BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

AFE 1387

NIT: 830031943 -4

Responsable de IVA, Agente de retención en el impuesto de renta, Retenedor de ICA.

ACT ECO 4773: RETEFUENTE 2.5% ICA 4.14*1000
ACT ECO 3312 RETEFUENTE 4.0% ICA 9.66 * 1000

DIRECCION CLL 77 C N° 100 B 46 BOGOTA CEL 3123055157 Tel. 2279260 4423260 Email: bolivarbioingenieria@gmail.com

Adquiriente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO	Fecha	Forma y metodo de pago
Identific.	NIT 900959051-7 Tels:328 2828	Feb-10-2024	CREDITO CUENTAS POR COBRAR A
Direccion	AVENIDA CARACAS N° 33 A - 11 B/CENTRO Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.	Vencimiento	Vendedor
		Feb-10-2024	BOLIVAR

#	REF/COD.	DETALLE	%IVA	CANT.	SEDE	AREA	VR/UNIT	VR/TOTAL
1	R.ITEM39	SISTEMAS DE CONTROL INTELIGENTES EQUIPOS ESPECIALES	19	1.00	HS CLARA	LAB	720,000.00	720,000.00
2	R.ITEM7	GUSANILLOS	19	1.00	HS CLARA	FARMC	43,200.00	43,200.00
3	R.ITEM23	TARJETAS ELECTRONICAS DE PODER	19	1.00	HS CLARA	LAB	464,000.00	464,000.00

OBSERVACIONES: *CORRECTIVOS HOM H SANTA CLARA FEB 2024*
SEGUN FACTURA PROFORMA AFE 1387
CONTRATO 02-BS-060-2023

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E
Red Integrada de Servicios Centro Oriente
12 FEB 2024
Hospital Santa Clara
Almacén
RED

Recibí Marcela P. Escobar. 12-02-23.

Total items : 3

RECARGOS	DESCUENTOS	Tarifas de impuestos	Base	Impuesto	Subtot.	1,227,200.00
		IVA 19.00%	1,227,200	233,168	Iva/Inc	233,168.00
Representación grafica factura electrónica de venta. Fabricante software y proveedor tecnológico: SYSCAFE S.A.S. Nit: 900083058 Software: SYSCAFE. Habilitación DIAN No.18764060479949 de Nov-23-2023 Vigencia: 12 meses Vence: Nov-23-2024 Rango: AFE 1337-2000					TOTAL$	1,460,368.00

Son: UN MILLON CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS mcte.

- No somos grandes contribuyentes ni autoretenedores. - SOLO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES HASTA 5 DIAS DESPUES DE LA FECHA DE FACTURACION.
- Por favor consignar en la CUENTA CORRIENTE BANCO DE BOGOTA No. 275.000.115 y enviar el soporte de pago al correo electrónico, bolivarbioingenieria@gmail.com.
- La presente figura se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio según Articulo S.S.621 , 671, 772, 773, 774 del Código de Comercio. Vencido el plazo de pago se cobrará el interés mas alto permitido por la superintendencia y se iniciará el cobro por la via legal

Adriana M. Lugo L.
03 ABR 2024
CUENTAS POR PAGAR

CUFE: b2e31a03b437642dc60cb2703f1c7ab5317dde68f50b5372bf627101da9c75fbd779719f51d5301faf16def8b54794d7
Fecha generación: 2024-02-10T14:08:00 Fecha expedición: 2024-02-10T14:08:44 Elaboró: SUPERUSUARIO Pág: 1/1

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06
FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION:	**19**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-060-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**27/03/2024**	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	BOLÍVAR BIOINGENIERÍA LTDA	**NIT O C.C**	830.031.943-4	
Representante Legal:	SANDRA ROCIO CALDERON BOLIVAR	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	52.015.680
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, INCLUYENDO REPUESTOS, DE NEVERAS, CONGELADORES Y REFRIGERADORES PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO:**	LA SUBRED pagará a EL CONTRATISTA el valor del presente contrato a los **NOVENTA (90) días** siguientes a la aceptación de la factura y/o cuenta de cobro debidamente legalizada, acompañada de la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato y correspondiente certificación de pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Caja de Compensación Familiar, cuando a ello hubiere lugar.	

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL									**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 287.946.680,00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 71.986.670,00**	**Plazo**	**25/07/2023**	**24/01/2024**
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/2018**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1644	30/05/2023	**Registro Inicial**	26508	10/07/2023					
Disponibilidades Números de Adiciones	0		**Registros Presupuestales de Adiciones**	0		**Adición 1:**	$50.000.000	**Prórroga 1:**	25/01/2024	31/03/2024
	0			0		**Adición 2:**		**Prórroga 2:**		
	0			0		**Adición 3:**		**Prórroga 3:**		
	0			0		**Adición 4:**		**Prórroga 4:**		
	0			0		**Adición 5:**		**Prórroga 5:**		
						Valor Total:	**$ 121.986.670**	**Fecha Terminación actual:**		**31/03/2024**
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	MANTENIMIENTO ESE.			**Código(S) Rubro(S)**	4212020200803	**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**			

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
19	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, INCLUYENDO REPUESTOS, DE NEVERAS, CONGELADORES Y REFRIGERADORES PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	7ADM02	**Oportunidad de entrega**	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	**SI: X**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI: X**	**NO:**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06
FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION:	**19**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-060-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**27/03/2024**	

**** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.**

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	AFE 1247	19/09/2023		$ 666.400	$ 666.400	$ 71.320.270	0,55%	REPUESTOS
2	AFE 1248	19/09/2023		$ 456.960	$ 1.123.360	$ 70.863.310	0,92%	REPUESTOS
3	AFE 1249	19/09/2023		$ 456.960	$ 1.580.320	$ 70.406.350	1,30%	REPUESTOS
4	AFE 1250	19/09/2023		$ 2.328.592	$ 3.908.912	$ 68.077.758	3,20%	REPUESTOS
5	AFE 1252	19/09/2023		$ 2.567.068	$ 6.475.980	$ 65.510.690	5,31%	REPUESTOS
6	AFE 1280	13/10/2023	AGOSTO 2023	$ 32.891.600	$ 39.367.580	$ 32.619.090	32,27%	
7	AFE 1284	13/10/2023	SEPTIEMBRE 2023	$ 9.389.100	$ 48.756.680	$ 23.229.990	39,97%	
8	AFE 1286	17/10/2023	OCTUBRE DE 2023	$ 1.377.068	$ 50.133.748	$ 21.852.922	41,10%	REPUESTOS
9	AFE 1288	17/10/2023	OCTUBRE DE 2023	$ 1.123.360	$ 51.257.108	$ 20.729.562	42,02%	REPUESTOS
10	AFE 1289	17/10/2023	OCTUBRE DE 2023	$ 3.465.280	$ 54.722.388	$ 17.264.282	44,86%	REPUESTOS
11	AFE 1290	17/10/2023	OCTUBRE DE 2023	$ 416.500	$ 55.138.888	$ 16.847.782	45,20%	REPUESTOS
12	AFE 1317	03/11/2023	OCTUBRE DE 2023	$ 333.200	$ 55.472.088	$ 16.514.582	45,47%	Mto preventivo
13	AFE 1324	10/11/2023	NOVIEMBRE DE 2023	$ 2.516.136	$ 57.988.224	$ 13.998.446	47,54%	REPUESTOS
14	AFE 1325	10/11/2023	NOVIEMBRE DE 2023	$ 4.463.452	$ 62.451.676	$ 9.534.994	51,20%	REPUESTOS
15	AFE 1349	14/12/2023	NOVIEMBRE DE 2023	$ 357.000	$ 62.808.676	$ 9.177.994	51,49%	Mto preventivo
16	AFE 1351	14/12/2023	NOVIEMBRE DE 2023	$ 1.730.260	$ 64.538.936	$ 57.447.734	52,91%	REPUESTOS
17	AFE 1385	10/02/2024	Nov -Dic 2023 y Enero 2024	$ 9.219.644	$ 73.758.580	$ 48.228.090	60,46%	REPUESTOS
18	AFE 1386	10/02/2024	Nov -Dic 2023 y Enero 2024	$ 913.920	$ 74.672.500	$ 47.314.170	61,21%	REPUESTOS
19	AFE 1387	10/02/2024	Nov -Dic 2023 y Enero 2024	$ 1.460.368	$ 76.132.868	$ 45.853.802	62,41%	REPUESTOS
TOTAL				**$ 76.132.868**	**$ 76.132.868**	**$ 45.853.802**	**62,41%**	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

Que el proveedor realizó la entrega de los repuestos objeto del contrato según reporte y comprobante entrada almacén 74636 del 12/02/2024 en el Hospital Santa Clara de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E., de acuerdo a los reportes de servicio : 7409, 6837, 7879 avalado por el equipo de biomédica de la Subred quien a su vez es el apoyo técnico al contrato. De otra parte, presenta certificación de paz y salvo por el pago de los aportes al sistema de seguridad social expedida por el representante legal.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06
FECHA: 2021-04-08

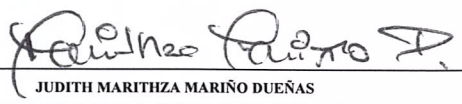
CERTIFICACION:	**19**	**INFORME PARCIAL:**	**X**	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-060-2023**	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	**27/03/2024**	

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	SETENTA Y SEIS MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS	$ 76.132.868
Saldo por ejecutar	CUARENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS	$ 45.853.802
Valor total certificado (Acumulado)	SETENTA Y SEIS MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS	$ 76.132.868

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
AFE 1387	10/02/2024
VALOR A PAGAR: SUMA DE LA(S) FACTURA(S) DEL PERIODO CERTIFICADO	**$ 1.460.368**
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Que el proveedor realizó la entrega de los repuestos objeto del contrato según reporte y comprobante entrada almacén 74636 del 12/02/2024 en el Hospital Santa Clara de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E., de acuerdo a los reportes de servicio : 7409, 6837, 7879 avalado por el equipo de biomédica de la Subred quien a su vez es el apoyo técnico al contrato. De otra parte, presenta certificación de paz y salvo por el pago de los aportes al sistema de seguridad social expedida por el representante legal.

ANEXOS: FACTURA AFE 1387, COMPROBANTE DE ENTRADA DE ALMACEN 74636 y anexo reportes, lista de chequeo cumplimiento obligaciones especificas, Certificación de cumplimiento aportes parafiscales expedido por el Representante legal y Planillas-.

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**
C.C. No.	C.C. No. 23810402 de Nobsa
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Codigo 219 Grado 27
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	**JUDITH MARITHZA MARIÑO DUEÑAS**
AREA DE UBICACIÓN	Dirección Administrativa
Correo Electronico:	enlaceadministrativo@subredcentrooriente.gov.co

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

No0000000074636

PROVEEDOR:	BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA	NIT:	830031943	FECHA:	12/02/2024 03:49 p. m
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)			ESTADO:	Contabilizado
DIRECCION:	CL 77 C N 100 B - 46 BRR VILLAS DEL MADRIGAL			MONEDA:	Pesos
TELEFONO:	7779760			TASA CAM:	0,00
N° FACTURA:	AFE1587	% ICA:	9,6000	PLAZO:	0
				FECHA FAC:	10/02/2024 12:00 a. m

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
132RM013001	SUSANILLOS (VALVULA)	UNIDAD	1,00	$ 43.200,00	$ 43.200,00	0,00	19,00
132RM013704	TARJETA ELECTRONICA	UNIDAD	1,00	$ 464.000,00	$ 464.000,00	0,00	19,00
132RM013003	SISTEMA DE CONTROL PARA EQUIPO INTELIGENTE	UNIDAD	1,00	$ 720.000,00	$ 720.000,00	0,00	19,00

DETALLE

CONTRATO 02-SSCO-2023, UNIDAD SANTA CLARA-BIOMEDICAL, SANTA LUCIA (TORRE)

SUBTOTAL:	$ 1.227.200,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 233.168,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 34.975,00
RETE ICA:	$ 11.855,00
RETE FUENTE:	$ 30.680,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.352.836,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/CTE

Daniela Almanza

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR

Adriana Moreno
Ing. Biomedica

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y ABASTECIMIENTOS
FORMATO LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ESPECÍFICAS CONTRACTUALES

CÓDIGO: AP-RF-FT-131
VERSIÓN: 01
FECHA: 2021-08-20

PROVEEDOR:	BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA	**CONTRATO No.**	02-BS-060-2023	**OBJETO DEL CONTRATO:**	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, INCLUYENDO REPUESTOS, DE NEVERAS, CONGELADORES Y REFRIGERADORES PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
PROCESO:	GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS Y ABSTECIMIENTO	**SUPERVISOR:**	Judith Marithza Mariño Dueñas	**FECHA INICIO CONTRATO:**	25/07/2023
FACTURA No.	**AFE 1387**	**APOYO TÉCNICO:**	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	26/03/2024

CRITERIO	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	CUMPLE		OBSERVACIONES Y/O COMPROMISOS
		SI	NO	
1	Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo en la Unidad correspondiente donde se encuentre ubicado el equipo de acuerdo al cronograma entregado por parte del proveedor y/o aprobado por la Subred.	X		Se efectua los mantenimientos correctivos a refrigeradores industriales, nevera horizontal, ubicados en el laboratorio clinico y farmacia del Hospital Santa Clara. Factura AFE 1387 de febrero de 2024.
2	Disponer del personal, vehículos y demás elementos necesarios para garantizar la prestación del servicio.	N.A	N.A	No aplica para el periodo actual.
3	Realizar el mantenimiento con la dotación respectiva (herramienta, uniforme, accesorios; elementos de protección personal, según la complejidad del servicio) y el carnet que lo identifique como funcionario de la empresa; deberá cumplir con todas las condiciones de seguridad y salud en el trabajo	X		El personal cuenta con la dotación e identificación de acuerdo a los lineamientos requeridos.
4	Realizar (mínimo 1 visita preventiva) mantenimiento preventivo semestrales y correctivos ilimitados requeridos por el supervisor o delegado del contrato	N/A	N/A	No aplica para el periodo facturado.
5	Entregar un cronograma de mantenimiento preventivo el cual debe ser aprobado por Ingeniería Biomédica de las unidades donde se encuentren los equipos.	N/A	N/A	No aplica para el periodo facturado.
6	Realizar las visitas de mantenimiento correctivo que sean solicitadas según el requerimiento de los ingenieros biomédicos de la Subred	X		Se efectua los mantenimientos correctivos a refrigeradores industriales, nevera horizontal, ubicados en el laboratorio clinico y farmacia del Hospital Santa Clara. Factura AFE 1387 de febrero de 2024.
7	Presentar informes mensuales de actividades realizadas, los 5 primeros días de cada mes discriminando: centro de atención, equipo, marca, modelo, serie, placa de inventario del equipo, el mantenimiento preventivo, correctivo o servicio técnico realizado.	X		Entrega Informe **Servicio Técnico equipos de Sistema de refrigeración Factura 1386 radicada en Almacen 74636** (reportes de servicios) discriminado con el centro de atención, equipo, marca, modelo, serie, placa de inventario.
8	Presentar los reportes de servicios totalmente diligenciados, aprobados por ingeniería biomédica de la unidad, legibles, digitalizados y archivados como soportes a la factura, los 5 primeros días del mes	X		Reportes de servicios 7409, 6837, 7879 aprobados por ingeniería biomédica de la subred.
9	Garantizar que el mantenimiento preventivo y/o correctivo sea realizado por el personal descrito en la oferta presentada y aceptada por las partes	X		Se cumple con la prestación del servicio de acuerdo a lo pactado en el contrato.
10	En caso de presentar cambio de personal avalado en el proceso de contratación, este debe ser evaluado previamente por el supervisor y el apoyo técnico del contrato; la persona nueva deberá presentar la hoja de vida con sus respectivos soportes (certificados laborales, cursos, tarjeta profesional y registro INVIMA).	N/A	N/A	No aplica para el periodo actual.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y ABASTECIMIENTOS** **FORMATO LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ESPECÍFICAS CONTRACTUALES**	**CÓDIGO: AP-RF-FT-131** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2021-08-20**

PROVEEDOR:	BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA	**CONTRATO No.**	02-BS-060-2023	**OBJETO DEL CONTRATO:**	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, INCLUYENDO REPUESTOS, DE NEVERAS, CONGELADORES Y REFRIGERADORES PARA LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
PROCESO:	GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS Y ABSTECIMIENTO	**SUPERVISOR:**	Judith Marithza Mariño Dueñas	**FECHA INICIO CONTRATO:**	25/07/2023
FACTURA No.	**AFE 1387**	**APOYO TÉCNICO:**	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	**FECHA DE REVISIÓN FACTURACIÓN:**	26/03/2024

11	Instalar sticker con la fecha del mantenimiento preventivo realizado y número consecutivo en cada uno de los equipos, en un material que garantice su permanencia en el equipo hasta su próximo mantenimiento.	N/A	N/A	No aplica para el periodo actual.
12	Solicitar autorización de los repuestos que sean requeridos y que no estén dentro del listado de repuestos y/o accesorios, estos podrán ser adicionados al contrato con la autorización previa del supervisor, la entrega de la cotización deberá ser aprobada por el supervisor del contrato, y autorizada por el Ordenador del Gasto, mediante Otrosí Modificatorio correspondiente, el cual deberá ser suscrito por las partes, presentando la ficha técnicas si se requiere, NO SE ACEPTAN REPUESTOS REMANUFACTURADOS.	N/A	N/A	No aplica para el periodo actual.
13	Entregar informe de fábrica con la justificación técnica al líder de ingeniería biomédica y al supervisor en caso de existir repuestos y/o accesorios que por obsolescencia de los equipos no sean comerciables.	N/A	N/A	No aplica para el periodo actual.
14	Prestar servicio técnico las 24 horas del día, los siete días de la semana, con una respuesta a la solicitud de servicio de 3 horas máximo	X		Se cumple con la prestación del servicio de acuerdo a lo pactado en el contrato.
15	Realizar las capacitaciones de manejo y uso de los equipos al personal asistencial y de ingeniería biomédica requeridas por el supervisor o delegado del mismo durante la vigencia del contrato.	N/A	N/A	No aplica para el periodo actual.
16	Garantizar el stock de los repuestos requeridos para los equipos durante la vigencia del contrato	X		Se cumple con la prestación del servicio de acuerdo a lo pactado en el contrato.

ELABORADO POR	
NOMBRE:	Marcela Fernanda Escobar
C.C.	26433413
CARGO:	Apoyo Administrativo
FIRMA:	Marcela F. Escobar
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

VERIFICADO POR	
NOMBRE:	Adriana Marcela Verano Vargas
C.C.	1026555096
CARGO:	Ingeniera Biomédica
FIRMA:	Adriana Verano
SUBPROCESO:	GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA

RECIBIDO POR	
NOMBRE:	Judith Marithza Mariño Dueñas
C.C.	23810402
CARGO:	Supervisor
FIRMA:	Judith M.
FECHA Y HORA:	27/03/2024

BOLIVAR
bioingeniería ltda
soluciones tecnológicas al servicio de la salud

FACTURA PROFORMA CORRECTIVOS AFE 1387

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

SERVICIO TECNICO EQUIPOS SISTEMA DE REFRIGERACION

CONTRATO 02-BS-060-2023

ITEM	Sede	Area Servicio	ID Equipo	Tipo Equipo	MARCA	Modelo	Serial	REPUESTO	ITEM CONTRATO	V. UNITARIO	Numero Reporte
1	H SANTA CLARA	LABORATORIO CLINICO	2542	REFRIGERADOR INDUSTRIAL 1 PUERTA	ULTRA-LAB	ULTRA-LAB	02-03-18-HR	SISTEMAS DE CONTROL INTELIGENTES EQUIPOS ESPECIALES	39	720.000	7409
2	HOSPITAL SANTA CLARA	FARMACIA CENTRAL	2549	REFRIGERADOR INDUSTRIAL 1 PUERTA	ULTRA-LAB	NT	PLACA INV MUE 000098	GUSANILLO	7	43.200	6837
3	H SANTA CLARA	LABORATORIO CLINICO	2598	NEVERA HORIZONTAL	ULTRA-LAB	ULTRA-LAB	XXI-02VR20200810-V	Tarjeta electronica de poder	23	464.000	7879
								SUB TOTAL		**1.227.200**	
								IVA 19%		**233.168**	
								TOTAL		**1.460.368**	

BOLIVAR bioingeniería LTDA	REPORTE DE SERVICIO E0	Versión 1
		NOVIEMBRE 2019
		BB-ING-E0
		PAGINA 1 DE 2

REPORTE DE SERVICIO No.	7409	Fecha de servicio	31-ene-24

INFORMACION DEL CLIENTE

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Direccion	Cra. 14b #1-45 sur, Antonio Nariño	Sede	HOSPITAL SANTA CLARA
Nit o CC	900959051-7	Profesional responsable	Ing Yésica Beatriz Calcedo	Ciudad	BOGOTA D.C
E-Mail	biomedicasantaclara@subredcentrooriente.gov.co	Telefono		Movil	3142756524

INFORMACION EQUIPO

Equipo	REFRIGERADOR INDUSTRIAL 1 PUERTA	Marca	ULTRA-LAB	Modelo	ULTRA-LAB	Serie	02-03-18-HR
Placa inventario	MED001171	CODIGO CLIENTE	SCLARA24	AREA SERVICIO	LABORATORIO CLINICO		

CARACTERISTICAS TECNICAS DEL EQUIPO

Tecnologia Predominante	ELECTROTERMICA			Uso	SISTEMA DE REFRIGERACION	clasificacion del Dispositivo Medico segun el Riesgo						I	
Alimentacion Electrica	AC	Voltaje	110v	v	Wattios	0	W	Amperaje	0	A	Frecuencia	50/60	Hz

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL EQUIPO

Tipo de Servicio	Preventivo:		V. Metrologica		Diagnostico	
	Correctivo	X	Garantia		Control	

Falla Reportada:

VERIFICACIONES AL INGRESO

CONCEPTO	APLICA	CONFORME	NO CONFORME	OBSERVACIONES
Estado de estructura física del equipo	X		X	Sin vidrio externo de puerta
Estado operativo del equipo	X	X		
Verificacion de temperatura	X	X		
ACCESORIOS	**APLICA**	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**OBSERVACIONES**
Controlador Electrónico	X	X		
Termohigrometro	X	X		
Termometro de nevera MAX Y MIN	X	X		

DIAGNOSTICO

Fallo en sistemas de control inteligentes.

REPUESTOS UTILIZADOS

Sistema de control inteligente en equipos especiales (item 39)

ACLARACION DEL PROCESO

Se realiza instalación de Sistema de control inteligente en equipos especiales, quedando el equipo apto para su funcionamineto.

RESULTADO A LA ENTREGA

ESTADO DE ENTREGA DEL EQUIPO	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	X	ORDEN DE TRABAJO	2316
	EQUIPO NO APTO PARA EL SERVICIO		CODIGO INTERNO	2542

OBSERVACIONES	
GARANTIA	LA GARANTIA SOBRE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS SERÁ POR EVENTUALIDADES GENERADAS DURANTE EL PROCESO, LAS CUALES DEBERAN SER REPORTADAS DURANTE LOS SIGUIENTES 8 DIAS CALENDARIO DESPUES DE REALIZADO EL MANTENIMIENTO. NO APLICA PARA FALLAS PROPIAS DEL EQUIPO O MAL MANEJO DEL MISMO, EN PROCESOS CORRECTIVOS, BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA GARANTIZARA LOS REPUESTOS DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS DIRECTAMENTE POR EL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

NOMBRE QUIEN RECIBE	ELMY BARANDICA SALAS	No.C.C.	44205268	CARGO	Bacteriologa

INGENIERO DE SERVICIO	PROFESIONAL RESPONSABLE	FIRMA QUIEN RECIBE
ROBINZON GONZALEZ	Ing Yésica Beatriz Calcedo	
	Yesica Calcedo	

	REPORTE DE SERVICIO E0	Versión 1 NOVIEMBRE 2019 UB-ING-E0 PAGINA 1 DE 2

REPORTE DE SERVICIO No.	6837	Fecha de servicio	9-feb-24

INFORMACION DEL CLIENTE

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Direccion	Cra. 14b #1-45 sur, Antonio Nariño	Sede	HOSPITAL SANTA CLARA
Nit o CC	900959051-7	Profesional responsable	Ing Yésica Beatriz Calcedo	Ciudad	BOGOTA D.C
E-Mail	biomedicasantaclara@subredcentroriente.gov.co	Telefono		Movil	3142756524

INFORMACION EQUIPO

Equipo	REFRIGERADOR INDUSTRIAL 1 PUERTA	Marca	ULTRA-LAB	Modelo	NT	Serie	NT
Placa inventario	MUE000098	CODIGO CLIENTE	SCLARA10	AREA SERVICIO	FARMACIA CENTRAL		

CARACTERISTICAS TECNICAS DEL EQUIPO

Tecnologia Predominante	ELECTROTERMICA		Uso	SISTEMA DE REFRIGERACIO	clasificacion del Dispositivo Medico según el Riesgo							I		
Alimentacion Electrica	AC	Voltaje	110v	v	Vatios	0	W	Amperaje	0	A	Frecuencia	50/60	Hz	

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL EQUIPO

Tipo de Servicio							
	Preventivo:		V. Metrologica		Diagnostico		
	Correctivo	X	Garantia		Control		

Falla Reportada: Equipo no enciende

VERIFICACIONES AL INGRESO

CONCEPTO	APLICA	CONFORME	NO CONFORME	OBSERVACIONES
Estado de estructura física del equipo	x		x	FALTAN RUEDAS
Estado operativo del equipo	x		x	NO ENCIENDE
Verificación de temperatura	x		x	NO ESTA EN FUNCIONAMIENTO
ACCESORIOS	**APLICA**	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**OBSERVACIONES**
Controlador Electrónico	x	x		
Termometro de nevera MAX Y MIN	x	x		

DIAGNOSTICO

No llega corriente al compresor
Fallo en gusanillo

REPUESTOS UTILIZADOS

1. Se cambió línea de salida de corriente al compresor.
2. Instalación de gusanillo (item 7).

ACLARACION DEL PROCESO

CORRECTIVO: El equipo inicialmente no enciende debido a que presenta corto en una de las líneas del contactor la cual alimenta el compresor, se cambia el cableado a una línea libre del contactor quedendo el equipo funcionando correctamente.
Se instala gusanillo.

RESULTADO A LA ENTREGA

ESTADO DE ENTREGA DEL EQUIPO	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	X	ORDEN DE TRABAJO	2028
	EQUIPO NO APTO PARA EL SERVICIO		CODIGO INTERNO	2549

OBSERVACIONES

GARANTIA LA GARANTIA SOBRE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS SERA POR EVENTUALIDADES GENERADAS DURANTE EL PROCESO, LAS CUALES DEBERAN SER REPORTADAS DURANTE LOS PRIMEROS 5 DIAS CALENDARIO DESPUES DE REALIZADO EL MANTENIMIENTO. NO APLICA PARA FALLAS PROPIAS DEL EQUIPO O MAL MANEJO DEL MISMO, EN PROCESOS CORRECTIVOS, SI LA NO CONFORMIDAD PERSISTE LA GARANTIZADA LOS REPUESTOS DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS DIRECTAMENTE POR EL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

NOMBRE QUIEN RECIBE	Sandra Progaive	No.C.C.	52183709	CARGO	Regente
INGENIERO DE SERVICIO		PROFESIONAL RESPONSABLE		FIRMA QUIEN RECIBE	
ROBINZON GONZALEZ		Ing Yésica Beatriz Calcedo			
		Yesica Calcedo			

BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA	REPORTE DE SERVICIO E0	Versión 1 NOVIEMBRE 2019 BB-ING-E0 PAGINA 1 DE 2

REPORTE DE SERVICIO No.	7879	Fecha de servicio	31-ene-24

INFORMACION DEL CLIENTE

Cliente	-SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		Direccion	Cra. 14b #1-45 sur, Antonio Nariño	Sede	HOSPITAL SANTA CLARA	
Nit o CC	900959051-7	Profesional responsable		Ing Yésica Beatriz Caicedo	Ciudad	BOGOTA D.C	
E-Mail	biomedicasantaclara@subredcentrooriente.gov.co		Telefono		Movil	3142756524	

INFORMACION EQUIPO

Equipo	REFRIGERADOR INDUSTRIAL 1 PUERTA	Marca	ULTRA-LAB	Modelo	ULTRA-LAB	Serie	XXI-02VR20200810-V
Placa Inventario	MED001169	CODIGO CLIENTE	MED001169	AREA SERVICIO	LABORATORIO CLINICO		

CARACTERISTICAS TECNICAS DEL EQUIPO

Tecnologia Predominante	ELECTROTERMICA			Uso	SISTEMA DE REFRIGERACION	clasificacion del Dispositivo Medico según el Riesgo						I	
Alimentacion Electrica	AC	Voltaje	110v	v	Wattios	0	W	Amperaje	0	A	Frecuencia	50/60	Hz

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL EQUIPO

Tipo de Servicio						
	Preventivo:		V. Metrologica		Diagnostico	
	Correctivo	X	Garantia		Control	

Falla Reportada:

VERIFICACIONES AL INGRESO

CONCEPTO	APLICA	CONFORME	NO CONFORME	OBSERVACIONES
Estado de estructura física del equipo	X	X		
Estado operativo del equipo	X	X		
Verificacion de temperatura	X	X		
ACCESORIOS	APLICA	CONFORME	NO CONFORME	OBSERVACIONES
Controlador Electrónico	X	X		
Termohigrometro	X	X		
Termometro de nevera MAX Y MIN	X	X		

DIAGNOSTICO

Falla en tarjeta electronica de poder.

REPUESTOS UTILIZADOS

Tarjeta electronica de poder (item 23).

ACLARACION DEL PROCESO

Se instala tarjeta electronica de poder nueva y el equipo queda funcionando adecuadamente.

RESULTADO A LA ENTREGA

ESTADO DE ENTREGA DEL EQUIPO	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	X	ORDEN DE TRABAJO	2562
	EQUIPO NO APTO PARA EL SERVICIO		CODIGO INTERNO	2888

OBSERVACIONES	
GARANTIA	LA GARANTIA SOBRE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS SERÁ POR EVENTUALIDADES GENERADAS DURANTE EL PROCESO, LAS CUALES DEBERAN SER REPORTADAS DURANTE LOS SIGUIENTES 5 DIAS CALENDARIO DESPUES DE REALIZADO EL MANTENIMIENTO. NO APLICA PARA FALLAS PROPIAS DEL EQUIPO O MAL MANEJO DEL MISMO, EN PROCESOS CORRECTIVOS, BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA GARANTIZARA LOS REPUESTOS DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS DIRECTAMENTE POR EL FABRICANTE DE LOS MISMOS.

NOMBRE QUIEN RECIBE	Ana Mile Montealegre	No.C.C.	1030826086	CARGO	Aux. Area Salud

INGENIERO DE SERVICIO	PROFESIONAL RESPONSABLE	FIRMA QUIEN RECIBE
ROBINZON GONZALEZ	Ing Yésica Beatriz Caicedo	
	Yesica Caicedo	

BOLIVAR
BIOINGENIERIA LTDA
SOLUCIONES TECNOLOGICAS AL SERVICIO DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo **SANDRA ROCÍO BOLÍVAR CALDERÓN** identificado con la cedula de ciudadanía **Nº 52015680** expedida en Bogotá, en mi condición de representante legal, de la empresa **BOLÍVAR BIOINGENIERÍA LTDA.** Con NIT **Nº 830.031.943-4** en cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, en concordancia con el artículo 1º. De la ley 828 de 2003, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido en los últimos 6 meses y hasta la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes correspondientes a sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a paz y salvo, con la empresa promotora de salud (EPS), fondo de pensiones, administradora de riesgo laboral (ARL), caja de compensación familiar.
Y que de acuerdo a la ley 1819 de 2016 ARTICULO 65 adicionando el articulo 114-1 nuestra empresa se encuentra exonerada de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud por parte del empleador.

Se expide a los 12 días del mes de Febrero del 2024.

Firma
SANDRA ROCIO BOLIVAR CALDERON
CC 52015680 de Bogotá
Representante legal

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830031943-4	BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA		CL 77C 100B 46	2279260	boliverbioingenieria@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	08/02/2024	74293021	$3.780.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	72.000	0		0		0	0	0	0	72.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	72.000	0		0		0	0	0	0	72.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	292.000	0		0		0	0	0	0	292.000	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	784.000	0	0	0	0	0	0		784.000	3
230301	Porvenir	800224808-6	416.000	0	0	0	0	0	0		416.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.168.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.228.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	168.100				168.100	0	0	168.100			1.681	168.100	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	592.000	0	0	592.000	7

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830031943-4	BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA	CL 77C 100B 46	2279280	bolivarbioingenieria@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	08/02/2024	74293021	$3.780.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	592.000	592.000
Pensión	3	2.428.000	2.428.000
Riesgos Laborales	1	168.100	168.100
CCF	1	592.000	592.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	3.780.100	3.780.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830031943-4	BOLIVAR BIOINGENIERIA LTDA	CL 77C 100B 46	2279260	bolivarbioingenieria@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
2024-02	2024-01	E	06/02/2024	74293021	TOTAL A PAGAR	
					$3.780.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	IGE	IGT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	PRP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1004565949	MURILLO RENDON STIVEN	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	1015441885	ESPEJO SOSSA TATIANA PAOLA	1	0			S																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS002	1.800.000	72.000	14-25	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
3	CC	1032378749	VILLARRAGA MURCIA JHON JAIRO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	11350108	GONZALEZ GONZALEZ ROBINZON GEOVANI	1	0			S																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-25	1.800.000	3	43.900	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
5	CC	52015680	BOLIVAR CALDERON SANDRA ROCIO	1	0			S																	25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS006	6.000.000	240.000	14-25	6.000.000	2	62.700	CCF24	6.000.000	240.000	0	0	0	0	0
6	CC	52074223	MONRO Y GARCIA CLAUDIA CRISTINA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS006	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
7	CC	79217581	FERRUCHO FERRUCHO MAICOL YUNIOR	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información