



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03
COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 24003333
CUENTA PAGADORA: 220-252-18721-6 - C.M. SALUD PUBLICA

FECHA : 26-DIC-2024

Documento de Causación: OP-2404374

Radicado :

Contrato: CO 3157 DE 22-04-2024

Acta de Pago : PAGO 8

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-498 SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA EL CUARTO FRIO UBICADO EN LA SALUD DEPARTAMENTAL

Orden de Pago	Descripción	Valor
OP 2404374	METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.	4,707,529.00

TOTALES CONTABLES 4,707,529.00

Movimiento Contable

		4,707,529.00	4,707,529.00
Cuenta	Descripción	Debitos	Creditos
248004001	Acciones de Salud Pública	4,707,529.00	0.00
111006007006	Popular Cta Maestra Salud Publica 220-252-18721-6	0.00	4,707,529.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 26-DIC-2024

Usuario: TESOCOCONSULTA

Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908



Archivos Cargados

Empresa: GOBERNACION DE CASANARE
Tipo Documento: MIT Persona Juridica No. Documento: 882489746
Generado por: YARIFE LOPEZ ZAMUDIO

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

Tipo Archivo		Nombre Archivo	Nombre Usuario	Fecha Envío	Valor Total Archivo	No. Registros Enviados	Estado
Pagos		publ262412c	PIZEDILAGO	2024/12/26	\$6.872.216.50	2	Procesado

Información Adicional

Fecha Carga	Hora Carga	Hora Envío	Usuario Creador	Fecha Actualización	Hora Actualización	Valor Total Archivo	Valor Archivo Enviado
2024/12/26	12:01:37	12:59:05	YARIFE LOPEZ ZAMUDIO	2024/12/27	15:10:24	\$6.872.216.50	\$6.872.216.50

Valor Registros	Valor Registros Enviados	No. Total Registros	No. Registros	No. Registros en	Usuario Aprobado/Rechaza
\$0.00		2	0	10	ANA MILENA ARCOS URIBE

Usuario Aprobado/Rechaza

Nombres y Apellidos		Fecha Autorización	Acción
ANA MILENA ARCOS		2024/12/26 12:59:01	Aprobado

Resumen Registros

Producto Originador	Fecha Efectiva	Valor Transacción	No. Identificación Recceptor	Nombre Receptor	Entidad Financiera	No. Producto Destino	Estado
220252187216	2024/12/26	\$2.164.687.50	33480672	YARIFE NA GARCIA LINA PA	Banco Edilbau Yacaya Argentina Colombia S.A.	991333233	Procesado
220252187216	2024/12/26	\$4.707.529.00	925992148	METROCAL METROLOGIA HI	Bancolombia	8629103845	Procesado



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE

NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No : 03 - 2404374

VALOR : \$5,040,000.00

FECHA : 24-DIC-2024

SIRVASE PAGAR A : METROCAL METROLOGIA BIOMEDICA S.A.S.

NIT: 900902346

A SUMA DE : CINCO MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE

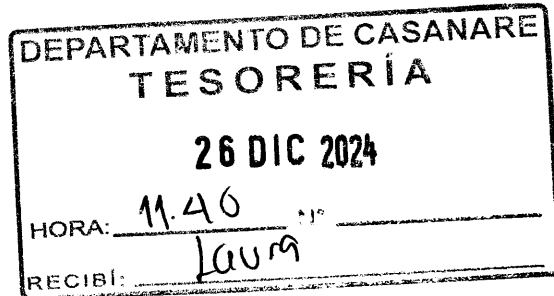
CONCEPTO : PAGO PARCIAL CTO 3157 DE 22 DE ABRIL DE 2024 SEGUN FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FEVM-498 SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA EL CUARTO FRIO UBICADO EN LA SALUD DEPARTAMENTAL

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 H03BPIN075 Casanare	5,040,000.00

REGISTRO CONTABLE

CODIGO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
550216001	Acciones de Salud Publica	804,706.00	
550216001	Acciones de Salud Publica	4,235,294.00	
243627002	Retención de impuesto de ICA Yopal		42,353.00
243625001	Impuesto a las Ventas Retenido		120,706.00
248004001	Acciones de Salud Pública		4,707,529.00
243605001	Servicios		169,412.00



NETO A PAGAR \$4,707,529.00

ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI

C.C ó NIT

BANCO No. CUENTA No. CHEQUE FECHA GIRO

24 DIC 2024



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

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

24 DIC 2024

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud Opia
REVISADO

Yopal, 20 de diciembre 2024

Pago N° 8

Seleccione según corresponda

Contrato	☒	Convenio	☐	Contrato Interadministrativo	☐	N° 3157 de 2024-04-22 SECOP II CAS-SS-MC-005-2024
----------	-------------------------------------	----------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---

Documento Soporte según forma de pago

Documento Copiado según forma de pago											
Informe de actividades		Actas Parcial		Acta de liquidación	x	Anticipo	☐	Pago Anticipado	☐	Fecha:	20/12/2024
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

Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD

2. Información General.

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

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

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

De Asociación	☐	Cooperación	☐	Interadministrativo	☐	Otro	☐	¿Cuál?			
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------	--------------------------	--------	--	--	--

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

C. Modalidad de Selección									
Licitación Pública	☐	Selección Abreviada	☐	Contratación Directa	☐	Concurso a Méritos	☐	Mínima Cuantía	X
Otro	☐	¿Cuál?							
Número del proceso		CAS-SS-MC-005- 2024							

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			(dd/mm/aaaa)	\$		(dd/mm/aaaa)	\$
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							\$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

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

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud
Casanare

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

		los bienes y equipos suministrados	prestaciones sociales e ind	contrato		
		No 39-44-101161361	No 39-44-101161361	N° Póliza	N° Póliza	N° Póliza
Contrato/convenio Inicial.	% - SMLV Desde. Hasta.	10% - \$2.326.500 24/04/2024 24/05/2025	10% - \$2.326.500 24/04/2024 24/05/2025	5% - \$1.163.250 24/04/2024 24/01/2028	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (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)
Elige Evento N°	% - SMLV Desde. Hasta.	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (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)
Elige Evento N°	% - SMLV Desde. Hasta.	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (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)
Elige Evento N°	% - SMLV Desde. Hasta.	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)	Porcentaje (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)

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.

a. Estado Financiero del Contrato:					
Valor Total del Contrato:	\$23.265.000.00	Seleccionar opción en forma de pago: Anticipo ☐ Pago Anticipado ☐		Total de Anticipos Girados:	\$
Valor Ejecutado:	\$23.265.000.00	Valor por Ejecutar:	\$0.0	Valor no ejecutado:	\$
Valor Amortizar:	\$	Valor por Amortizar:	\$	Total de Amortizaciones:	\$
Descuento actual:	\$		Total de Descuentos:	\$	
Valor a facturar:	\$ 5.040.000.00	Valor a pagar	\$ 5.040.000.00		

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	N°	% desembolso o transferencia	Valor	Saldo por Desembolsar o Transferir.	
\$	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:	\$				



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

FO-AB-20

08-05-2020

V. 05

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud
REVISADO

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

Valor a Girar:	CINCO MILLONES CUARENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$5'040.000.00)						
Afectación de Rubros presupuestales para la presente cuenta.							
Fuente:	8.19.1905.0300.2021005850055.190228.124202.2.3.2.02.02.069	Valor:	\$5.040.000.00	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	
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		Contrato de fiducia	
Cuenta autorizada para Giro:		Cuenta de Manejo Especial (pagos anticipados/anticipos)	
Tipo:	Ahorros	Tipo:	
N°:	88200003945	N°:	
Entidad Financiera:	Bancolombia	Entidad Financiera:	
		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	4583669047	\$1.300.000	\$52.000	\$162.500	DICIEMBRE 2024	NUEVA EPS
PENSIÓN	16	4583669047	\$1.300.000	\$ 208.000	\$ 208.000	DICIEMBRE 2024	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	3	4583669047	\$ 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:	Representante legal	Fecha de Expedición: 20/12/2024
-----------------------------	---------------------	---------------------------------

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 dirección de Contratación y Presupuesto para el otorgamiento de saldos presupuestales.)

b. Registro de Ingresos al Almacén Departamental.

Comprobantes de Entrada de Almacén Departamental
--



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

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud
RECUSADO

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

N°	Fecha de expedición	Valor Total

8. Sanciones y/o multas.

Tipo	Resolución N° / Fecha	Valor	¿Cancelado?	Comprobante / Deducción
Seleccione	N° ____ de ____	\$	Si ☐ No ☐	N° ____ Fecha de pago: Seleccione fecha ¿Deducir en el presente pago?: si ☐ / No ☐
Seleccione	N° ____ de ____	\$	Si ☐ No ☐	N° ____ Fecha de pago: Seleccione fecha ¿Deducir en el presente pago?: si ☐ / No ☐

9. Información de retención de industria y comercio (ICA):

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
MUNICIPIO DE YOPAL	\$ 4'235.294.11	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

SUPERVISOR

YURY PARIANA OJAVEZ ROQUE
C.C: 52.976.773 de Bogotá
Secretaria de Salud Departamental
Decreto 0001 del 01 de Enero de 2024

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

Reviso:
Nombre: _____
Cargo: _____

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

Chivatá Boyacá, 20 de diciembre 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

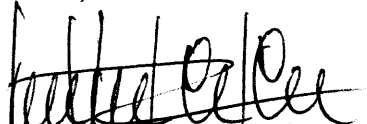
Yo, _____ identificado (a) con C.C. No. _____ de _____, manifiesto que **NO** soy sujeto pasivo del impuesto de avisos y tableros en consideración a lo señalado en el **Artículo No.37 y 39 del Acuerdo Municipal No. 032 de diciembre 30 de 2020.**

PERSONA JURÍDICA

☒

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 en consideración a lo señalado en el **Artículo 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**

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE:

9b36e98273b5d873425eb1b74764781a592ce5ae29e83465bb8a3b2063ee8bd1a9021923caac297cdb68a2b6a3db7a93

Número de Factura: FEVM-498

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 18/12/2024

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Fecha de Vencimiento: 18/12/2024

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

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

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Departamento: Boyacá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Chivatá

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

Dirección: VDA RICAYA MANA DULCE

Actividad Económica: 3313

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

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Departamento: Casanare

Régimen fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Yopal

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: Carrera 21 #8-32

Teléfono / Móvil: 6357777

Correo: salud@casanare.gov.co

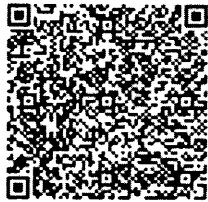
Detalles de Productos

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	2,00	\$ 1.827.731,09	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 694.537,81	19.00			\$ 3.655.462,18
2	0158	Suministrar e instalar un termohigrometro digital con sonda de temperatura ambiente y humedad relativa con su calibración correspondiente con certificado de calibración ONAC	94	1,00	\$ 294.117,65	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 55.882,35	19.00			\$ 294.117,65
3	0159	Suministrar e instalar un termómetro digital de máximas y mínimas con certificado de calibración ONAC	94	1,00	\$ 285.714,29	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 54.285,71	19.00			\$ 285.714,29

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
18/12/2024 09:36:39
Documento validado por la
DIAN:
18/12/2024 09:36:40
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	4235294.12
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4235294.12
IVA	804705.87
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	804705.87
Total neto factura (=)	5039999.99
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5039999.99

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	4.235.294,12
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.235.294,12
IVA	804.705,87
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	804.705,87
Total neto factura (=)	5.039.999,99
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5.039.999,99

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 diciembre 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 **4582571086, 4583669047.**

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

Cordialmente

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

www.metrologiabiomedica.com.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

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

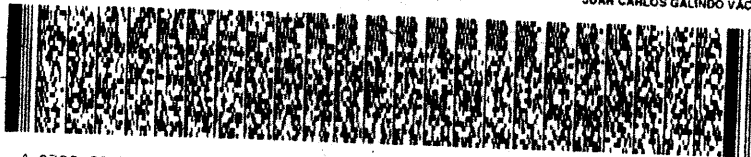
M

SEXO

06-SEP-2001 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0700100-00960811-M-0007183785-20171204

0058705386A 1

9902369848

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141043858471			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9009023469		6. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Tunja 20	
14. Buzón electrónico					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica 1		25. Tipo de documento		26. Número de identificación	
27. Fecha expedición		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 COLOMBIA 169		39. Departamento Boyacá 15		40. Ciudad/Municipio Chivatá 187	
41. Dirección principal VDA RICAYA MANA DULCE					
42. Correo electrónico info@metrologiabiomedica.com.co					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3133360828		45. Teléfono 2 3195320303	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Actividad secundaria		Ocupación	
Actividad principal		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 3312		47. Fecha inicio actividad 20151022		48. Código 3313	
49. Fecha inicio actividad 20150422		50. Código 3319		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 571442485255					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
07- Retención en la fuente a título de renta					
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		Exportadores			
54. Código 11121314151617181920		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.		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:		Firma autorizada:			
984. Nombre CIPAMOCHA CONTRERAS JOHN JAMER		985. Cargo Representante legal Certificado			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACION:					NIT:					NOMBRE PLANILLA:					4532371084				
NOMBRE O RAZON SOCIAL:					DEPARTAMENTO:					METROCAL METROLOGIA BILMEDIOLAS SAS					MODALIDAD AÑO:				
CIUDAD Y MUNICIPIO:					VEREDA:					BOYACA					2014				
TIPO APORTANTE:					TIPO APORTANTE:					DÍAS DE MORA:					PERIODO AUTORIZACION SALUD:				
TIPO EMPRESA:					PRIVADA					CAMPEÑO MENOS DE 200 COTIZANTES					2014/12/01				
FORMA DE PRESENTACION:					ACTIVIDAD ECONOMICA:					MANUFACTURERO Y REPARACION ESPECIALIZADO DE EQUIPO					NÚMERO AUTORIZACION:				
APORTANTE EXOMERADO PAGO APORTES SALUD, SEME E CEF (REFORMA TRIBUTARIA):					UNICO					NO									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
NOMBRE										NOMBRE									
CÓDIGO										CÓDIGO									

105

\$ 519.20

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

141043858471

Página 3 de 3 Hoja 3



(415)7707212489984(8020) 000014104385847 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 9 0 2 3 4 6

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

2 0

Representación

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

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			

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			

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			

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			

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			

Certificado Bancario

Lunes, 2 de diciembre 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.

