## INFORME SUPERVISIÓN 03 DEL CONTRATO No. 091 DE 2024

### INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***NUMERO DE CONTRATO*** | **091 – 2024** | | |
| ***FECHA DEL CONTRATO*** | Mayo 28 de 2024 | | |
| ***CONTRATISTA*** | NEXUS DESING TECH S.A.S. | | |
| ***IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA*** | 901831840-4 | | |
| ***OBJETO DEL CONTRATO*** | SUMINISTRO DE TONNER PARA LAS IMPRESORAS DE PROPIEDAD DE ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA | | |
| ***ANTICIPO DEL CONTRATO*** | *$0* | | |
| ***VALOR DEL CONTRATO*** | TREINTA Y NUEVE MILLONES DE PESOS ($39.000.000) M/cte. | | |
| ***VALOR ADICIONAL NO. 01*** | *N/A* | | |
| ***PLAZO DE EJECUCIÓN*** | SEIS (6) MESES CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO | | |
| ***PLAZO ADICIONAL NO. 01*** | *N/A* | | |
| ***NO. CDP:*** | 00000303 | Mayo 20 de 2024 | |
| ***NO. RP:*** | 00000316 | Mayo 28 de 2024 | |
| ***FECHA DE INICIO:*** | 04 de JUNIO de 2024 | | |
| **ACTA DE SUSPENSIÓN:** Nº | N/A | | |
| **ACTA DE REINICIACIÓN:** Nº | N/A | | |
| ***FECHA DE TERMINACIÓN EFECTIVA:*** | 3/12/2024 | | |
| | LUIS CARLOS MANTILLA MANTILLA - Profesional Universitario | | |
| ***PERIODO DEL PRESENTE PAGO*** | **DESDE:** 02/09/2024 | **HASTA:** 04/09/2024 | |
| ***VALOR A PAGAR POR EL PRESENTE INFORME*** | **$6.058.290=** | | |

### EJECUCION DEL CONTRATO

| ***FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO.*** | ***FECHA DE LA FACTURA*** | ***VALOR DE LA FACTURA*** | ***DESCRIPCION*** | ***ANEXOS*** |
|---|---|---|---|---|
| FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N-5 | 03/09/2024 | ($6.058.290) SEIS MILLONES CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS | SUMINISTRO DE TONNER PARA LAS IMPRESORAS | ORDEN DE COMPRA # 1045 |

**BALANCE FINANCIERO**

| RELACIÓN Y BALANCE | | |
|---|---|---|
| *VALOR INICIAL DEL CONTRATO* | $39.000.000= | |
| *VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO* | $ 0 | |
| *ANTICIPO* | | |
| *VALOR EJECUTADO (MESES)* | | $11.977.350= |
| *VALOR A PAGAR (MES)* | | $6.058.290= |
| *SALDO* | | $20.964.360= |
| *SUMAS IGUALES* | **$39.000.000** | **$39.000.000** |

| *VALOR EJECUTADO POR EL CONTRATISTA* | *VALOR A PAGAR EN ESTE INFORME* | *SALDO POR EJECUTAR* |
|---|---|---|
| $11.977.350= | $6.058.290= | $ 20.964.360= |

**FORMA DE PAGO:**

La empresa social del estado Hospital San Juan de Dios, pagará al contratista el valor del contrato a suscribir mediante las cuentas de cobro y/o facturas debidamente radicadas, dentro de los noventa (90) días siguientes a la radicación de la factura y constancia y constancia y/o certificación del cumplimiento del objeto contractual, suscrita por el supervisor del contrato, igualmente deberá anexar certificación del pago de aportes parafiscales relativos al sistema de Seguridad Social integral, así como los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar, cuando corresponda y estampillas a que hubiere lugar.

**CERTIFICO QUE:**

De acuerdo con las condiciones establecidas en el **contrato # 091** y una vez revisada la documentación y el informe suministrado por el Contratista con relación al desarrollo y ejecución del mismo, durante el periodo reportado, se dió cumplimiento a las actividades del contrato y el objeto contractual

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, caja de compensación familiar, ICBF, SENA, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, y que la seguridad social presentada corresponde al presente contrato, de acuerdo al decreto 1273 del 2018

Se adjunta evidencia de los aportes al sistema general de seguridad social en los siguientes términos:

**SEGURIDAD SOCIAL**

| | |
|---|---|
| ***PLANILLA*** | 9473233133 |
| ***BANCO*** | Aportes en línea |
| ***FECHA DE PAGO*** | 2024-09-12 |
| ***NOMBRE DE EPS*** | Sura |
| ***PERIODO DE COTIZACIÓN SALUD*** | 2024-09 |
| ***FONDO DE PENSIÓN*** | **Protección** |
| ***PERIODO DE COTIZACIÓN PENSION*** | 2024-08 |
| ***ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES*** | SEGUROS BOLIVAR |
| ***CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR*** | CAJASAN |
| ***TOTAL PAGADO*** | Según planilla |

Por lo anterior, se deja constancia que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos en la ejecución del objeto del contrato.

Se expide en Floridablanca, Santander a los trece (13) días del mes de septiembre de 2024

**LUIS CARLOS MANTILLA MANTILLA**
**SUPERVISOR**

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA
RELACION DE INGRESOS
AREA DE ALMACEN

**ENTREGA** : SUPERVISOR DR. LUIS CARLOS CONTRATO #091-2024 SUMINISTRO TONER

**FECHA: INICIO** xxxx **TERMINACION 31/3/2024**

| ITEM | FECHA | INGRESO | FACTURA | NOTA CREDITO | PROVEEDOR | VALOR | CONTRATO | LINEA DE INVENTARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 4/09/2024 | 1045 | N-5 | | NEXUS | 6.058.290,00 | 091-2024 | PAPELERIA |
| | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | - | | 18.035.640 | | |

| | | |
|---|---|---|
| **M/CONTRATO** | | 39.000.000 |
| **ADICION 01** | | |
| **TOTAL FACTURADO** | | 18.035.640 |
| **NOTA CREDITO** | | 0 |
| **SALDO DEL CONTRATO** | | 20.964.360 |

QUIEN ENTREGA _____ HECTOR BERMUDEZ

QUIEN RECIBE_____

# NEXUS

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

**Actividad Económica:**

4741 - Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de informática y equipos de telecomunicaciones en establecimientos especializados

| | |
|---|---|
| **Razón Social:** | Nexus Desing Tech S.A.S. |
| **Identificación:** | 901831840-4 |
| **Teléfono:** | 3169432922 |
| **Dirección:** | Calle 22 # 15 – 38, Giron, Santander, Colombia. |
| **Condición IVA:** | IVA |
| **Responsabilidad fiscal:** | Agente de Retención IVA, Régimen Simple de Tributación |

| | |
|---|---|
| **Número:** | N-5 |
| **Fecha:** | 03/09/2024 14:52 |
| **Fecha Vto.:** | 03/09/2024 |
| **Forma de pago:** | Crédito |

**Sr. (es):** E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDA BLANCA
**NIT:** 890202024-3
**Dirección:** CR 8 3 30, .
**Tel:** 3133954993
**Municipio:** Floridablanca, Santander, Colombia.

**Muni. Dest.:** Floridablanca

| Lin. | Cód. | Artículo | Observaciones | Cant. | Unidad | IVA% | Precio | % Dto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | Toner Linea Eco HP 58A | | 30.00 | Und | 19% | 117,000.00 | 0.00 | 3,510,000.00 |
| 2 | | Toner Linea Eco HP 85A | | 6.00 | Und | 19% | 70,500.00 | 0.00 | 423,000.00 |
| 3 | | TONER NEWPRINT 151A | | 6.00 | Und | 19% | 135,000.00 | 0.00 | 810,000.00 |
| 4 | | TONER NEWPRINT 111 | | 4.00 | Und | 19% | 87,000.00 | 0.00 | 348,000.00 |

**Total de líneas:** 4

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el art. 3, de la Ley 1231 de 2008. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

**A efectos de la Resolución N° 000165 del 01/11/23, este comprobante se encuentra expresado en moneda de curso legal, Pesos Colombianos.**

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | 5,091,000.00 |
| **Descuento:** | 0.00 |
| **Total Bruto:** | 5,091,000.00 |
| **IVA 19%:** | 967,290.00 |
| **Valor a Pagar:** | 6,058,290.00 |

**Fecha y hora de validación:** 03/09/2024 15:07

**CUFE:** 8bcc84bfc7040eead0d7be8d09810a407d8fc12a0f78af504a23dcc561ec819d44b01280f9076aadf7c81fbfef52715f

Firma Digital: b3DZwKCgL9wGdgrxNLO7K5mhR4eAG3YSF3r17iv3pW2wkvsRhxDK4rUZkML2mJJEr
d6KKmISP3JKhiP0MDdsDr7km3tYZOY95HauDvPaUb9ZINnpj1aW3fvfV9/xPVrBi
zpLP+pmp79jYuS7f2r/Tu8lyg9tAgI5ZxQYa2RYIuvRILoocANCZ2HrN2MLggDOO
U2v70ZImwo2V1UC8Y63ll5dSsWkLol4adPNQosJ6me482RxiJjik69qYwx+w+3gl
AGi9N0pr3uxLOE+TAfSS2fz/TRhOsyzGmkEDUnhMUJRBx7bjE8/jPAP1/4G47RRS
ZaMxEyuxciZDvKBbdDFYkQ==

Software: Xubio (Visma Enterprise SAS - NIT: 900.839.261-2)
Proveedor Tecnológico: Cadena S.A. Nit: 890.930.534-0

Resolución de factura electrónica: 18764071971584 del 2024-05-31 al 2026-05-31. Rango: N-1 al N-1000000
Representación gráfica de la factura electrónica según párrafo 1, artículo 3 decreto 2242 de 2015 078-93053

HECHO EN XUBIO.com

# ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANC

NI:890202024

DIR:CRA. 8 No. 3-30
TEL:7000080

**COMPRA SIN ORDEN**

**DOC:** N-5 **NRO:** 1045

**BODEGA:** ALMACEN
**Cumple Requisitos** S

**Fecha Factura** 03/09/2024 **Fecha Registro** 04/09/2024 07:04:27 **ESTADO** CAUSADO
**Fecha Solicitud** 02/09/2024 **Fecha Entrega** 04/09/2024

**Proveedor** NEXUS DESING TECH SAS
**Dirección** CALLE 22 15 - 38
**Nit** 901831840-4 **Orden de Compra** 0
**Teléfono** 3169432922

**Observaciones** CTO Nº 091-2024

| CODIGO | CONCEPTO | CANTIDAD | LOTE | Temp °C | FECHA VEN | VALOR UNI. | % IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 955 | TONER REF 258A NUEVA | 30,00 | | 0,00 | / / | 117.000,0 | 19,00 | 4.176.900 |
| 954 | TONER REF 85A | 6,00 | | 0,00 | / / | 70.500,00 | 19,00 | 503.370, |
| 2233 | TONER 151A | 6,00 | | 0,00 | / / | 135.000,0 | 19,00 | 963.900, |
| 952 | TONER SAMSUNG 111 | 4,00 | | 0,00 | / / | 87.000,00 | 19,00 | 414.120, |

**VALOR EN LETRAS**
seis millones cincuenta y ocho mil doscientos noventa

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | 5.091.000,00 |
| **IVA** | 967.290,00 |
| **TOTAL** | 6.058.290,00 |

Elaboró BERMUDEZ HECTOR ALFONSO

Aprobo

**Linea de Inventario**

| | |
|---|---|
| PAPELERIA | 6.058.290,00 |
| **TOTAL** | 6.058.290,00 |

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que DANIEL TOBAR RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1098736147 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MANTENIMIENTOY SERVICIOS AYC NI 901681668**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-08 | 2024-09 | 909295589 | 9473233133 | E | 2024-09-12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PROTECCION | 30 | 16% | $1,300,000 | $208,000 |
| ARL | ARL SURA | 30 | 0.522% | $1,300,000 | $6,800 |
| CCF | CAJASAN | 30 | 4% | $1,300,000 | $52,000 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 30 | 4% | $1,300,000 | $52,000 |

Este certificado se expide el día 2024-09-12 a las 03:11.

**MODELO DE CERTIFICACIÓN PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

**12/09/2024**

Señores:
**ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA**

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002,

**CERTIFICO**

Que NEXUS DESIGN TECH
NIT 901831840-4

Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

ACTÚO EN MI CALIDAD DE:

Revisor Fiscal_____Tarjeta Profesional No._____
Representante Legal __X____
Proponente Persona Natural _____

Nota: Esta certificación debe firmarla el Revisor Fiscal si la empresa está obligada a tenerlo, de lo contrario la firma el Representante Legal. Para el caso de personas naturales la firma el mismo proponente y se entenderá emitida bajo la gravedad del juramento.

Nombre de la persona que suscribe la presente certificación:
DANIEL TOBAR RODRIGUEZ
Documento de identidad 1098736147_____de BUCARAMANGA

Firma_____Ciudad BUCARAMANGA

1.098.736.147