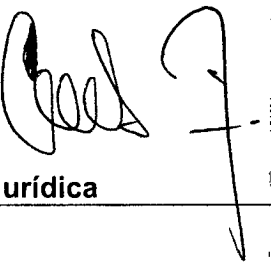
ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA:	
Nombre o Razón Social	B.M.O LINE
NIT o C.C	900540920-2
Nombre del Representante Legal	VICTOR HUGO OSORIO GUTIERREZ
INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
Número	24-2130.13.07.404
Fecha Suscripción	28 de octubre de 2024
Fecha de Inicio	29 de octubre de 2024
Fecha de Terminación	31 de diciembre de 2024
Nombre y Cargo del Supervisor	Andrea Carolina Salazar Taborda- Ingeniera biomédica
Entre las partes contratantes se procede a liquidar el contrato inicialmente descrito, dejando expresa constancia de los siguientes valores:	
Valor Inicial del Contrato	$ 58.266.821
Valor Adiciones	$ 0
Valor Final del Contrato	$ 58.266.821
Valor Anticipo	$ 0
Valor Total Facturado	$ 56.541.719,79
Valor Total a Favor del Contratista	$ 0
Valor Total Pagado	$ 56.541.719,79
Valor no ejecutado a favor del hospital	$ 1.725.101,21
CONCEPTO DEL SUPERVISOR	
Teniendo en cuenta que fueron recibidos a satisfacción los servicios pactados, que el contratista cumplió a cabalidad con el objeto del contrato y brindo oportunamente los servicios a que se obligó y que el Contratista entregó certificaciones sobre paz y salvo por concepto de aportes a la seguridad social y parafiscales, tal y como se hizo contar en el acta de supervisión; se concluye que es procedente la liquidación del contrato conforme al resumen económico presentado con antelación.	
ACUERDO DE LAS PARTES SOBRE LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO	
Las partes acuerdan liquidar bilateralmente y de común acuerdo el Contrato inicialmente identificado, reconociendo que el balance del contrato es el descrito en esta acta. Como consecuencia de lo anterior, las partes de común acuerdo se declaran a paz y salvo debido a que manifiestan que no se adeuda suma alguna en ejecución del contrato que se liquida y de esta forma dan por terminado el contrato, renunciando a cualquier reclamación ulterior.	
OBSERVACIONES	
Se anexa informe de supervisión final y pago de seguridad social correspondiente al mes de diciembre.	

Firma: **Gerente E.S.E**	**Firma:** **El Contratista**
Firma: Andrea Carolina Salazar T **El Supervisor**	**Vo. Bo.**  **Jurídica**

21 FEB 2025

ACTA DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORIA

CONTRATO DE COMPRAVENTA 24-2130.13.07.404

NUMERO DE ACTA	2		
FECHA	26 DE NOVIEMBRE 2024		
PERIODO SUPERVISADO	29 DE OCTUBRE 2024 A 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
CONTRATO Nº	24-2130.13.07. 404		
OBJETO	El Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio, Caldas E.S.E requiere contratar la prestación de servicio de calibración y validación, de los equipos médicos de la institución.		
CONTRATISTA	**BMO LINE S.A.S**		
PLAZO DE EJECUCIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
VALOR DEL CONTRATO	$58.266.821.00	**CDP: 648**	**RP: 924**
PRÓRROGAS	**N/A**		
SUSPENSIONES	**N/A**		
ADICIONES	**N/A**		
SUPERVISOR(ES)	ANDREA CAROLINA SALAZAR TABORDA		

EJECUCION DEL CONTRATO A LA FECHA	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$58.266.821**
ANTICIPO	$ 0
VALOR EJECUTADO	**$ 56.541.720**
VALOR A PAGAR PERIODO	**$4.219.634**
SALDO POR EJECUTAR	**$1.725.101**

VERIFICACIÓN DE OBLIGACIONES

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACION	DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO
1	El contratista se obliga para con el HOSPITAL, a prestar los servicios de calibración y validación de equipos biomédicos de la entidad.	Anexo informe técnico servicio de calibración.

Enunciar anexos:

1. Informe de actividad
2. Cuenta de cobro
3. Seguridad social

Para constancia de lo anterior, firma la presente Acta el supervisor y/o Interventor del Contrato, asegurando que no ha omitido información y la consignada es veraz.

Andrea Carolina Salazar T.

ANDREA CAROLINA SALAZAR TABORDA
CC. 1059704533
SUPERVISOR(A)

Original: Área de Contratación.

Rionegro, 24 de diciembre de 2024

Señores
Hospital San Juan de Dios
Riosucio, Caldas

Asunto: Certificación de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales de persona jurídica

Víctor Hugo Osorio Gutiérrez, identificado con cédula **No. 75094840**, en mi condición de Representante Legal de **BMOLINE S.A.S.**, identificada con **NIT 900540920-2**, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Rionegro, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide el 24 de diciembre de 2024, en Rionegro

Se firma según el caso por:

Víctor Hugo Osorio Gutiérrez
Representante Legal
C.C. 75094840
E-mail: ventas@bmoline.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900540920
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			B.M.O LINE S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIONEGRO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 58 # 40 - 54 PISO 3	TELÉFONO:	4978562
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por menor de productos farmacéuticos
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				7954023261	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:				6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1084614696

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 208.000	$ 3.300	$ 211.300
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 416.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.500	$ 0	$ 416.000	$ 6.500	$ 422.500
SUBTOTALES:										$ 624.000	$ 9.800	$ 633.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 156.000	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 156.000	$ 2.500	$ 0	$ 158.500
SUBTOTALES:													$ 156.000	$ 2.500	$ 0	$ 158.500

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 77.000	$ 77.000	$ 1.200	$ 0	$ 78.200
SUBTOTALES:									$ 77.000	$ 1.200	$ 0	$ 78.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	3	$ 156.000	$ 2.500	$ 158.500
SUBTOTALES:			$ 156.000	$ 2.500	$ 158.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																											PARAFISCALES					
																											PENSIÓN								SALUD								ARP							CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1035916929	MONTOYA QUINTERO DARLLY YURANI	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$ 103591692	$ 13.600	30	$ 1.300.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 75094840	OSORIO GUTIERREZ VICTOR HUGO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$ 75094840	$ 31.700	30	$ 1.300.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 93436432	GORDILLO CASTILLO HECTOR GUILLERMO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$ 93436432	$ 31.700	30	$ 1.300.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

TOTAL	$ 1.029.000