REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 24002978 **FECHA : 27-NOV-2024**

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

Documento de Causación: OP-2403620 **Radicado :**

Contrato: CO 3157 DE 22-04-2024 **Acta de Pago :** PAGO 7

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 7 CTO 3157 DE 22 DE ABRIL DE 2024 SEGUN FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FEVM495 SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA EL CUARTO FRIO UBICADO EN LA SALUD DEPARTAMENTAL

Orden de Pago		Descripción	Valor
OP	2403620	METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.	2,031,524.00

TOTALES CONTABLES **2,031,524.00**

Movimiento Contable

Cuenta	Descripción	2,031,524.00 Debitos	2,031,524.00 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: 27-NOV-2024 Usuario: TESOCONSULTA Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908

banco popular

WWW.BANCOPOPULAR.COM.CO

Archivos Cargados

Empresa: GOBERNACION DE CASANARE
Tipo Dcto: NIT Persona Jurídica **No. Dcto:** 892099216
Generado por: YARIFE LOPEZ ZAMUDIO

A continuación el detalle de: Resumen Registros Enviados - Ver Registros

Tipo Archivo	Nombre Archivo	Nombre Técnico Archivo	Fecha Envío	Valor Total Archivo	No. Registros Enviados	Estado
Pagos	OP2403637	PK1E01KXOO	2024/11/27	$4,327,627.00	1	Procesado

Información Adicional

Fecha Carga	Hora Carga	Hora Envío	Usuario Creador	Fecha Actualización	Hora Actualización	Valor Total Archivo	Valor Archivo Enviado
2024/11/27	11:54:45	12:07:49	YARIFE LOPEZ ZAMUDIO	2024/11/28	15:50:24	$4,327,627.00	$4,327,627.00

Valor Registros	Valor Registros Errados	No. Total Registros	No. Registros	No. Registros	No. Registros en	Usuario Aprueba/Rechaza
$0.00		1	0		0	ANA MILENA ARCOS URIBE

Usuario Aprueba/Rechaza

Nombres y Apellidos	Fecha Autorización	Acción
ANA MILENA ARCOS	2024/11/27 12:07:46	Aprobado

Resumen Registros

Producto Originador	Fecha Efectiva	Valor Transacción	No. Identificación Receptor	Nombre Receptor	Entidad Financiera	No. Producto Destino	Estado
220252187216	2024/11/27	$4,327,627.00	1115860585	LUIS EDUARDO ROA MARTI	Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A	0700196371	Procesado

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

Secretaria De Hacienda
DIRECCION TECNICA DE CONTABILIDAD

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

25 NOV 2024

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

Recibí: Jma
Hora: 10 23 a

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Dpto
Revisado

Yopal, 20 de noviembre 2024

Pago N° 7

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:	20/11/2024
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

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

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

11128
22 NOV 2024
Jma

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 a Méritos	☐	Mínima Cuantía	X
Otro	☐	¿Cuál?							
Número del proceso		CAS-SS-MC-005- 2024							

Recibí:
Hora:

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 incluir 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 Jurídica Secretaría de Salud Orta. Recibido

			los bienes y equipos suministrados	prestaciones sociales e ind	contrato		
		No 39-44-101161361	No 39-44-101161361	No 39-44-101161361	N° Póliza	N° Póliza	N° Póliza
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)
Elija Evento N° Digite el Evento	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
	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)
Elija Evento N°. Digite el Evento	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
	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)
Elija Evento N°. Digite el Evento	% - SMLV	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	Desde.	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)
	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	Seleccionar según forma de pago Anticipo ☐ Pago Anticipado ☐		Total de Anticipos Girados:	$
Valor Ejecutado:	**$16.050.000.00**	Valor por Ejecutar:	**$ 7.215.000.00**	Valor no ejecutado:	$
Valor Amortizar:	$	Valor por Amortizar:	$	Total de Amortizaciones:	$
Descuento actual:	$		Total de Descuentos:	$	
Valor a facturar:	**$2.175.000.00**	Valor a pagar	**$2.175.000.00**		

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 _____

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Dptal
Revisado

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

Valor a Girar:	**DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($2.175.000.00)**

Afectación de Rubros presupuestales para la presente cuenta. (Fondo)							
Fuente:	**8.19.1905.0300.2021005850055.190228.124202.2.3.2.02.02.069**	Valor:	**$2.175.000.00**	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 (Cláusula 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 (Transferencias pagos anticipados / anticipos)					
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	**4578115882**	**$1.300.000**	**$162.500**	**$162.500**	**OCTUBRE 2024**	**NUEVA EPS**
PENSIÓN	16	**4578115882**	**$1.300.000**	**$ 208.000**	**$ 208.000**	**OCTUBRE 2024**	**PORVENIR**
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	3	**4578115882**	**$ 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:	JOHN JAMER CIPAMOCHA CONTRERAS REPRESENTANTE LEGAL	Fecha de Expedición: **20/11/2024**

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
$ Valor en Número	$ Valor en Número	$	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)

(En caso de existir saldos no ejecutados el supervisor y/o interventor deben enviar copia del acta de liquidación junto a este formato, con destino a la direccion tecnica de presupuesto para la liberación de saldos presupuestales.)

VoBo _____

Oficina Juridica
Secretaria de Salud Opia
Revisado

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

LADY CAROLINA FLOREZ SIERRA
C.C: 1.118.536.508 de Yopal
Secretaria de Salud (E)
Resolución 1421 del 19 de noviembre de 2024

SUPERVISOR

DANITZA GELVEZ GUERRERO
C.C. No. 60.268.435 de Pamplona.
Directora de Salud Pública
Número y/o fecha designación: 0062/09/2024

Reviso:
Nombre:
Cargo:

VoBo _____

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

Chivatá Boyacá, 20 de noviembre 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**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **7.183.785**

CIPAMOCHA CONTRERAS

APELLIDOS

JOHN JAMER

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

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
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900992346
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 ECONÓMICA:	Mantenimiento y reparación especializado de equip
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4578115882	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9950654300

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	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	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP 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	14-11 - 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**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 39.000	$ 0	$ 39.000
PASENA	PASENA - SENA	1	$ 26.000	$ 0	$ 26.000
SUBTOTALES:			**$ 65.000**	**$ 0**	**$ 65.000**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXT. TIEMPO	EXT. RECARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 7183785	ESPANDOLA CONTRERAS JOHN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO				NO																

SEGURIDAD SOCIAL: PENSION ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 31.700	30	$ 1.300.000	CCF10-COMFABOY	$ 52.000	$ 26.000	$ 39.000	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 519.200

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
407dee6d44eca6745390721e8d87d639f63840b7f33f0e8e87ddd40961900b9575d2fec3ad47aac4f7ef4467423db27f

Número de Factura: FEVM-495
Fecha de Emisión: 20/11/2024
Fecha de Vencimiento: 20/11/2024
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 Secretaría 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 generado el:
20/11/2024 08:43:30
Documento validado por la DIAN:
20/11/2024 08:43:31
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	1827731.09
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	1827731.09
IVA	347268.91
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	347268.91
Total neto factura (=)	2175000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP $ $ 2175000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

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

Nit: 900902346-9 régimen común

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 octubre 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 planilla **4578115882.**

La presente se expide en Tunja Con destino a la Secretaria de salud de Yopal –Casanare a los 20 días del mes de noviembre de 2024

Cordialmente

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141043858471

(415)7707212489984(8020) 000014104385847 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 9 0 2 3 4 6	9	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chivatá 1 8 7

41. Dirección principal
VDA RICAYA MANA DULCE

42. Correo electrónico info@metrologiabiomedica.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 3 3 6 0 8 2 8	3 1 9 5 3 2 0 3 0 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
3 3 1 2	2 0 1 5 1 0 2 2	3 3 1 3	2 0 1 5 0 4 2 2		3 3 1 9			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 05 - 30 / 17 : 17: 00

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CIPAMOCHA CONTRERAS JOHN JAMER
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 30-05-2024 05:18:04PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141043858471

(415)7707212489984(8020) 000014104385847 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 9 0 2 3 4 6	9	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 1
72. Número		1
73. Fecha	2 0 1 5 1 0 1 5	2 0 2 2 0 2 1 5
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 5 1 0 2 2	2 0 2 2 0 2 2 2
77. No. Matrícula mercantil	1 3 7 8 1 7	1 3 7 8 1 7
78. Departamento	1 5	1 5
79. Ciudad/Municipio	3 8	3 8
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 5 1 0 1 5	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 2 2 0 3 2 3		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141043858471

(415)7707212489984(8020) 000014104385847 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 9 0 2 3 4 6	9	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación			
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 8 0 1			
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional	
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 1 8 3 7 8 5			
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres	
CIPAMOCHA	CONTRERAS	JOHN	JAMER	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal		

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal		

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal		

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal		

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal		

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	0238	10/05/2024 4:58:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	10/05/2024 5:10:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.175.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	0285	13/06/2024 7:11:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	14/06/2024 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.175.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	0433	12/07/2024 7:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	16/07/2024 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5.175.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	0545	9/08/2024 11:38:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9/08/2024 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.175.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	0669	26/09/2024 8:13:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	27/09/2024 9:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.175.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 006	0860	22 días de tiempo transcurrido *(30/10/2024 8:25:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	22 días de tiempo transcurrido *(30/10/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.175.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 007	1011	1 día de tiempo transcurrido *(20/11/2024 8:43:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2 horas de tiempo transcurrido *(21/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.175.000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
ACEPTACION POLIZA.pdf	ACEPTACION POLIZA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
ACTA DE INICIO.pdf	ACTA DE INICIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
ANALISIS DEL SECTOR.pdf	ANALISIS DEL SECTOR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
CDP.pdf	CDP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
CONTRATO.pdf	CONTRATO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
EP.pdf	EP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
ESPECIFICACIONES TECNICAS.pdf	ESPECIFICACIONES TECNICAS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
ESTUDIO DE MERCADO.pdf	ESTUDIO DE MERCADO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
EVALUACION DE PROPUESTAS.pdf	EVALUACION DE PROPUESTAS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
EVALUADOR.pdf	EVALUADOR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
FICHA DE CONTROL.pdf	FICHA DE CONTROL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
INVITACION MINIMA.pdf	INVITACION MINIMA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Certificado
Bancario

Viernes, 15 de noviembre de 2024

Señores
Secretaria departamental 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