Fondo Adaptación

FORMATO DE INSTRUCCION DE GIRO

Número **24614**

Fecha 2022-06-09

NOMBRE FEDEICOMISO: 900524871:CONSORCIO FADAP 2012 - 12723

Fuente	MINHACIENDA	Contrato	FA-SASI-I-S-186-2022

CONCEPTO DE PAGO

Segun Radicado R-2022-006257 y factura(s) No. DMH 178, del contrato No.FA-SASI-I-S-186-2022 de acuerdo con el informe de supervision y cumplimiento anexo, debidamente certificado que respalda y autoriza el pago de estos(s) documento(s) con sus condiciones.

DATOS DEL TITULAR

Nit / Cédula 900675633 Titular DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.

Dirección CR 42F 75 75 Telefono: 3450414 Barranquilla

Régimen Comun E-mail: ventas@dmmedical.co

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nit / Cédula 900675633 Beneficiario DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.

Banco Bancolombia Cuenta 76760055752 Tipo Corriente

Valor $ 42,029,357.00 Concepto de Pago CONTRATO DE COMPRAVENTA

SOPORTES

-FACTURA, ANEXO DE FACTURACIÓN, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN, FORMATO DE EJECUCIÓN FINANCIERA, CERTIFICACIONES DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES, RUT, CERTIFICACIÓN BANCARIA, CONTRATO.

Descripción Otro

Observaciones

AFECTACION PRESUPUESTAL E IMPUESTOS

CDR	Valor afectación	Base Contribución	Tipo Contr.	Cont	Base estampilla	Tarifa	Total Contr	Total estam
5987	42,029,357.00	0.00		5.0	0.00	0.0	0.00	0.00
	42,029,357.00						0.00	**0.00**

INFORMACION DEL PROYECTO

Macro - Proyecto / Sector	Valor
SALUD	42,029,357.00
	42,029,357.00

INTERVENCION	PRODUCTO	VALOR
6-826-1-0030:HOSPITAL NIVEL I DE LA VEGA-ESE SURORIENTE -	9999926:HOSPITALES INTERVENIDOS Y DOTADOS	42,029,357.00
	TOTAL:	**42,029,357.00**

DESCUENTOS

DESCRIPCION	VALOR
	0.00

Nota:Se autoriza el presente pago fundamentado en la declaración juramentada realizada por el supervisor / interventor del contrato descrita en el informe de supervisión y cumplimiento consistente en que los pagos realizados corresponden a la realidad ejecución del objeto contratado.

FIRMAS

SANDRA MARCELA MURCIA MORA
Firmado digitalmente por SANDRA MARCELA MURCIA MORA

SANDRA MARCELA MURCIA MORA
Ordenador del Pago

BERNAL VILLAMIL ANDRES RICARDO
Firmado digitalmente por BERNAL VILLAMIL ANDRES RICARDO
Fecha: 2022.06.10 16:28:32 -05'00'

ANDRÉS RICARDO BERNAL VILLAMIL
Vo.Bo. Tesoreria

09/06/2022 17.59.46

Causa/Visa: ALEJANDRO ENRIQUE RUIZ VARGAS / GÜIZA PEÑA YENNIFER TATIANA

Factura Electrónica De Venta No

DMH No. 178

Resolución de Facturacion No 18764000629860 del 07/07/2020 habilita desde DMH 1 HASTA DMH 10000 Vigencia 24 meses.

DM MEDICAL HEALTH CARE SAS

Nit 900675633

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 4645 7.00 X 1000

CLIENTE	FONDO ADAPTACION
NIT	900450205 8

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
RE A EDIFICIO CENTRO INTE	Bogota D.C.	4325400

POR CONCEPTO DE
FACTURA DE VENTA

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	VENDEDOR	FORMA DE PAGO
18/05/2022	18/05/2022	ELIZABETH PATRICIA NIEBLES BARCELO	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	FA-002-4,.	PRIMER COBRO DEL CONTRATO N° FA-SASI- I-S-186-2022 CUYO OBJETO ES ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACIÓN DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ±ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA,	1	Und.	35.318.787	19%	6.710.570	35.318.787

Total líneas o ítems: 3

SUBTOTAL	**35.318.787**
IVA	**6.710.570**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**42.029.357**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL FACTURA	**42.029.357**

Valor en Letras
CUARENTA Y DOS MILLONES VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDAD DE COMPRAVENTA REALIZADA EN LA CUIDAD DE BARRANQUILLA, ENTREGA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE LA VEGA EN EL DEPARTAMENTO DE CAUCA.

CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA N0 76760055752 A NOMBRE DE DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S

.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 18/05/2022 09:00:45

CR 42F 75 75 Teléfono 3450414 Barranquilla

Correo Electrónico ventas@dmmedical.co

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: a262e6e330cba03bffb433d3b1692d9a036fb0cdb6996e8dc73c441cfead473a8c6805f1d4c2ba35515ade457111f55c --Fecha y Hora de Expedición : 18/05/2022 9:05:58 a. m.

Factura Electrónica De Venta No

DMH No. 178

Resolución de Facturacion No 18764000629860 del 07/07/2020 habilita desde DMH 1 HASTA DMH 10000 Vigencia 24 meses.

DM MEDICAL HEALTH CARE SAS

Nit 900675633

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 4645 7.00 X 1000

CLIENTE	FONDO ADAPTACION		**POR CONCEPTO DE**
NIT	900450205 8		FACTURA DE VENTA
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
RE A EDIFICIO CENTRO INTE	Bogota D.C.	4325400	

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
18/05/2022	18/05/2022	ELIZABETH PATRICIA NIEBLES BARCELO	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
2	FA-002-4,,	CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER LOTE 9: MOBILIARIO DE OFICINA. Teniendo en cuenta el estudio previo y el pliego de condiciones, así como el anexo Fichas y especificaciones requeridas por el Fondo Adaptación. Dotación entregada según acta de entrega y recibo a satisfacción así:	0	Und.	0	0%	0	0
3	FA-003-9.	- IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA, CON FECHA DE 29 DE ABRIL DE 2022	0	Und.	0	0%	0	0

Total líneas o ítems: 3

SUBTOTAL	**35.318.787**
IVA	**6.710.570**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**42.029.357**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL FACTURA	**42.029.357**

Valor en Letras

CUARENTA Y DOS MILLONES VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDAD DE COMPRAVENTA REALIZADA EN LA CUIDAD DE BARRANQUILLA, ENTREGA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE LA VEGA EN EL DEPARTAMENTO DE CAUCA.

CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA N0 76760055752 A NOMBRE DE DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S

.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 18/05/2022 09:00:45

CR 42F 75 75 Teléfono 3450414 Barranquilla

Correo Electrónico ventas@dmmedical.co

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: a262e6e330cba03bffb433d3b1692d9a036fb0cdb6996e8dc73c441cfead473a8c6805f1d4c2ba35515ade457111f55c --Fecha y Hora de Expedición : 18/05/2022 9:05:58 a. m.

Fondo Adaptación		**ANEXO DE FACTURACIÓN**	**Código**	7-GTR-F-03
			Versión:	4.0
			Fecha:	may-20

Nombre o Razón Social del Contratista:	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS
Contrato (Código asignado por el Fondo Adaptación):	FA-SASI-I-S-186-2022
NIT o Documento de Identificación del Contratista:	900.675.633-3
Anexo de la Factura o Cuenta de Cobro No.	DMH-178

Código de intervención asignado al proyecto (detallar uno a uno)	Código de Producto	Valor antes de IVA	IVA	Valor facturado con IVA	Municipio(s) en donde se desarrolla la actividad objeto de cobro	Departamento(s) en donde se desarrolla la actividad objeto de cobro
6-826-1-0030	9999926 Hospitales Intervenidos y Dotados	$ 35.318.787	$ 6.710.570	$ 42.029.357	BARRANQUILLA	ATLANTICO
Total Facturado:		$ 35.318.787	$ 6.710.570	**$ 42.029.357**		

Firma
Nombre: JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ
Calidad de quien firma: ASESOR III - SECTOR TRANSPORTE Y SALUD
(Supervisor o delegado autorizado por la interventoria en el Formato Registro de Interventoría)

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabith Niebles B.

Firma
Nombre: ELIZABETH NIEBLES BARCELO
Calidad de quien firma: REPRESENTANTE LEGAL
(Para persona natural debe firmar el contratista, para persona jurídica el Representante Legal)

Firma
Nombre: DAVID VEGA
Calidad de quien firma: REVISOR
(Solo cuando aplique - Si el contratista tiene Revisor Fiscal quien debe firmar es el Revisor

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

* Este formato debe ser diligenciado a computador con letra tamaño 11.
* En el primer pago deberán adjuntarse las ordenanzas y acuerdos de los Departamentos y Municipios en los que se desarrolla el objeto del contrato, vigentes a la firma del mismo.
* Los códigos de intervencion y productos deben corresponder con los definidos para cada contrato
* Se diligencia Anexo de Facturación por cada Factura o Cuenta de Cobro

Fondo Adaptación	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO**	**Código**	**7-GCS-F-02**
		Versión	**2.0**
		Fecha	**may-21**

Sección A – INFORME GENERAL DEL CONTRATO

Código asignado por el Fondo Adaptación:	FA-SASI-I-S-186-2022	Contratista:	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS
Objeto:	ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3, ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.		

Anotación Contrato:	No aplica	No. Contrato del cual se hizo subrogación:			
		CDR ó CDP	N° CDR/CDP	Fecha CDR/CDP	Valor CDR/CDP
Valor Inicial:	121.312.568	CDR/CDP:	5979	6/08/2021	22.496.068
Adiciones:	-	CDR/CDP:	5987	25/08/2021	42.029.357
Reducciones:	-	CDR/CDP:	5988	25/08/2021	56.787.143
Valor Total:	121.312.568	Fecha Inicio:	22/02/2022	Fecha Terminación Actual:	21/07/2022

Sección B - ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO:

Valor Total del Contrato:	Valor Causado:	Valor a Pagar:	Saldo:
121.312.568		42.029.357	79.283.211
Valor Girado como Anticipo:	**Valor Amortizado:**	**Valor a Amortizar:**	**Saldo por Amortización:**
-	-	-	-
		Rendimientos Financieros Consignados:	-

Sección C – FACTURA(S) Y/O CUENTA(S) DE COBRO

Facturas o Cuentas de Cobro Autorizadas

No. Factura o Cuenta De Cobro:	Fecha Factura o Cuenta de Cobro:	Valor:	Aplicar a CDR:	Concepto Pago:
DMH-178	18/05/2022	42.029.357	5987	Primer pago persona juridica
		Valor Total Facturas o Cuentas de Cobro Autorizadas:		42.029.357

Sección D – INFORME FINANCIERO DEL CONTRATO

En este espacio el supervisor o interventor deberá indicar si a la factura que se radica se le deben practicar retenciones o descuentos por concepto de: Acuerdos de Niveles de Servicios, Rete-garantía o descuentos autorizados por el Contratista por concepto de pago de mayor permanencia de la interventoría, amortización de anticipo entre otros.

Descuento por Concepto de:	Base de descuento:	Porcentaje del descuento:	Valor:
		0%	-
No. Factura o Cuenta De Cobro a aplicar descuento:		Observaciones:	
		Total Retenciones o Descuentos:	-

Si aplicó un descuento por "Valor permanencia de Interventoria", relacionar contrato y CDR del contrato de interventoria que afecta:

Contrato de Interventoria	**No aplica**	**CDR**	**No aplica**

Sección E – PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, OBLIGACIONES PARAFISCALES Y FIC

Persona Jurídica:	**DM MEDICAL HEALTH CARE SAS**		
Calidad de quien certifica:	Representante Legal	Fecha Certificación:	11/05/2022
Contribución FIC (Fondo Nacional de Formación Profesional de la Industria de la Construcción - FIC)			
Pago FIC: (El FIC solo es aplicable a contratos de obra y conexos)		Liquidación FIC con base en:	

Sección F – CONSTANCIA

El respectivo INTERVENTOR y/o SUPERVISOR, (según corresponda), bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de este documento, y en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación adoptado por la entidad (Resolución 836 de 2015); hace constar que en desarrollo de las actividades de supervisión o interventoría, los pagos realizados dentro del presente contrato objeto de vigilancia y control, corresponden a la real ejecución del objeto contratado y corresponden al cronograma de ejecución, así como manifiesta que dentro del contrato que supervisa no se han realizado pagos por actividades que no se encontraban pactadas contractualmente o que no corresponden con el objeto contractual. De igual forma declara:

1.	El(los) presente(s) desembolso (s) Cumple con todas las condiciones pactadas en la Forma de Pago estipulada en el Contrato y sus respectivos documentos modificatorios.	☑ Cumple
2.	Las pólizas cubren el periodo facturado.	☑ Cumple
3.	Recibo a satisfacción de las actividades o hitos que preceden el cobro del presente desembolso.	☑ Cumple
4.	Revisados y verificados los documentos soporte de la(s) presente(s) cuenta(s) de cobro ó factura(s) y una vez comprobado el cumplimiento de todos los requisitos y condiciones para el respectivo giro; autorizo el presente pago.	☑ Cumple
5.	El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones establecidas en el contrato. En consecuencia se autoriza pagar la(s) factura(s) o cuenta(s) de cobro relacionadas en la secciòn C del presente documento.	☑ Cumple
6.	En los casos en los que procede, he verificado el(los) soporte(s) de pago del Fondo Nacional de formación profesional de la Industria de la Construcción (FIC), por parte del contratista.	☐ Cumple
7.	Adjunto al presente documento el Acta a recibo a satisfacción.	☑ Cumple

Sección G – SUPERVISOR y/o INTERVENTOR

Observaciones	La Factura DHM-178 correspondiente a equipos entregados en la IPS de La Vega (Cauca)	
Nombre:	Jairo Alberto Suarez Velez	**Firma:**
Cargo:	Asesor III - Sector Salud	
Fecha de Elaboración de Certificado:	20/05/2022	
Empresa Interventoría:	Fondo Adaptación	
No Contrato de Interventoria	No aplica	

Fondo Adaptación	**ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE INFORME PERIODICO DE ACTIVIDADES**	**CÓDIGO:**	**4-GPY-F-02**
		VERSIÓN:	**1**
		PÁGINA:	**1 de 1**

OBJETIVO DEL ACTA:	Certificar a través de un acta: la recepción, revisión y aprobación del informe de actividades realizadas en el desarrollo de un contrato con el Fondo Adaptación, como insumo para la autorización de los pagos correspondientes.

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO:

Que en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación adoptado por el Fondo Adaptación (Resolución 836 de 2015 e instructivo 13-03-I-01 Instructivo para el Seguimiento y Control de Contrato), hago constar en la presente acta que en el desarrollo de mis actividades de supervisión o interventoría apruebo y recibo a satisfacción el Informe periodico del correspondiente contrato:

Código de Contrato:	- - - FA-SASI-I-S-186-2022
Informe aprobado No.:	
Fecha Radicación Informe:	29/04/2022
Informe correspondiente a las actividades realizadas en el periodo comprendido entre: (Si Aplica)	NO APLICA -

Tipología de Informe Periódico: (Marque con una **X** la tipología del informe aprobado)		
	Informe actividades de Obra (Avance de Obra - Actas de Obra)	
	Informe de Interventoría	
	Informe de Actividades (Contratista Persona Natural F.A - Supervisores)	
	Informe de Consultoría (Consultor - Gerencias - Operadores)	
	Otros tipos de informe	**X**
	¿Cuales?	Acta de entrega y recibo final del objeto contractual del contrato FA-SASI-I-S-186-2022, relacionado con la dotación de la Empresa Social Del Estado Suroriente E.S.E Del Municipio De La Vega - Cauca, realizada el dia 29/04/2022.

Certifico como supervisor del contrato - - - **FA-SASI-I-S-186-2022** que el informe adjunto (como parte integral de la presente acta - en medio magnético), cumple con todas las características de calidad exigidas y dispuestas por el Fondo Adaptación, de acuerdo con los Lineamientos y manuales vigentes de la entidad.

Firma y Datos del Supervisor:

Nombre:	JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ	**Firma:**
Cargo:	ASESOR III - SECTOR TRANSPORTE Y SALUD	
Fecha:	29/04/2022	
Empresa:	FONDO ADAPTACIÓN	

Fondo Adaptación	**ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE INFORME PERIODICO DE ACTIVIDADES**	**CÓDIGO:**	**4-GPY-F-02**
		VERSIÓN:	**1**
		PÁGINA:	**1 de 1**

OBJETIVO DEL ACTA:	Certificar a través de un acta: la recepción, revisión y aprobación del informe de actividades realizadas en el desarrollo de un contrato con el Fondo Adaptación, como insumo para la autorización de los pagos correspondientes.

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO:

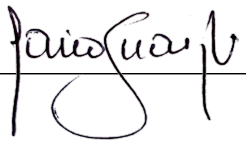
Que en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación adoptado por el Fondo Adaptación (Resolución 836 de 2015 e instructivo 13-03-I-01 Instructivo para el Seguimiento y Control de Contrato), hago constar en la presente acta que en el desarrollo de mis actividades de supervisión o interventoría apruebo y recibo a satisfacción el Informe periodico del correspondiente contrato:

Código de Contrato:	- - - FA-SASI-I-S-186-2022
Informe aprobado No.:	
Fecha Radicación Informe:	29/04/2022
Informe correspondiente a las actividades realizadas en el periodo comprendido entre: (Si Aplica)	NO APLICA -

Tipología de Informe Periódico: (Marque con una **X** la tipología del informe aprobado)		
	Informe actividades de Obra (Avance de Obra - Actas de Obra)	
	Informe de Interventoría	
	Informe de Actividades (Contratista Persona Natural F.A - Supervisores)	
	Informe de Consultoría (Consultor - Gerencias - Operadores)	
	Otros tipos de informe	**X**
	¿Cuales?	Acta de Terminación del proyecto FA-SASI-I-S-186-2022, relacionado con la dotación de la la Empresa Social Del Estado Suroriente E.S.E Del Municipio De La Vega - Cauca, realizada el dia 29/04/2022.

Certifico como supervisor del contrato - - - **FA-SASI-I-S-186-2022** que el informe adjunto (como parte integral de la presente acta - en medio magnético), cumple con todas las características de calidad exigidas y dispuestas por el Fondo Adaptación, de acuerdo con los Lineamientos y manuales vigentes de la entidad.

Firma y Datos del Supervisor:

Nombre:	JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ	**Firma:**
Cargo:	ASESOR III - SECTOR TRANSPORTE Y SALUD	
Fecha:	29/04/2022	
Empresa:	FONDO ADAPTACIÓN	

Fondo Adaptación	**FORMATO DE EJECUCIÓN FINANCIERA**	**Código:**	7-GTR-F-12
		Versión:	1.0
		Fecha:	ago-18

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

* El presente formato debe ser diligenciado en computador.
* Debe allegarse en cada solicitud de pago
* En la tabla pueden insertarse las filas que sean requeridas para registrar la información de facturas y montos

Nombre o Razón Social del Contratista:	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS
NIT o Documento de Identificación del Contratista:	900.675.633-3
Contrato (Código asignado por el Fondo Adaptación):	FA-SASI-I-S-186-2022

Valor del Contrato	Valor Ejecutado	Valor Por Ejecutar
121.312.568	42.029.357	79.283.211

Fecha de Emisión Factura o Cuenta de Cobro	Número de Factura o Cuenta de Cobro	Monto	Saldo Contrato
18/05/2022	DMH-178	42.029.357	79.283.211

Firma Supervisor:

Nombre del supervisor: JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ

(Supervisor o delegado autorizado por la interventoria en el Formato Registro de Interventoría)

DM Medical Healthcare
Nit:900.675.633-3

CERTIFICACIÓN APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El suscrito Representante Legal y Revisor Fiscal de la empresa, hacen saber que la empresa DM MEDICAL HEALTH CARE.S.A.S., identificada con Nit 900.675.633-3 ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Así mismo certifico que dicha obligación se ha venido cumpliendo durante los últimos seis (6) meses.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Se expide a los 11 días del mes de mayo de 2022.

Atentamente,

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3

ELIZABETH PATRICIA NIEBLES BARCELO
C.C.1.045.672.169 De Barranquilla
Representante Legal

DAVID VEGA ROMERO
Revisor Fiscal T.P 50315-T

COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	CORREO	CIUDAD - DEPARTAMENTO	CELULAR
NI 900675633	3	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS	B	0	CONTABILIDADDM2@GMAIL.COM	8-1	3012163499

NUMERO PLANILLA	23224522		
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	23224522		
PAGO HASTA	DÍAS DE MORA	VALOR MORA	TOTAL A PAGAR
2022-05-09	0	$0	$ 1.558.100

ENTIDAD	AFILIADOS	TOTALES
Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	2	$ 318.400
PORVENIR	3	$ 496.000
PROTECCION (ING+PROTECCION)	1	$ 160.000
Asociacion Mutual SER ESS EPS - MOV	1	$ 39.600
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 40.000
EPS SURA	4	$ 164.000
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	6	$ 96.500
Caja de Compensacion Familiar de Barranquilla COMBARRANQUILLA	6	$ 243.600
SENA	0	$ 0
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	0	$ 0
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA	0	$ 0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	$ 0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE APORTANTE	SUCURSAL	DIRECCIÓN	CIUDAD - DEPARTAMENTO	TELÉFONO
NI 900675633	3	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS	B	0	CARRERA 42F NO 75 75 LOCAL 1	8-1	3450414

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO ID	PLANILLA	TIPO	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	FECHA PAGO	BANCO	DÍAS MORA	VALOR
2022-04	2022-05	900675633	23224522	E	23224522	2022-05-04	BANCOLOMBIA	0	$ 1.558.100

RESUMEN DE PAGO									
ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR

ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3				6	$974.400	$0	$0	$0	$974.400
PORVENIR	230301	800224808	8	3	$496.000	$0	$0	$0	$496.000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	$160.000	$0	$0	$0	$160.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	2	$318.400	$0	$0	$0	$318.400
EPS(Administradoras: 3				6	$243.600	$0	$0	$0	$243.600
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	$40.000	$0	$0	$0	$40.000
EPS-S MUTUAL - MOV	ESSC07	806008394	7	1	$39.600	$0	$0	$0	$39.600
EPS SURA	EPS010	800088702	2	4	$164.000	$0	$0	$0	$164.000
ARL(Administradoras: 1				6	$96.500	$0	$0	$0	$96.500
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	6	$96.500	$0	$0	$0	$96.500
CCF(Administradoras: 1				6	$243.600	$0	$0	$0	$243.600
COMBARRANQUILLA	CCF06	890102002	2	6	$243.600	$0	$0	$0	$243.600
	TOTAL				$1.558.100	$0	$0	$0	$1.558.100

APOPAGOS s.a.
PAGADO