

Al contestar, cite este número

Radicado N° 2024329032477773: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMBUG-CX- 29.57

Bucaramanga, Santander 05 de diciembre de 2024

Señor Mayor

**DIEGO ANDRES BONILLA CASTAÑEDA**

Subdirector Administrativo y Financiera DMBUG

Av. Quebrada seca # 33ª-207 Cantón Militar Palo Negro

Bucaramanga, Santander

ASUNTO: INFORME DE SUPERVISION N° 01 – 325-DIGSA/DMBUG-2024

**I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

CONTRATO No.	CONTRATO N°. 325-DIGSA/DMBUG-2024
CDP No.	41624 de fecha 07 de febrero de 2024
CRP No.	51224 28/05/2024
OBJETO	SUMINISTRO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS QUIRÚRGICOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, PRODUCTOS NECESARIOS Y SOPORTE TECNICO PARA LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA, PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, VIGENCIA 2024
CANTIDAD	NO APLICA
NOMBRE DEL CONTRATISTA	<b>HUALO Y CIA LIMITADA</b>
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	24-05-2024
VALOR INICIAL DE CONTRATO	DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS (\$19.545.000.00)
FORMA DE PAGO	<p>El DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, cancelará al contratista el valor del presente contrato hasta por la suma de DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS (\$19.545.000.00) el cual se pagará mediante pagos parciales, de acuerdo con la facturación (FISICA Y ELECTRONICA, TENER PRESENTE CIRCULAR EXTERNA 020 DEL 12 DE ABRIL DEL 2021 EMITIDA POR MINHACIENDA LA CUAL SERA OBLIGATORIO), causada en proporción a la ejecución del contrato. Pagos que se abonaran a la cuenta CORRIENTE No 00130197000100042013 de la entidad Bancaria BBVA cuyo titular es HUALO Y CIA LIMITADA pagos que se cancelarán dentro de los sesenta (60) días calendario, siguientes al recibo a satisfacción de los bienes y visto bueno del supervisor del contrato de acuerdo a disponibilidad presupuestal y llene los requisitos que a continuación se mencionan:</p> <p>a- Recepción a satisfacción de los bienes, certificación que debe ser expedida por parte del DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA. Este requisito debe ser plasmado en un informe debidamente suscrito por el supervisor del Contrato.</p> <p>b. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (Asignación cupo PAC).</p> <p>c. Que se ejecuten los demás trámites administrativos</p>

**PATRIA HONOR LEALTAD**

	correspondientes. d. Verificación por parte del DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar.
FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES	20/11/2024
LUGAR DE ENTREGA	Salas de cirugía del Dispensario Médico de Bucaramanga. Así mismo se compromete a efectuar la entrega de los insumos sin generar ningún tipo de incrementos o cobros adicionales por el transporte de los elementos.
CONTRATOS MODIFICATORIOS O ADICIONALES	OMITIDO
ACTAS PARA PAGO	2024329032477773 DMBUG
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SMSM. ALEXANDRA ANGARITA SERRANO

## II. APROBACION POLIZA

Por encontrarse la Garantía Única de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7° de la ley 1150 de 2007 y en los artículos 5.1.11° y 5.1.12° del Decreto 0734 de 2012, , fue aprobada póliza de responsabilidad civil de cumplimiento N° 0964377-8 Aseguradora SURAMERICANA y póliza de garantía única de cumplimiento No. 3930987-5 Aseguradora SURAMERICANA que cubre los riesgos de:

RIESGO ASEGURADO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA
RESPONSABILIDAD CIVIL DE CUMPLIMIENTO	\$ 260.000.000	24/05/2024 AL 30/11/2024
GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO	\$ 8.795.250	24/05/2024 AL 30/11/2024

Aprobada por el Ordenador del Gasto con fecha de 07 DE NOVIEMBRE DE 2023

## III. MODIFICATORIOS Y/O ADICIONALES

OMITIDO

## IV. SERVICIOS O BIENES RECIBIDOS A LA FECHA

Mediante la factura que a continuación se relacionan entregó dentro del plazo establecido en el Contrato, **AL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL- DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA** y SUS ESM Centralizados los bienes y/o servicios objeto del contrato, los cuales se recibieron a satisfacción.

## V. PEDIDOS EFECTUADOS

primer pago

UNIDAD	FACTURA	VALOR
DMBUG	FE 5486- FE 5485- NOTA CREDITO N°2148	\$19.554.340,00
<b>TOTAL</b>		\$19.554.340,00

## VI. BALANCE DEL CONTRATO

VALOR TOTAL CONTRATO INICIAL	\$19.554.340,00	
VALOR TOTAL DE LA ADICIÓN	\$00	
VALOR TOTAL VIGENCIA FUTURA	\$00	
VALOR TOTAL A CANCELAR (PRIMER PAGO)		\$19.545.000,00
VALOR NOTA CREDITO	-\$9.340,00	
VALOR TOTAL PENDIENTE POR CANCELAR		

## **PATRIA HONOR LEALTAD**

Dirección de la dependencia/unidad militar  
Ciudad o municipio - Depto.  
Correo institucional de la dependencia/unidad militar - [www.ejercito.mil.co](http://www.ejercito.mil.co)



Radicado N° 2024329032477773 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-DMBUG-CX-29.57

TOTAL DEL CONTRATO	\$ 19.545.000,00	\$ 19.545.000,00
--------------------	------------------	------------------

#### VII. NIVEL DE EJECUCION Y AVANCE DEL CONTRATO

% EJECUCION FINANCIERA CANCELADO	% EJECUCION FINANCIERA CANCELAR	% EJECUCION PENDIENTE POR EJECUTAR
00%	100%	00%

#### VIII. CUMPLIMIENTO PARAFISCALES

Se deja constancia del cumplimiento por parte del contratista de acuerdo a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el parágrafo 2° del artículo 1° de la ley 828 de 2003, en concordancia con el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 129 de 2010, en cuanto al cumplimiento de las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar)

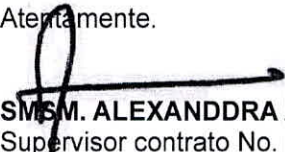
#### IX. NOVEDADES PRESENTADAS

OMITIDO

#### X. CONCLUSION.

- Por lo anterior, el suscrito supervisor hace constar que la información suministrada en el presente informe es Veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato.
- Se lleva cabo el pago total del presupuesto del contrato sin que se presente inconvenientes con el oferente el parte presupuestal como en la entrega de los insumos.
- Se anexa nota credito por valor de \$9.340,00 con el fin de ajustar el valor del contrato para su liquidación.

Atentamente.

  
**S.M. ALEXANDDRA ANGARITA SERRANO**  
 Supervisor contrato No. 325-DIGSA/DMBUG-2024

ANEXOS: Acta recibo a satisfacción  
 Cuentas de cobro y/o factura  
 Parafiscales

**PATRIA HONOR LEALTAD**

Dirección de la dependencia/unidad militar  
 Ciudad o municipio - Depto.  
 Correo institucional de la dependencia/unidad militar - [www.ejercito.mil.co](http://www.ejercito.mil.co)



SCR310-1







MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES  
EJÉRCITO NACIONAL  
DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA

A C T A 2024329032477773

Lugar, fecha y hora : Bucaramanga 05 de diciembre de 2024

Intervienen : **SMSM. ALEXANDRA ANGARITA SERRRANO**  
Supervisora del contrato 325-DIGSA/DMBUG-2024

Asunto : ACTA DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA FACTURA N° **FE 5401 (DMBUG), FE 5354 (DMBUG)** DEL CONTRATO N°325-DIGSA/DMBUG-2024 CUYO OBJETO ES "EL SUMINISTRO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS QUIRÚRGICOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, PRODUCTOS NECESARIOS Y SOPORTE TECNICO PARA LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA, PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, VIGENCIA 2024".

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	No 325-DIGSA/DMBUG-2024
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	24-05-2024
OBJETO DEL CONTRATO	"SUMINISTRO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS QUIRÚRGICOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, PRODUCTOS NECESARIOS Y SOPORTE TECNICO PARA LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA"
CONTRATISTA	CONTRATISTA: <b>HUALO Y CIA LIMITADA</b> NIT: <b>804014682-0</b> REPRESENTANTE LEGAL: <b>HUGO ALONSO PORRAS ALVAREZ</b> CC No. <b>1.098.722.562 expedida en Bucaramanga / Santander</b> TELÉFONO: 6176081 – 3213876794 - 3213967342 DIRECCIÓN: Carrera 28 N° 18-56 MUNICIPIO: Bucaramanga CORREO ELECTRÓNICO: gerencia@hualoltda.com
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SMSM. ALEXANDRA ANGARITA SERRANO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	<b>HASTA DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS (\$19.545.000.00)</b>
ADICION No 1. Y/O VIGENCIA FUTURA	OMITIDO
VALOR TOTAL DEL CONTRAO	<b>HASTA DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS (\$19.545.000.00)</b>
VALOR A CANCELAR	<b>\$19.545.000.00</b>
VALOR DE LA FACTURA	<b>\$19.545.756,50</b>
NOTA DEBITO Y/O CREDITO	<b>\$9.340,00</b>


**PATRIA HONOR LEALTAD**

CONTINUACIÓN DEL ACTA N° 2024329032477773: DE RECIBO A SATISFACCIÓN DEL CONTRATO No. 404-DIGSA/DMBUG-2024 CUYO OBJETO ES SUMINISTRO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS QUIRÚRGICOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, PRODUCTOS NECESARIOS Y SOPORTE TECNICO PARA LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA, PARA EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, VIGENCIA 2024.

NUMERO DE LA FACTURA	FE 5486- FE 5485- NOTA CREDITO N°2148
FECHA DE ENTREGA DE INSUMOS	diciembre de 2024
PLAZO DE EJECUCION	Hasta el 30 de noviembre de 2024
FECHA DE INICIACION:	29 de MAYO 2024

EN BUCARAMANGA A LOS 05 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2024 SE REUNIERON LA SEÑORA **SMSM. ALEXANDRA ANGARITA SERRANO** COMO SUPERVISORA DEL CONTRATO N°. 325-DIGSA/DMBUG-2024 CON EL FIN DE EFECTUAR EL CORRESPONDIENTE RECIBO A SATISFACCION DE LOS INSUMOS, OBJETO DEL CONTRATO 325-DIGSA/DMBUG-2024 DESCRITO EN LA CLÁUSULA PRIMERA DEL MISMO, QUE SE CUMPLIO CON LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS DENTRO DE LAS NORMAS Y ESPECIFICACIONES DEL CONTRATO, DE IGUAL FORMA DENTRO DEL PLAZO CONTRACTUAL ESTABLECIDO.

EL SUPERVISOR HACE CONSTAR QUE EL OBJETO CONTRATADO HA SIDO ENTREGADO POR EL CONTRATISTA Y LOS BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS A ENTERA SATISFACCIÓN. NO SIENDO OTRO LOS MOTIVOS DE LA PRESENTE EN CONSTANCIA FIRMAN LOS QUE EN ELLA INTERVIENEN EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA (SANTANDER).

  
**SMSM. ALEXANDRA ANGARITA SERRANO**  
Supervisor contrato No. 325-DIGSA/DMBUG-2024

**PATRIA HONOR LEALTAD**

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander.  
Conmutador 6910741  
[dmbug@buzonejercito.mil.co](mailto:dmbug@buzonejercito.mil.co)



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
CONSULTA  
FÓRMULA MÉDICA **38884**



VERSIÓN 4.0	FECHA
-------------	-------

FÓRMULA No. \_\_\_\_\_

FECHA	DÍA	MES	AÑO	CIE 10
	20	11	24	

ATEP	*
SOAT	
EG	
ECAT	
PYP	

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	No. HISTORIA CLÍNICA					
	Perez Leal Edison R.	37	1093739258					
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO COSTO	URG.	C.E.	HOSP.	CX	PYP

1	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	Agujas KIRSCHNER 1.0 - 1.5 P				ROSCA ALERO ITEM	311 5
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	
						CINCO

2	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	Arandela				ITEM	203 3
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	
						TRES

3	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

NOMBRE
DIRECCIÓN
TELÉFONO
DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

 Manuel Hernandez Ortopedia y Traumatología Universidad Nacional C.C. 110583341 FIRMA PRESCRIPTOR
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	
EDISON RICARDO PEREZ LEAL	
C.C. 1093739258	
TELÉFONO	DIRECCIÓN

NOMBRE Y FIRMA ENTREGADO POR
------------------------------

8

50 11 24

1873-74 33 1133-1338

1873-74 33 1133-1338

CINCO

3

1873-74 33 1133-1338

THE



1873-74 33 1133-1338



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
CONSULTA  
FÓRMULA MÉDICA **38879**



VERSIÓN 4.0	FECHA <b>20-11-24</b>
-------------	-----------------------

FÓRMULA No. \_\_\_\_\_

FECHA	DÍA	MES	AÑO	CIE 10
	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	

ATEP	
SOAT	
EG	
ECAT	
P Y P	

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			EDAD	No. HISTORIA CLÍNICA				
	<b>Perez Jeal Edison R.</b>			<b>37</b>	<b>1093739258</b>				
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD		CENTRO COSTO	URG.	C.E.	HOSP.	CX	P Y P

1	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Placa clavícula Distal 3.5/2.7 I39 X BH</b>				<b>Ref: 10F3300B</b>	<b>1</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

2	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Tornillo Cortical 3.5 X 16mm</b>				<b>Ref: 10503016</b>	<b>2</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

3	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Tornillo Cortical 3.5 x 18mm</b>				<b>Ref: 10503018</b>	<b>4</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

NOMBRE
DIRECCIÓN
TELÉFONO
DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

<b>Manuel Hernández</b> Ortopedia Traumatología Universidad Nacional C.C. 1182233341
FIRMA PRESCRIPTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	
<b>Edison Ricardo Perez Jeal</b>	
C.C.	<b>1093739258</b>
TELÉFONO	DIRECCIÓN

NOMBRE Y FIRMA ENTREGADO POR

8

20-11-54

20 11 54

103134258 24 103134258

3 1/2 x 1 3/4 x 8 1/2 10333008  
Banco (Favorable) 1954

103134258 3 1/2 x 1 3/4 x 8 1/2

103134258 4 10330018

*[Faint signature or stamp]*

103134258  
Favorable (Banco) 1954



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
CONSULTA  
FÓRMULA MÉDICA **38881**



VERSIÓN 4.0	FECHA <b>20-11-24</b>
-------------	-----------------------

FÓRMULA No. \_\_\_\_\_

FECHA	DÍA	MES	AÑO	CIE 10
	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	

ATEP	
SOAT	
EG	
ECAT	
P Y P	

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	No. HISTORIA CLÍNICA					
	<b>Perez Jeal Edison R.</b>	<b>37</b>	<b>1093739258</b>					
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO COSTO	URG.	C.E.	HOSP.	CX	P Y P

1	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Tornillo Bloqueado</b>				<b>Ref:</b>	
	<b>3.5 X 18mm</b>				<b>10751018</b>	<b>1</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

2	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Tornillo Bloqueado</b>				<b>Ref:</b>	
	<b>2.7 X 14mm</b>				<b>10750014</b>	<b>2</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

3	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Tornillo Bloqueado</b>				<b>Ref:</b>	
	<b>2.7 X 16mm</b>				<b>10750016</b>	<b>1</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

NOMBRE
DIRECCIÓN
TELÉFONO
DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

<p><b>Manuel Hernández</b> Ortopedia y Traumatología Universidad Nacional 98283341</p>
FIRMA PRESCRIPTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	
<b>Edison Ricardo Perez Jeal</b>	
C.C.	
TELÉFONO	DIRECCIÓN

NOMBRE Y FIRMA ENTREGADO POR
------------------------------

50-11-54

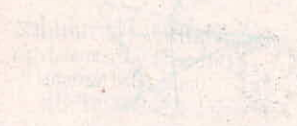
50 M 54

Price leaf Edison B. 37 109313258

Tomillo Bladecop  
3 2 x 18mm  
40131018  
4

Tomillo Bladecop  
3.1 x 14mm  
40120014  
5

Tomillo Bladecop  
3.1 x 16mm  
40120016  
4



Edison Priedo Price leaf



Nit. 804014682-0  
CARRERA 28 N. 18-56 SAN ALONSO  
Telefono: 6176081 - 321 387 6794  
RESPONSABLE DE IVA NO SOMOS  
RETENEDORES DE IVA  
Somos grandes contribuyentes de Industria y  
Comercio según decreto 0067 de 31 de mayo de  
2021.

Resolución de Facturación Electrónica N° 18764080890698. Numeración Autorizada Del FE 5001 Hasta FE 10000 Fecha 03/10/2024 Vigencia 24 Meses  
03/10/2026

CUFE:9719b7758f5d3e0584dc1a6afb5eee3d48fe7794689b9d18eb4e87f35e618d0e9df93ff6b326a5cba8461c97ce37132e

<b>CLIENTE :</b>	DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA		
<b>NIT :</b>	901541137-1	<b>CIUDAD :</b>	BUCARAMANGA
<b>DIRECCION :</b>	AV. QUEBRADA SECA NO. 33 A - 207		
<b>TELEFONO:</b>	6915610		

<b>FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. FE5486</b>	
<b>FECHA FACTURA</b>	<b>FECHA VENCIMIENTO</b>
05/12/2024	05/03/2025
<b>FORMA PAGO :</b>	CREDITO - 90 dias
<b>VENDEDOR :</b>	ALFONSO MARIN NOHORA CRISTINA

ITEM	DETALLE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	IVA	VR. TOTAL
10503016	TORNILLO CORTICAL 3.5X16MM ITEM;110 Lote WCC0258 2021DM-0007418-R1	2.00	110,200.00	0	220,400.00
10503018	TORNILLO CORTICAL 3.5X18MM ITEM;110 Lote WCD0141 2021DM-0007418-R1	4.00	110,200.00	0	440,800.00
10513018	TORNILLO CORTICAL 4.0X18MM ITEM;96 Lote S/L 2021-DM-0007418-R1	6.00	98,000.00	0	588,000.00
10733008	PLACA CLAVICULA DISTAL 3.5/2.7 IZQ X8H ITEM;46 Lote GS0041 2021DM-0007418	1.00	2,498,500.00	0	2,498,500.00
10750014	TORNILLO BLOQUEADO 2.7X14MM ITEM;296 Lote WCD0016 2021-DM-0007418-R1	2.00	325,000.00	0	650,000.00
10750016	TORNILLO BLOQUEADO 2.7X16MM ITEM;296 Lote WCC0286 2021-DM-0007418-R1	1.00	325,000.00	0	325,000.00
10751018	TORNILLO BLOQUEADO 3.5X18MM ITEM;171 Lote WCC0121 2021-DM-0007418-R1	1.00	325,000.00	0	325,000.00

**OBS :** PCTE;EDINSO RICARDO PEREZ LEAL HC;1093739258 DR;MANUEL HERNANDEZ SOPORTE;PAOLA LOPEZ15-01-11-080;000  
DIGSA/DMBUG;facturaelectronicadmbug@gmail.com

<b>FIRMA Y SELLO O CC DEL COMPRADOR</b>	<b>REALIZADA POR</b>	<b>SUBTOTAL :</b>	5,242,700.00
		<b>IVA</b>	0.00
		<b>RETENCIÓN FTE.</b>	0.00
		<b>RETENCIÓN ICA</b>	0.00
		<b>RETENCIÓN IVA</b>	0.00
		<b>DESCUENTO:</b>	0.00
		<b>TOTAL</b>	<b>5,242,700.00</b>

Condiciones de Venta: La firma del comprador en este documento significa haber recibido real y materialmente las mercancías aquí descritas y la obligación de pagaré en los términos y condiciones estipuladas. Este documento se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio según Art. 774 del Código de Comercio.





Nit. 804014682-0  
CARRERA 28 N. 18-56 SAN ALONSO  
Telefono: 6176081 - 321 387 6794  
RESPONSABLE DE IVA NO SOMOS  
RETENEDORES DE IVA  
Somos grandes contribuyentes de Industria y  
Comercio según decreto 0067 de 31 de mayo de  
2021.

Resolución de Facturación Electrónica N° 18764080890698. Numeración Autorizada Del FE 5001 Hasta FE 10000 Fecha 03/10/2024 Vigencia 24 Meses  
03/10/2026

CUFE:9719b7758f5d3e0584dc1a6afb5eee3d48fe7794689b9d18eb4e87f35e618d0e9df93ff6b326a5cba8461c97ce37132e

<b>CLIENTE :</b>	DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO BUCARAMANGA		
<b>NIT :</b>	901541137-1	<b>CIUDAD :</b>	BUCARAMANGA
<b>DIRECCION :</b>	AV. QUEBRADA SECA NO. 33 A – 207		
<b>TELEFONO:</b>	6915610		

<b>FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. FE5486</b>	
<b>FECHA FACTURA</b>	<b>FECHA VENCIMIENTO</b>
05/12/2024	05/03/2025
<b>FORMA PAGO :</b> CREDITO - 90 días	
<b>VENDEDOR :</b> ALFONSO MARIN NOHORA CRISTINA	

ITEM	DETALLE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	IVA	VR. TOTAL
WARTC-45	ARANDELA ITEM;203  Lote S/L	3.00	65,000.00	0	195,000.00
	2021-DM-0007418-R1				

**OBS :** PCTE;EDINSO RICARDO PEREZ LEAL HC;1093739258 DR;MANUEL HERNANDEZ SOPORTE;PAOLA LOPEZ15-01-11-080;000  
DIGSA/DMBUG;facturaelectronicadmbug@gmail.com

<b>FIRMA Y SELLO O CC DEL COMPRADOR</b>	<b>REALIZADA POR</b>	<b>SUBTOTAL :</b>	5,242,700.00
		<b>IVA</b>	0.00
		<b>RETENCIÓN FTE.</b>	0.00
		<b>RETENCIÓN ICA</b>	0.00
		<b>RETENCIÓN IVA</b>	0.00
		<b>DESCUENTO:</b>	0.00
		<b>TOTAL</b>	<b>5,242,700.00</b>

Condiciones de Venta: La firma del comprador en este documento significa haber recibido real y materialmente las mercancías aquí descritas y la obligación de pagaré en los términos y condiciones estipuladas. Este documento se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio según Art. 774 del Código de Comercio.

HUALO&CIALTDA - 804014682-0  
804014682-0

Sucursal: PRINCIPAL -  
Fecha: 05/12/2024 05:19 pm



DEVOLUCION DE VENTA NO. -2148

SEÑOR(ES) : DIRECCIÓN DE SANIDAD - 90154113    FORMA PAGO : CREDITO -90  
DIRECCION : AV. QUEBRADA SECA NO. 33 A - 207    FECHA FACT DEV. : 05/12/2024  
VENDEDOR : ALFONSO MARIN NOHORA CRISTINA    FECHA DEVOLUCION : 05/12/2024  
DEV. A FACT No. : FE 5486    FECHA VENCIMIENTO : 05/03/2025  
NIT : 901541137-1    TEL : 6915610    MONTO FACTURA VENTA 5,242,700.00  
MOTIVO DEV. : NOTA CREDITO

CODIGO	DESCRIPCION	UND	DTO	IVA	CANT.	VR. UNIDAD	VR. PARCIAL	BOD
0002	DESCUENTOS COMERCIALES	UND	0	0	1.00	9,340.00	9,340.00	00
					<b>CANTIDAD</b>	<b>1.00</b>	<b>SUBTOTAL</b>	<b>9,340.00</b>
						<b>IVA</b>	<b>0.00</b>	
RETE. FTE.	0.00	RETE. IVA	0.00	RETE. ICA	0.00	<b>TOTAL</b>	<b>9,340.00</b>	

Observaciones: VIENE DE LA FV FE5486



**CONSUMO**

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITODISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGANIT No. 901541137-1



Nº. 325-DIGSA/DMBUG-2024

							\$	19,545,000
<b>CONTRATO</b>								
FACTURA	FECHA	VALOR FACTURA	DESCRIPCION DE SERVICIO	CANTIDAD	NOMBRE DE PACIENTE	CEDULA DEL PACIENTE	VALOR TOTAL PAGO	
FE5485	05/12/2024	\$ 14,311,640	ELECTRODO TRIPOLAR 90	1	WILLIAM DIAZ IBAÑEZ	13746062	\$	14,311,640
			TORNILLO TITANIO PROFILE 9X25MM	1				
			RIGILOOP AJUSTABLE 60MM	1				
			CUCHILLA SHAVER 4.0 ULTRAGRESIVE	1				
FE5486	05/12/2024	\$ 5,242,700	TORNILLO CORTICAL 35X16MM	2	EDINSON RICARDO PEREZ	1,093,739,258	\$	5,242,700
			TORNILLO CORTICAL 35X18MM	4				
			TORNILLO CORTICAL 40X18MM	6				
			PLACA CLAVICULA DISTAL 3.5/2.7 IZQ X8H	1				
			TORNILLO BLOQUEADO 2.7X14MM	2				
			TORNILLO BLOQUEADO 2.7X16MM	1				
			TORNILLO BLOQUEADO 3.5X18MM	1				
			ARANDELA	3				
NO2148	05/12/2024	\$ 9,340.00	DESCUENTO COMERCIAL				\$	(9,340)
<b>TOTAL CONSUMO</b>								<b>\$ 19,545,000</b>
<b>SALDO DEL CONTRATO</b>								<b>\$ -</b>



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	804014682-0	HUALO Y CIA LIMITADA		CARRERA 28 18-56 BARRIO SAN ALONSO	6176081	CONTABILIDAD@HUALOL.TDA.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E		81801640	\$15.736.100	

**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	Sakud Total EPS	800130907-4	642.900	0		0		0	0	0	0	642.900	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	553.700	0		0		0	0	0	0	553.700	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	445.600	0		0		0	0	0	0	445.600	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	151.400	0		0		0	0	0	0	151.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	376.000	0		0		0	0	0	0	376.000	4
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	108.000	0		0		0	0	0	0	108.000	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	147.200	0		0		0	0	0	0	147.200	1

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	1.723.700	0	0	0	0	0	0	0	1.723.700	5
230301	Porvenir	800224808-8	2.938.800	0	0	0	0	0	0	0	2.938.800	6
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	588.800	0	0	0	0	0	0	0	588.800	1
231001	Colfondos	800227940-6	435.000	0	0	0	0	0	0	0	435.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	4.009.600	0	0	55.300	55.300	0	0	0	4.120.200	7

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.094.000				1.094.000	0	0	1.094.000			10.940	1.094.000	21

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF08	Comfenakco Cartagena	890480023-7	78.400	0	0	78.400	1
CCF39	Cajasan	890200106-1	2.196.800	0	0	2.196.800	19
CCF57	Confamiliar Andi	890303208-5	135.600	0	0	135.600	1

**PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES**

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	804014682-0	HUALO Y CIA LIMITADA		CARRERA 28 18-56 BARRIO SAN ALONSO	6176081	CONTABILIDAD@HUALOLTDA.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B - menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA		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
					21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E		81801640	\$15.736.100	

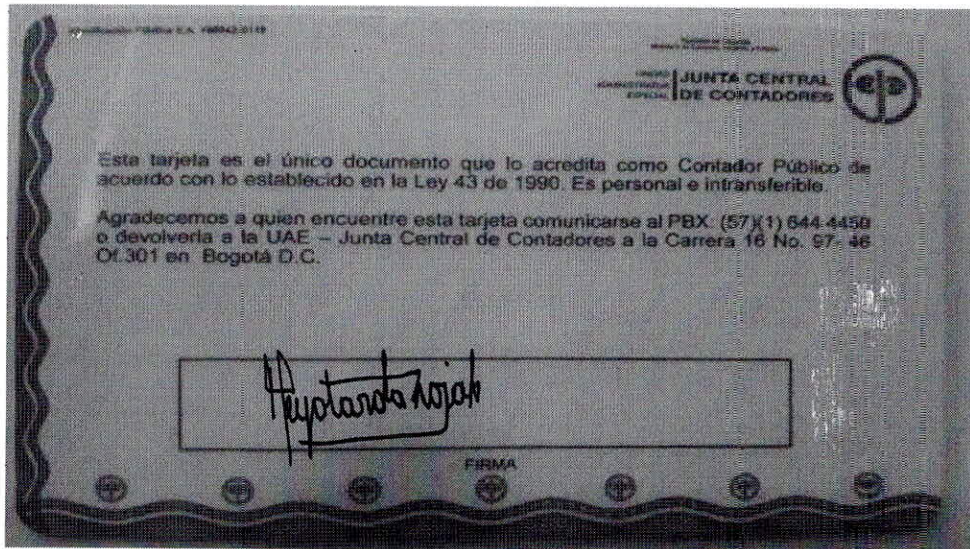
TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	2.424.800	2.424.800
Pensión	5	9.806.500	9.806.500
Riesgos Laborales	1	1.094.000	1.094.000
CCF	3	2.410.800	2.410.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>16</b>	<b>15.736.100</b>	<b>15.736.100</b>

PAGA 1052785034



VALIDO UNICAMENTE PARA HUALO Y CIA LIMITADA



*Nelly Yolanda Rojas Leon*  
NELLY YOLANDA ROJAS LEON  
C..C. 63.492.543 de B/ga





*Nelly Yolanda Rojas León*

CONTADOR PUBLICO



**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES SALUD, PENSIONES  
Y PARAFISCALES**

Señores:

**DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPESARIO MEDICO BUCARAMANGA  
Ciudad**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 , en concordancia con el Decreto 1703 del 200 y Decreto 510 del 2003, me permito certificar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

RAZON SOCIAL: **HUALO Y CIA LIMITADA**  
NIT: **804.014.682-0**

TENGO OBLIGACIONES CON:

- SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD X
- SISTEMA DE PENSIONES X
- SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES X
- CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR X
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-ICBF X
- SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA X

De acuerdo con los registros contables en los últimos seis (6) meses y hasta febrero 2021, se ha dado cumplimiento integral y oportuno a todas las obligaciones con los sistemas y entidades indicadas anteriormente.

FECHA DE CERTIFICACION:

DICIEMBRE 05 DEL 2024

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA:  
CALIDAD EN QUE ACTUA:  
NUMERO DE IDENTIFICACION:

  
**NELLY YOLANDA ROJAS LEON**

CONTADOR

C.C. 63.492.543 DE BUCARAMANGA

T.P. 63.910-T

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA:  
CALIDAD EN QUE ACTUA:  
NUMERO DE IDENTIFICACION:

  
**HUGO ALONSO PORRAS**

REPRESENTANTE LEGAL

C.C 1.098.722.562 DE B/GA





FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
CONSULTA  
FÓRMULA MÉDICA **38882**



VERSIÓN 4.0	FECHA <b>20-11-24</b>
-------------	-----------------------

FÓRMULA No. \_\_\_\_\_

A T E P  
S O A T  
E G  
E C A T  
P Y P

FECHA	DÍA	MES	AÑO	CIE 10

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			EDAD	No. HISTORIA CLÍNICA				
	<b>Díaz Ibañez William</b>			<b>44</b>	<b>13' 746.062</b>				
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO COSTO	URG.	C.E.	HOSP.	CX	P Y P	

1	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Rigidloop Ajustable 60mm</b>				<b>Rep: 232447</b>	<b>1</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

2	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Electrodo Tripolar 90</b>				<b>Rep: 225028</b>	<b>1</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	

3	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	<b>Cuchilla shaver 4.0 Ultraagresiva</b>				<b>Rep: 283429</b>	<b>1</b>
	DOSIS	VÍA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD LETRAS	


NOMBRE
DIRECCIÓN
TELÉFONO
DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Manuel Hernández Ortopedia y Traumatología Universidad Nacional C.C. 128283341
FIRMA PRESCRIPTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE
<b>William Giovanni Díaz Ibañez</b>
C.C. <b>13' 746.062</b>
TELÉFONO
DIRECCIÓN

NOMBRE Y FIRMA ENTREGADO POR


REF 230525 **LOT** 9L04579

 2027-02-28

**PROFILE™**  
CANNULATED INTERFERENCE SCREW ROUND HEAD  
**9 x 25mm**



(01)10886705010509

**STERILE R**   
2797




(17)270228(10)9L04579

 DePuy Mitek, Inc.

REV. K

52

**REF** 232447 **LOT** 263L244

 2026-12-31

**RIGIDLOOP™ Adjustable**  
Cortical Implant


**STANDARD**



(01)10886705024094



(17)261231(10)263L244

 Medos International SARL


REV. D

Disc Ipo

Rigidloop  
Cortical

 **DePuySynthes**  
MITEK SPORT'S MEDICINE

**REF** 225028 **LOT** U2407001

 2027-07-01

**VAPR® TRIPOLAR 90° Suction Electrode**  
90° Suction with Integrated Handpiece and Hand Controls



(01)10886705023103

REV. F

Electrode

82888

Handpiece  
Suction

13.44.005  
William Brown Disc Ipo



Nit. 804014682-0

CARRERA 28 N. 18-56 SAN ALONSO

Telefono: 6176081 - 321 387 6794

RESPONSABLE DE IVA NO SOMOS  
RETENEDORES DE IVA

Somos grandes contribuyentes de Industria y  
Comercio según decreto 0067 de 31 de mayo de  
2021.

Resolución de Facturación Electrónica N° 18764080890698. Numeración Autorizada Del FE 5001 Hasta FE 10000 Fecha 03/10/2024 Vigencia 24 Meses  
03/10/2026

CUFE:badd4469b3fa1a0046a819614d561efcee51ce3679a38f22908a3d04dcb273f2da9660490d0efe71827c1bbd0d2d54e1

CLIENTE :	DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO DISPENSA RIO MEDICO BUCARAMANGA		
NIT :	901541137-1	CIUDAD :	BUCARAMANGA
DIRECCION :	AV. QUEBRADA SECA NO. 33 A - 207		
TELEFONO:	6915610		

<b>FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. FE5485</b>	
<b>FECHA FACTURA</b>	<b>FECHA VENCIMIENTO</b>
05/12/2024	26/02/2025
<b>FORMA PAGO :</b>	CREDITO - 90 dias
<b>VENDEDOR :</b>	ALFONSO MARIN NOHORA CRISTINA

ITEM	DETALLE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	IVA	VR. TOTAL
225028	ELECTRODO TRIPOLAR 90° ITEM;301 Lote U2407001 - Vence 2018DM-0003014-R1 01/07/2027	1.00	3,279,640.00	0	3,279,640.00
230525	TORNILLO TITANIO PROFILE 9X25MM ITEM;185 Lote 9L04579 - Vence 28/02/2027 2022DM-008279-R1	1.00	2,890,000.00	0	2,890,000.00
232447	RIGIDLOOP AJUSTABLE 60MM ITEM:226 Lote 263L244 - Vence 31/12/2026 2015-DM-0012670	1.00	6,000,000.00	0	6,000,000.00
283429	CUCHILLA SHAVER 4.0 ULTRAAGRESIVA ITEM;230 Lote M2404006 - Vence 2018DM-0002565 31/03/2029	1.00	1,800,000.00	19	1,800,000.00

OBS : PCTE;WILLIAM DIAZ IBAÑEZ HC;13746062 DR;MANUEL HERNANDEZ SOPORTE;SANDRA MOJICA15-01-11-080;000  
DIGSA/DMBUG;facturaelectronicadmbug@gmail.com

FIRMA Y SELLO O CC DEL COMPRADOR	REALIZADA POR	<b>SUBTOTAL :</b>	13,969,640.00
		<b>IVA</b>	342,000.00
		<b>RETENCIÓN FTE.</b>	0.00
		<b>RETENCIÓN ICA</b>	0.00
		<b>RETENCIÓN IVA</b>	0.00
		<b>DESCUENTO:</b>	0.00
		<b>TOTAL</b>	<b>14,311,640.00</b>

Condiciones de Venta: La firma del comprador en este documento significa haber recibido real y materialmente las mercancías aquí descritas y la obligación de pagaré en los términos y condiciones estipuladas. Este documento se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio según Art. 774 del Código de Comercio.



**CONSUMO**

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITODISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGANIT No. 901541137-1

N°. 325-DIGSA/DMBUG-2024

						\$	19,545,000
<b>CONTRATO</b>							
FACTURA	FECHA	VALOR FACTURA	DESCRIPCION DE SERVICIO	CANTIDAD	NOMBRE DE PACIENTE	CEDULA DEL PACIENTE	VALOR TOTAL PAGO
FE5485	05/12/2024	\$ 14,311,640	ELECTRODO TRIPOLAR 90	1	WILLIAM DIAZ IBAÑEZ	13746062	\$ 14,311,640
			TORNILLO TITANIO PROFILE 9X25MM	1			
			RIGILOOP AJUSTABLE 60MM	1			
			CUCHILLA SHAVER 4.0 ULTRAGRESIVE	1			
FE5486	05/12/2024	\$ 5,242,700	TORNILLO CORTICAL 35X16MM	2	EDINSON RICARDO PEREZ	1,093,739,258	\$ 5,242,700
			TORNILLO CORTICAL 35X18MM	4			
			TORNILLO CORTICAL 40X18MM	6			
			PLACA CLAVICULA DISTAL 3.5/2.7 IZQ X8H	1			
			TORNILLO BLOQUEADO 2.7X14MM	2			
			TORNILLO BLOQUEADO 2.7X16MM	1			
			TORNILLO BLOQUEADO 3.5X18MM	1			
			ARANDELA	3			
NO2148	05/12/2024	\$ 9,340.00	DESCUENTO COMERCIAL				\$ (9,340)
<b>TOTAL CONSUMO</b>							<b>\$ 19,545,000</b>
<b>SALDO DEL CONTRATO</b>							<b>\$ -</b>



# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	804014682-0	HUALO Y CIA LIMITADA		CARRERA 28 18-56 BARRIO SAN ALONSO	6176081	CONTABILIDAD@HUALOLTDA.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B - menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E		81801640	\$15.736.100	

## 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	Saúd Total EPS	800130907-4	642.900	0		0		0	0	0	0	642.900	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	553.700	0		0		0	0	0	0	553.700	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	445.600	0		0		0	0	0	0	445.600	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	151.400	0		0		0	0	0	0	151.400	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	376.000	0		0		0	0	0	0	376.000	4
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	108.000	0		0		0	0	0	0	108.000	2
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	147.200	0		0		0	0	0	0	147.200	1

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
230301	Porvenir	800224808-8	2.938.800	0	0	0	0	0	0	0	2.938.800	6	
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	588.800	0	0	0	0	0	0	0	588.800	1	
231001	Colfondos	800227940-6	435.000	0	0	0	0	0	0	0	435.000	2	
25-14	Colpensiones	900336004-7	4.009.600	0	0	55.300	55.300	0	0	0	4.120.200	7	

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.094.000				1.094.000	0	0	1.094.000			10.940	1.094.000	21

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF39	Cajasan	890200106-1	2.196.800	0	0	2.196.800	19
CCF57	Comfamiliar Andi	890303208-5	135.600	0	0	135.600	1

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DÁTOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	804014682-0	HUALO Y CIA LIMITADA		CARRERA 28 18-56 BARRIO SAN ALONSO	6176081	CONTABILIDAD@HUALOLTDA.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B - menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DÁTOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E		81801640	\$15.736.100	

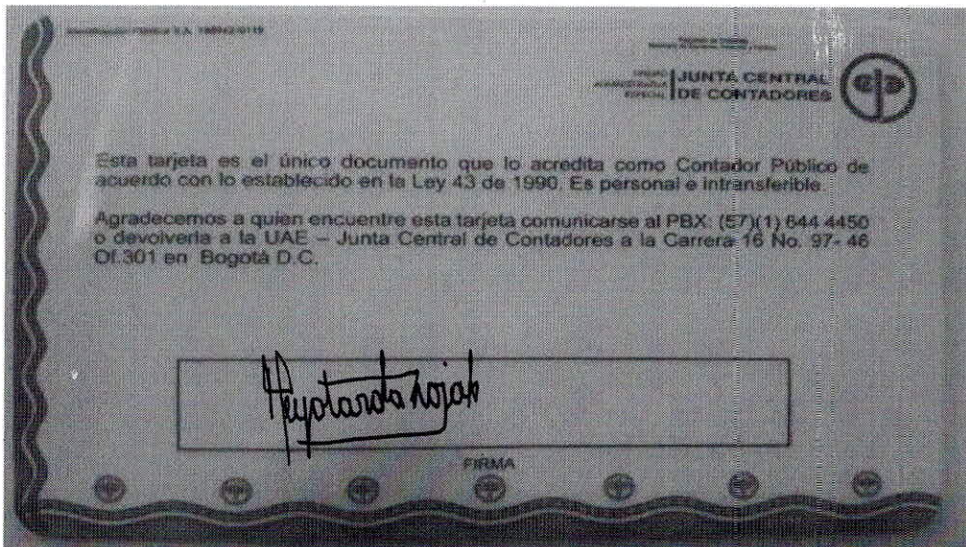
TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	2.424.800	2.424.800
Pensión	5	9.806.500	9.806.500
Resgos Laborales	1	1.094.000	1.094.000
CCF	3	2.410.800	2.410.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>16</b>	<b>15.736.100</b>	<b>15.736.100</b>

PAGA 1052785054



VALIDO UNICAMENTE PARA HUALO Y CIA LIMITADA



*Nelly Yolanda Rojas Leon*  
NELLY YOLANDA ROJAS LEON  
C..C. 63.492.543 de B/ga





*Nelly Yolanda Rojas León*

CONTADOR PUBLICO



**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES SALUD, PENSIONES  
Y PARAFISCALES**

Señores:

**DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPESARIO MEDICO BUCARAMANGA  
Ciudad**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 , en concordancia con el Decreto 1703 del 200 y Decreto 510 del 2003, me permito certificar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

RAZON SOCIAL: **HUALO Y CIA LIMITADA**  
NIT: **804.014.682-0**

TENGO OBLIGACIONES CON:

- SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD X
- SISTEMA DE PENSIONES X
- SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES X
- CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR X
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-ICBF X
- SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA X

De acuerdo con los registros contables en los últimos seis (6) meses y hasta febrero 2021, se ha dado cumplimiento integral y oportuno a todas las obligaciones con los sistemas y entidades indicadas anteriormente.

FECHA DE CERTIFICACION: DICIEMBRE 05 DEL 2024

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA: **NELLY YOLANDA ROJAS LEON**  
CALIDAD EN QUE ACTUA: **CONTADOR**  
NUMERO DE IDENTIFICACION: **C.C. 63.492.543 DE BUCARAMANGA  
T.P. 63.910-T**

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA: **HUGO ALONSO PORRAS**  
CALIDAD EN QUE ACTUA: **REPRESENTANTE LEGAL**  
NUMERO DE IDENTIFICACION: **C.C 1.098.722.562 DE B/GA**

