***EL JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICODEL HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO E.S.E***

**C E R T I F I C A QUE:**

**ESTACION SERVINARE E.U.**, **NIT. No. 844.003.030-7**, representada legalmente por la Sra. **DORA ANGELICA ACOSTA RAMIREZ**, Identificada con cédula de ciudadanía número 35.196.856 expedida en Chía, como Contratista, ha cumplido con el objeto del **CONTRATO DE SUMINISTRO No. 172 DEL 06 DE FEBRERO DE 2025**, para lo cual anexó factura de venta, relación de recibos de combustible y los pagos al sistema de seguridad social en salud mes de noviembre de 2025, pensión y ARL correspondiente al mes de octubre de 2025.

| | |
|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | **CONTRATO DE SUMINISTRO No. 172 DEL 06 DE FEBRERO DE 2025.** |
| **CONTRATANTE:** | HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO E.S.E. |
| **CONTRATISTA:** | **ESTACION SERVINARE E.U.** |
| **NIT. No.** | 844.003.030-7 |
| **R/L** | **DORA ANGELICA ACOSTA RAMIREZ** |
| **C.C. No.** | 35.196.856 EXPEDIDA EN CHIA |
| **OBJETO:** | **SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE TIPO A.C.P.M, GASOLINA, LUBRICANTES Y ACEITES PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PARQUE AUTOMOTOR, PLANTAS ELÉCTRICAS Y DEMÁS HERRAMIENTAS DEL HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO E.S.E** |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | **TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($36.000.000.00)** |
| **VALOR DEL ADICIONAL** | **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 18.000.000.00)** |
| **FORMA DE PAGO INICIAL:** | EL HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO ESE PAGARÁ EL VALOR DEL CONTRATO POR MEDIO DE ACTAS PARCIALES MENSUALES, EL CUAL SERÁ EL RESULTADO DE MULTIPLICAR EL NÚMERO DE GALONES DE COMBUSTIBLE SUMINISTRADO POR EL VALOR DE CADA UNO DE ELLOS, LO CUAL DEBE IR SOPORTADO POR 1. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCIÓN QUE SE HAYAN SUSCRITO ENTRE EL SUPERVISOR Y CONTRATISTA. 2. FACTURA SI POR LEY ESTÁ OBLIGADO A ELLO 3. CERTIFICACIÓN DE PAGO DE COTIZACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. 4. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDA POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO.5. PARA EL ÚLTIMO PAGO, SE REQUIERE LA SUSCRIPCIÓN DE ACTA DE LIQUIDACIÓN.<br><br>LOS PAGOS SERÁN CANCELADOS POR MEDIO DE LA TESORERÍA, EN PESOS COLOMBIANOS, O A TRAVÉS DE CONSIGNACIÓN EN CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS QUE EL CONTRATISTA SEÑALE, O EN FORMA DIRECTA A TRAVÉS DE CHEQUE, 30 DÍAS DESPUÉS DE LA RADICACIÓN DE LA FACTURA.<br><br>NOTA: SIN EL CUMPLIMIENTO DE TALES REQUISITOS, LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE SE ENTENDERÁ COMO NO PRESENTADA. SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, PARA EFECTOS DE LOS DESEMBOLSOS SE DEBERÁ VERIFICAR EL VALOR POR ÍTEM DE LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CONTRA LOS VALORES UNITARIOS OFRECIDOS POR EL CONTRATISTA REFLEJADO EN SU OFERTA ECONÓMICA, MONTOS QUE NO |

| | |
|---|---|
| | PODRÁN SER SUPERIORES A LO OFRECIDO POR EL CONTRATISTA.<br><br>NOTA 2: SERÁN DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE LOS ERRORES OMISIONES EN QUE INCURRA AL INDICAR EL VALOR DE SU PROPUESTA, DEBIENDO ASUMIR LOS MAYORES COSTOS Y/O PÉRDIDAS QUE SE DERIVEN DE DICHOS ERRORES OMISIONES, SIN QUE POR ESTA RAZÓN HAYA LUGAR ALEGAR RUPTURA DEL EQUILIBRIO CONTRACTUAL. |
| **FORMA DE PAGO ADICIONAL N°1** | EL HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO ESE PAGARÁ EL VALOR DEL CONTRATO POR MEDIO DE ACTAS PARCIALES MENSUALES, EL CUAL SERÁ EL RESULTADO DE MULTIPLICAR EL NÚMERO DE GALONES DE COMBUSTIBLE SUMINISTRADO POR EL VALOR DE CADA UNO DE ELLOS, LO CUAL DEBE IR SOPORTADO POR 1. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCIÓN QUE SE HAYAN SUSCRITO ENTRE EL SUPERVISOR Y CONTRATISTA. 2. FACTURA SI POR LEY ESTÁ OBLIGADO A ELLO 3. CERTIFICACIÓN DE PAGO DE COTIZACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. 4. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDA POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO.5. PARA EL ÚLTIMO PAGO, SE REQUIERE LA SUSCRIPCIÓN DE ACTA DE LIQUIDACIÓN.<br><br>LOS PAGOS SERÁN CANCELADOS POR MEDIO DE LA TESORERÍA, EN PESOS COLOMBIANOS, O A TRAVÉS DE CONSIGNACIÓN EN CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS QUE EL CONTRATISTA SEÑALE, O EN FORMA DIRECTA A TRAVÉS DE CHEQUE, 30 DÍAS DESPUÉS DE LA RADICACIÓN DE LA FACTURA.<br><br>NOTA: SIN EL CUMPLIMIENTO DE TALES REQUISITOS, LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE SE ENTENDERÁ COMO NO PRESENTADA. SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, PARA EFECTOS DE LOS DESEMBOLSOS SE DEBERÁ VERIFICAR EL VALOR POR ÍTEM DE LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE CONTRA LOS VALORES UNITARIOS OFRECIDOS POR EL CONTRATISTA REFLEJADO EN SU OFERTA ECONÓMICA, MONTOS QUE NO PODRÁN SER SUPERIORES A LO OFRECIDO POR EL CONTRATISTA.<br><br>NOTA 2: SERÁN DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PROPONENTE LOS ERRORES OMISIONES EN QUE INCURRA AL INDICAR EL VALOR DE SU PROPUESTA, DEBIENDO ASUMIR LOS MAYORES COSTOS Y/O PÉRDIDAS QUE SE DERIVEN DE DICHOS ERRORES OMISIONES, SIN QUE POR ESTA RAZÓN HAYA LUGAR ALEGAR RUPTURA DEL EQUILIBRIO CONTRACTUAL. |
| **SUPERVISOR:** | JEFE DE OFICINA DE GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLOGICO. |
| **PLAZO INICIAL:** | **DIEZ 10 MESES Y/O HASTA AGOTAR RECURSOS** |
| **PRORROGA N°1:** | **UN (01) MES Y/O HASTA AGOTAR RECURSOS** |
| **FECHA DE INICIO:** | DIEZ (10) DE FEBRERO DE 2025. |
| **FECHA DE FINALIZACIÒN INICIAL:** | NUEVE (09) DE DICIEMBRE DE 2025. |
| **FECHA DE** | NUEVE (09) DE ENERO DE 2026. |

<table>
<tr><td>FINALIZACIÒN FINAL:</td><td></td></tr>
<tr><td>N° DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:</td><td>No. PDI - 192 – 27 DE ENERO DE 2025</td></tr>
<tr><td>N° DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL ADICIONAL:</td><td>No. PDI - 980 – 08 DE SEPTIEMBRE DE 2025</td></tr>
<tr><td>N° REGISTRO PRESUPUESTAL:</td><td>PR – 191 – 06 DE FEBRERO DE 2025</td></tr>
<tr><td>N° REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL:</td><td>PR – 982 – 16 DE SEPTIEMBRE DE 2025</td></tr>
<tr><td>No. DE PÒLIZA:</td><td>
<table>
<tr><th colspan="6">DESCRIPCION DE AMPAROS</th></tr>
<tr><th rowspan="2">COMPAÑIA</th><th rowspan="2">POLIZA Y CERT. Nº</th><th rowspan="2">AMPARO</th><th colspan="2">VIGENCIA</th><th rowspan="2">SUMA ASEGURADA $</th></tr>
<tr><th>DESDE</th><th>HASTA</th></tr>
<tr><td rowspan="2">ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA</td><td rowspan="2">625-47-994000001483 ANEXO: 0</td><td>CUMPLIMIENTO</td><td>06/02/2025</td><td>15/06/2026</td><td>$3.600.000,00</td></tr>
<tr><td>CALIDAD DEL BIEN</td><td>06/02/2025</td><td>15/06/2026</td><td>$3.600.000,00</td></tr>
</table>
ADICIONAL N°1
<table>
<tr><th colspan="6">DESCRIPCION DE AMPAROS</th></tr>
<tr><th rowspan="2">COMPAÑIA</th><th rowspan="2">POLIZA Y CERT. Nº</th><th rowspan="2">AMPARO</th><th colspan="2">VIGENCIA</th><th rowspan="2">SUMA ASEGURADA $</th></tr>
<tr><th>DESDE</th><th>HASTA</th></tr>
<tr><td rowspan="2">ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA</td><td rowspan="2">625-47-994000001483 ANEXO: 2</td><td>CUMPLIMIENTO</td><td>10/02/2025</td><td>19/06/2026</td><td>$5.400.000,00</td></tr>
<tr><td>CALIDAD DEL BIEN</td><td>10/02/2025</td><td>19/06/2026</td><td>$5.400.000,00</td></tr>
</table>
AMPAROS DE PRORROGA N°1
<table>
<tr><th colspan="6">DESCRIPCION DE AMPAROS</th></tr>
<tr><th rowspan="2">COMPAÑIA</th><th rowspan="2">POLIZA Y CERT. Nº</th><th rowspan="2">AMPARO</th><th colspan="2">VIGENCIA</th><th rowspan="2">SUMA ASEGURADA $</th></tr>
<tr><th>DESDE</th><th>HASTA</th></tr>
<tr><td rowspan="2">ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA</td><td rowspan="2">625-47-994000001483 ANEXO: 3</td><td>CUMPLIMIENTO</td><td>19/06/2026</td><td>23/07/2026</td><td>$5.400.000,00</td></tr>
<tr><td>CALIDAD DEL BIEN</td><td>19/06/2026</td><td>23/07/2026</td><td>$5.400.000,00</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>VALOR A CANCELAR PRESENTE ACTA:</td><td>CINCO MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE ($ 5.057.716.00)</td></tr>
<tr><td>NÚMERO DE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL</td><td>9494674351 - 9496624328</td></tr>
</table>

- **SOPORTES DE FACTURACIÓN.**

Que en cumplimiento de lo previsto en la Cláusula Sexta – FORMA DE PAGO el contratista allega la relación de facturación de los productos suministrados como se indica a continuación:

| DESCRIPCIÓN | FECHA | VALOR |
|---|---|---|
| FACTURA No. SER - 48116 | 17/12/2025 | $ 5.057.716.00 |

- **APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

EL CONTRATISTA, soportado a través de las planillas de pago los aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales según corresponde a los periodos discriminados de la siguiente forma:

| PLANILLA NO. | PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN, ARL Y PARAFISCALES (SI APLICA) |
|---|---|---|
| **9494674351** | 2025-11 | 2025-10 |
| **9496624328** | 2025-12 | 2025-11 |

Pagos efectuados por medio del operador Aportes en Línea, donde el contador público **EDGAR OMAR GONZALES ROSAS,** certifica que **ESTACION SERVINARE E.U.**, **NIT. No. 844.003.030-7**. Se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales, acompañada de copia de la T.P. No. 41691-T y antecedentes disciplinarios expedidos por la Junta Central de Contadores de fecha 17 de diciembre de 2025.

El supervisor certifica que las actividades asignadas al contratista, fueron ejecutadas a satisfacción y de conformidad con lo estipulado en el contrato. Del periodo comprendido entre el **10 de noviembre del 2025 al 09 de diciembre del 2025.**

La presente se expide a solicitud del interesado, a los 23 DIC 2025, para efectos de cobro del servicio.

**JONNATHAN YAMIR AREVALO FRANCO**
Jefe de la Oficina de Gestión del
Ambiente Físico y Tecnológico
Supervisor