: Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

ACTA RECIBO PARCIAL No. 3 de 2024-07-12

En la ciudad de Yopal, a los Doce(12) días del mes de Julio de 2024, se reunieron ADRIANA PATRICIA CABALLERO RAMIREZ, DIRECTOR(A) TECNICO DE SALUD PUBLICA, quien actúa en su calidad de supervisor,de conformidad con NUMERAL 7:SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA, el cual estará sujeto a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011y por otra parte JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS, identificado(a) con CÉDULA CIUDADANÍA 7183785 de TUNJA, representante legal, de(l-la) METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S. con NIT 900902346-9, en su condición de Contratista, a fin de suscribir acta de recibo parcial, la cual se resume así:

TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATO No.: SECOP II 3157

FECHA DEL CONTRATO: 2024-04-22

OBJETO DEL CONTRATO: Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO: secretaria de salud (Yopal-Casanare) (CASANARE [YOPAL])

PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL: Nueve (9) MESES

PLAZO DE EJECUCIÓN CON ADICIONES: Nueve (9) MESES

FECHA DE INICIO: 2024-04-25

FECHA DE TERMINACIÓN CONTRACTUAL: 2025-01-24

PRÓRROGAS:

Contrato Adicional No.	Tiempo
-	-

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN:

Acta No.	Tiempo
-	-

NUEVA FECHA TERMINACIÓN: 2025-01-24

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: $23.265.000,00 M.L.C.

VALOR ADICIONAL CONTRATO: $0,00 M.L.C.

VALOR DEFINITIVO CONTRATO: $23.265.000,00 M.L.C.

CONTRATISTA: METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.

SUPERVISOR: ADRIANA PATRICIA CABALLERO RAMIREZ

INTERVENTOR:

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

ACTA DE RECIBIDO PARCIAL

FO-AB-60
2014-05-30
V.02

Acta de Recibo Parcial No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. SECOP II CAS-SS-MC-005-2024 3157 de 2024-04-22 cuyo Objeto: Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$23.265.000,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$23.265.000,00	$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Valor Pagado
VALOR INFORME No. 1	$2.175.000,00	$0,00	$2.175.000,00
VALOR INFORME No. 2	$2.175.000,00	$0,00	$2.175.000,00
PRESENTE INFORME	$5.175.000,00	$0,00	$5.175.000,00
POR EJECUTAR	$13.740.000,00		
TOTAL	$23.265.000,00	$0,00	$9.525.000,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA NO. 3: $5.175.000,00 M.L.C.

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron el Doce(12) días del mes de Julio del 2024.

ADRIANA PATRICIA CABALLERO RAMIREZ
Supervisor(a)

JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS R/L
METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.
Contratista

Elaboró: ADRIANA PATRICIA CABALLERO RAMIREZ

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Yopal, 12 de Julio del 2024.

EL(LA) SUPERVISOR(A)

CERTIFICA QUE

JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS, identificado(a) con CÉDULA CIUDADANÍA 7183785 de TUNJA, representante legal, de(l-la) METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S. con NIT 900902346-9, dio cumplimiento a las obligaciones pactadas en el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 3157 del Veintidós(22) de Abril de 2024, cuyo Objeto es "Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de red de frio del Departamento donde se almacenan las vacunas del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.".

La presente certificación se expide por el cumplimiento de la prestación del servicio en el periodo comprendido entre 13/07/2024 hasta 12/07/2024, por un valor de $5.175.000,00 según factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista (Ver Anexo).

Observaciones:

ADRIANA PATRICIA CABALLERO RAMIREZ
DIRECTOR(A) TECNICO DE SALUD PUBLICA

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA PARA NO SUJETOS PASIVOS DEL IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS

Chivatá Boyacá, 12 de julio de 2024.

Señores:
SECRETARIA DE HACIENDA DEPARTAMENTAL
Yopal, Casanare.

REF: NO SUJETO PASIVO DE AVISOS Y TABLEROS. ART 37 y 39 DEL ACUERDO MUNICIPAL No. 032 DE 2020

Marque con una X, la opción que aplique.

☐ **PERSONA NATURAL**

Yo,_____identificado (a) con C.C. No. _____ de _____, manifiesto que **NO** soy sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros en consideración a lo señalado en el **Artículo No.37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de diciembre 30 de 2020.**

PERSONA JURÍDICA

[X] Yo, JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS identificado (a) con C.C. N° 7.183.785 de Tunja en calidad de representante legal de la empresa METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS identificado (a) con Nit. No. 900902346-9, manifiesto que esta entidad **NO** es sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros enconsideración a lo señalado en el **Artículo No. 37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de diciembre 30 de 2020.**

Atentamente,

FIRMA

JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS
C.C. N° 7.183.785 de Tunja
Teléfono 3133360828

No. CONTRATO: **SECOP II CAS-SS-MC- 005-2024-3157**

DIAN

Nota Crédito de la Factura Electrónica de Venta

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de documento electrónico - CUDE :
70119ecab42c62dd1cf6cbf92f3c7e31966428877cf567713e1d036289fe6ec33adb9f1076496273f7d46a5d96df65b4

Número de Factura: NCVM5
Fecha de Emisión: 13/07/2024
Fecha de Vencimiento: 13/07/2024
Tipo de Operación: 20 - Nota Crédito que referencia una factura electrónica

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del emisor / vendedor

Razón Social: METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.
Nombre Comercial: METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.
Nit del Emisor: 900902346
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 3313

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Chivatá
Dirección: VDA RICAYA MANA DULCE
Teléfono / Móvil: 3133360828
Correo: info@metrologiabiomedica.com.co

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Departamento de Casanare
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892099216
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Casanare
Municipio / Ciudad: Yopal
Dirección: Carrera 21 #8-32
Teléfono / Móvil: 6357777
Correo: salud@casanare.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS IVA	%	INC	%	Valor de Venta por Item
1	0115	Realizar un mantenimiento preventivo y correctivo a los cinco refrigeradores ubicados en la Secretaria Departamental de salud	94	5,00	$ 420.168,07	$ 0,00	$ 0,00	$ 399.159,66	19.00			$ 2.100.840,34
2	0114	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo para Ultra congelador marca Across internacional modelo G04H de 100 litros incluyendo la UPC	94	1,00	$ 420.168,07	$ 0,00	$ 0,00	$ 79.831,93	19.00			$ 420.168,07
3	0089	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo para el cuarto frio ubicado en la Secretaria de Salud Departamental	94	1,00	$ 1.827.731,09	$ 0,00	$ 0,00	$ 347.268,91	19.00			$ 1.827.731,09

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia	Razón de Referencia
Factura Electrónica	FEVM489	2024-07-12	Anulación de factura

CUFE : 530b6052c28b568ececa74fe655fd835bf659432a38844eeb51ab631c9f356190ae7615e7863e250ec3235b11031c771

Notas Finales

TpoDocRef:01|SerieRef:FEVM|NumeroRef:489|CodRef:2|RazonRef:Anulación de factura
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-07-13 11:55:32
Documento generado el: 2024-07-13 11:55:31
Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			4.348.739,50
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			4.348.739,50
IVA			826.260,50
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			826.260,50
Total neto factura (=)			5.175.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	5.175.000,00

Numero de Autorización: 0 Rango desde: 1 Rango hasta: 30 Vigencia: 2025-12-26

J&A
Contadores - Consultores

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad del juramento:

CERTIFICO QUE:

METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S
NIT. 900.902.346-9

Dentro del contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 3157 de 2024-04-22 SECOP II CAS-SS-MC005-2024** cuyo objeto es **REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS DE RED DE FRIO DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ALMACENAN LAS VACUNAS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI,** ha dado cumplimiento dentro de los últimos 6 meses de manera oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social y Parafiscal; Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Caja de Compensación Familiar.

Que al mes de junio del presente año, se encuentra al día en los pagos de seguridad social y parafiscal; Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Caja de Compensación Familiar a que hubo lugar, con Numero de Planilla 4558314757

La presente se expide en Tunja con destino a la secretaria de Salud de Yopal - Casanare a los 12 días del mes de Julio de 2024.

Cordialmente,

MARIA ALEXANDRA PEREZ LAGOS
Contadora Publica
TP.123733-T

Dirección : Calle 20 N° 10-36 Oficina 204 Edificio Heraclio Fernández
Celular 313 8385201 – Fijo 424425

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900902346
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHINAVITA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	VEREDA RICAYA NORTE	TELÉFONO	3133022
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Mantenimiento y reparación especializado de equipo
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4558314757	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/06/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN			9999146178

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000
SUBTOTALES:													$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	1411 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY	1	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
SUBTOTALES:			$ 52.000	$ 0	$ 52.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 7183785	CIPAMOCHA CONTRERAS JOHN	[illegible]		$ 1.300.000	FIJO			SI	01																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 31.700

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 1.300.000	CCF10-COMFABOY	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 343.700**

Certificado
Bancario

Lunes, 8 de julio de 2024

Señor(a)
Secretaria de salud de Casanare

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS identificado(a) con NIT 900902346, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	88200003945	2023/07/27	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia