REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 24002376 **FECHA : 02-SEP-2024**

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

Documento de Causación: OP-2402622 **Radicado :**

Contrato: CO 3157 DE 22-04-2024 **Acta de Pago :** PAGO PARCIAL

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 CTO 3157 DE 22 DE ABRIL DE 2024 SEGUN FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FEVM-490

Orden de Pago		Descripción	Valor
OP	2402622	METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.	2,031,524.00

TOTALES CONTABLES **2,031,524.00**

Movimiento Contable

		2,031,524.00	2,031,524.00
Cuenta	**Descripción**	**Debitos**	**Creditos**
248004001	Accciones de Salud Pùblica	2,031,524.00	0.00
111006007006	Popular Cta Maestra Salud Publica 220-252-18721-6	0.00	2,031,524.00

Elaboró

Angela.O.

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 02-SEP-2024 Usuario: TESOCONSULTA Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No : 03 - 2402622

VALOR : $2,175,000.00

FECHA : 29-AGO-2024

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

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

CONCEPTO : PAGO PARCIAL CTO 3157 DE 22 DE ABRIL DE 2024 SEGUN FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FEVM-490

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	2,175,000.00

REGISTRO CONTABLE

CODIGO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
550216001	Acciones de Salud Publica	347,209.00	
550216001	Acciones de Salud Publica	1,827,731.00	
243627002	Retención de impuesto de ICA Yopal		18,277.00
243625001	Impuesto a las Ventas Retenido		52,090.00
248004001	Accciones de Salud Pùblica		2,031,524.00
243605001	Servicios		73,109.00

DEPARTAMENTO DE CASANARE
TESORERÍA
02 SEP 2024
HORA: 10:40 AM
RECIBI:

NETO A PAGAR $2,031,524.00

ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI

C.C.ó NIT

BANCO No. CUENTA No. CHEQUE FECHA GIRO

30 AGO 2024
Hora: 11:07

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 Jurídica
Secretaria de Salud Dpta
Revisado

Yopal, 29 de agosto de 2024

Pago N° 4

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:	**29/08/2024**
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.

Secretaria De Hacienda
DIRECCION TECNICA DE CONTABILIDAD
--07041
29 AGO 2024

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

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

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

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

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

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

Recibido
Hora: 4:01 P

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 (solo aplica Recursos de la Gobernación)				**$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

Oficina Juridica
Secretaria de Salud Dptal
Revisado

(En caso de existir saldos no ejecutados a favor, por concepto de pagos parciales deben enviar copia del acta de liquidación junto a este formato con destino a la dirección técnica de presupuesto para la legalización de saldos presupuestales.)

b. Registro de Ingresos al Almacén Departamental.

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

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	$ 1.827.731,09	100

10. Observaciones:

Use este espacio para realizar las aclaraciones y consideraciones 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 _____

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

Chivatá Boyacá, 29 de agosto 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 A**rtículo 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**

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 SAS

NIT. 900.902.346-9

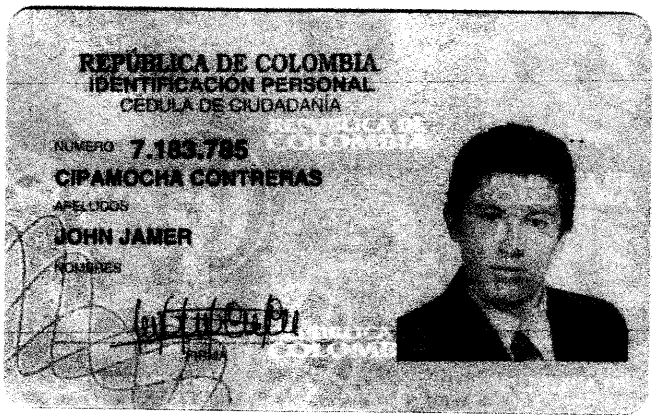
Dentro del **contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 3157 DE 2024-04-22 SECOP II CAS-SS-MC005-2024 cuyo objeto es REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS DE RED DE FRIO DEL DEPARTAMENTO DONDE SE ALMACENAN LAS VACUNAS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI**, ha dado cumplimiento 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 Julio 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 el Número de planillas 8631870588, 8632123366.

La presente se expide en Tunja Con destino a la Secretaria de salud de Yopal –Casanare a los 29 días del mes de agosto de 2024

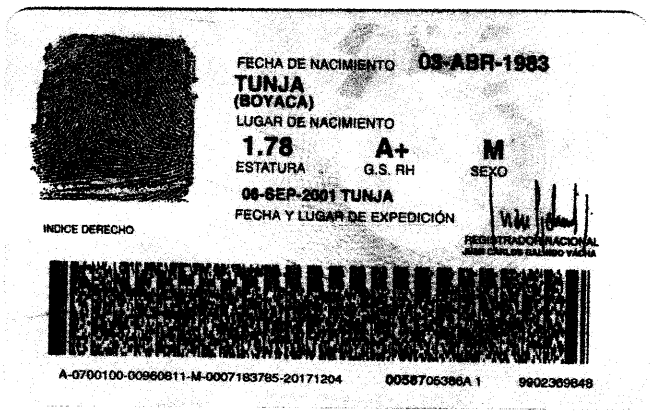
Cordialmente

JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS
C.C No. 7.183.785 DE TUNJA
REPRESENTANTE LEGAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 7.183.785
CIPAMOCHA CONTRERAS
APELLIDOS
JOHN JAMER
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-1983
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
06-SEP-2001 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-0700100-00960811-M-0007183785-20171204 0058705386A 1 9902369848

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8631870588
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8660068447
Fecha Pago Planilla: 2024-08-05

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	900902346	D.V.	9	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CRA 18 N 4 18	DEPARTAMENTO	BOYACA	MUNICIPIO	TUNJA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3313	CORREO ELECTRÓNICO	CALIDAD@METROLOGIABIOMEDICA.COM.CO	TELÉFONO	3133360828
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	7183785	PRIMER APELLIDO	CIPAMOCHA	SEGUNDO APELLIDO	CONTRERAS
PRIMER NOMBRE	JOHN	SEGUNDO NOMBRE	JAMER		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2024	Mes: 07	Año: 2024	Mes: 08	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$1.300.000		8631870588

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-7183785	01	No	No	No	15	1	3265101	Fijo	CIPAMOCHA CONTRERAS JOHN JAMER	$1.300.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 7183785																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 7183785	PORVENIR	30	$1.300.000	0.1600000	$208.000	$0	$0	$208.000	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 7183785	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.300.000	0.0400000	$52.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.300.000	90090234 6	0.0243600	$31.700

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-7183785	COMFABOY	30	$1.300.000	0.0400000	$52.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2024 - 07

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$208.000	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$208.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A.	1	$52.000	$0	0	$0	0	$0	$52.000	0	$0	$0	$52.000	$0	0	$0	$0	$52.000	$0	$0	$52.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$31.700	0	$0	$0	$31.700	0	$0	$31.700	0	$0	$0	$31.700

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMFABOY	1	$52.000	0	$0	$52.000
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$52.000
PENSIONES	1	$208.000
RIESGOS PROFESIONALES	1	$31.700

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$52.000
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$343.700

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8632123366
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8632123366
Fecha Pago Planilla: 2024-08-27

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA SAS	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	900902346	D.V.	9	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CRA 18 N 4 18	DEPARTAMENTO	BOYACA	MUNICIPIO	TUNJA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3313	CORREO ELECTRÓNICO	CALIDAD@METROLOGIABIOMEDICA.COM.CO	TELÉFONO	3133360828
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	7183785	PRIMER APELLIDO	CIPAMOCHA	SEGUNDO APELLIDO	CONTRERAS
PRIMER NOMBRE	JOHN	SEGUNDO NOMBRE	JAMER		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2024	Mes: 07	Año: 2024	Mes: 08	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$1.300.000		8632123366

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-7183785	1	No	No	No	15	1	3265101	Fijo	CIPAMOCHA CONTRERAS JOHN JAMER	$1.300.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 7183785											C																		0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 7183785	PORVENIR	30	$1.300.000	0.1600000	$208.000	$0	$0	$208.000	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 7183785	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.300.000	0.1250000	$162.500	$0		$0		$0	30	$1.300.000	9009023446	0.0243600	$31.700

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-7183785	COMFABOY	30	$1.300.000	0.0400000	$52.000	0.0200000	$26.000	0.0300000	$39.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2024 - 07

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$0	$0	$0	$0	$0	14	$0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A.	1	$110.500	$0	0	$0	0	$0	$110.500	14	$1.200	$0	$111.700	$0	0	$0	$0	$111.700	$0	$0	$111.700

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$0	0	$0	$0	$0	14	$0	$0	0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMFABOY	1	$0	14	$0	$0
SENA	1	$26.000	14	$300	$26.300
ICBF	1	$39.000	14	$500	$39.500
ESAP	1	$0	14	$0	$0
MinEdu	1	$0	14	$0	$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$111.700
PENSIONES	1	$0
RIESGOS PROFESIONALES	1	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$0
SENA	1	$26.300
ICBF	1	$39.500
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$177.500

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
14083f31d6be24f4cb1b0804aab6337b0400c4ecff380f3545bf38991d74055047d4e309482ef84b847b5ddc7844ef1f

Número de Factura: FEVM-490
Fecha de Emisión: 09/08/2024
Fecha de Vencimiento: 09/08/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

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: ZZ - No aplica

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

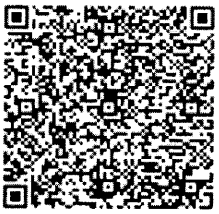
Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0089	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo para el cuarto frío 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

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-08-09 11:38:12
Documento generado el: 2024-08-09 11:38:11
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			1.827.731,09
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			1.827.731,09
IVA			347.268,91
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			347.268,91
Total neto factura (=)			2.175.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	2.175.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764076831944 Rango desde: 490 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-02-09

Certificado
Bancario

Lunes, 5 de agosto de 2024

Señor(a)
Secretaria de salud Departamental 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	ACTIVA

***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