DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**029-2024**
	Tipo	Prestación de servicios						
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA LAS CABINAS DE BIOSEGURIDAD Y EXTRACCIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	LABPRO SAS							
Identificación (CC – Nit)	900.739.324							
Representante Legal	CARLOS EDUARDO MORENO PRADO C.C. 79.456.020							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO						
	Cargo	RESPONSABLE DE EQUIPO INDUSTRIAL						

Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	06/03/2024
Iniciación	08/03/2024
Cesión	---
Suspensión	---
Reinicio	---

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	9 MESES	08/03/2024	15/12/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL	9 MESES	08/03/2024	15/12/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	9 MESES	08/03/2024	15/12/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$30.000.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$30.000.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
L1789		19/06/2024	$6.080.000,00
L1805		11/07/2024	$2.280.016,00
L1887		05/12/2024	$13.919.999,00
L1886		05/12/2024	$6.079.999,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$28.360.014,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$1.639.986

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

OBJETO	VERIFICACIÓN
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA LAS CABINAS DE BIOSEGURIDAD Y EXTRACCIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Se cumplió con el objeto del contrato sin novedad.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
Durante la ejecución del contrato, se realizó el mantenimiento preventivo y correctivo que sean necesarios incluido repuestos nuevos no remanufacturados para las cabinas de bioseguridad y extracción.	El contratista realizo los mantenimientos correspondientes, de acuerdo con la programación y necesidad.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

6. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

DATOS REQUERIDOS

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
05/11/2024	$2.472.800	$342.000	$1.632.000

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

Labpro
Equipos de Laboratorio
NIT. 900739324-9

CERTIFICACIÓN
PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL

Yo, **CARLOS EDUARDO MORENO PRADO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.456.020, en mi condición de **Representante Legal de LABPRO S.A.S** identificada con NIT: 900.739.324-9, certifico que durante los último seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Dado en Bogotá, a los cinco (05) días del mes de diciembre de 2024.

CARLOS EDUARDO MORENO PRADO
CC. 79.456.020
Representante Legal

VELP SCIENTIFICA BIOBASE OHAUS SCILOGEX
(57) 312 370 7030
(57) 315 207 5919
contacto@labpro.com.co
www.labpro.com.co
Calle 66B No. 68B - 68, Bogotá

DATOS REQUERIDOS

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancolombia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900739324
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LABPRO SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 66B NO. 68B 68	TELÉFONO:	4808790
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	D-APORTANTE BENEFICIARIO DE LA LEY 1429
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Mantenimiento y reparación especializado de equip
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7947885604	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):	2024/11/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1029659742

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.000	$ 0	$ 224.000
230301	230301-PORVENIR	3	$ 800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800.000	$ 0	$ 800.000
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 608.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.000	$ 0	$ 608.000
SUBTOTALES:										$ 1.632.000	$ 0	$ 1.632.000

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 156.000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 0	$ 120.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 66.000
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													$ 342.000	$ 0	$ 0	$ 342.000

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	14-11 - ARL SURA	6		$ 0	$ 0		$ 0	$ 156.800	$ 156.800	$ 0	$ 0	$ 156.800
SUBTOTALES:									$ 156.800	$ 0	$ 0	$ 156.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF21	CCF21-CAFAM	5	$ 342.000	$ 0	$ 342.000
SUBTOTALES:			$ 342.000	$ 0	$ 342.000

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 1003924605	PAEZ PACHON FABIAN STIVEN	DEPEND		$ 1.450.000	FIJO			SI									01-30								
2	CC 1010065564	LAMUS FIGUEROA JHONATAN ANDRES	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI									01-30								
3	CC 1015440520	GARCIA ESPINEL FRANCY LISETH	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI		30															
4	CC 1030587956	OLMOS SARMIENTO DEISSI JOHANA	DEPEND		$ 1.650.000	FIJO			SI										01-30							
5	CC 51870917	QUEVEDO RODRIGUEZ FLOR BLANCA AZUCENA	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI																	
6	CC 79456320	MORENO PRADO CARLOS EDUARDO	DEPEND		$ 2.500.000	FIJO			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.650.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 264.000
2	230301-PORVENIR	30	$ 1.700.000	$ 272.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 272.000
3	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
4	230301-PORVENIR	30	$ 1.650.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 264.000
5	230201-PROTECCION	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000
6	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.500.000	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP; PARAFISCALES

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.650.000	$ 66.000	$ 0	$ 66.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.650.000	1	$ 40.200	30	$ 1.650.000	CCF21-CAFAM	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.700.000	$ 68.000	$ 0	$ 68.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.700.000	1	$ 41.500	30	$ 1.700.000	CCF21-CAFAM	$ 68.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	2	$ 6.800	30	$ 1.300.000	CCF21-CAFAM	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 1.650.000	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.650.000		$ 0	30	$ 1.650.000	CCF21-CAFAM	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.400.000	1	$ 7.400	30	$ 1.400.000	CCF21-CAFAM	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ 100.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.500.000	2	$ 60.900	30	$ 2.500.000	CCF21-CAFAM	$ 100.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 2.472.800

DATOS REQUERIDOS

7. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
NB 100312346	CUMPLIMIENTO	**06/03/2024**	**15/06/2025**

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.
Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

8. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes				X	
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)				X	
Oportunidad en la gestión				X	
Calidad del bien o servicio				X	
Cumplimiento				X	

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los 15 días del mes de diciembre de 2024			
El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO	**Nombre Representante Legal**	CARLOS EDUARDO MORENO PRADO
Cargo	Responsable de Equipo Industrial	**Identificación**	C.C. 79.456.020