Administrativa

AC INPROYECT

AC INVERSIONES Y PROYECTOS SAS
NIT 901.985.431-6
cr 49B 72 179
Tel: 035 - Ext. 3104071789
Barranquilla - Colombia
acinproyect@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 6

Señores	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -ESE- HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS		
NIT	806.010.305-8	**Teléfono**	(605) 3168777133 - Ext. 000
Dirección	BR LA QUINTA CL 33 22A 54	**Ciudad**	Cartagena - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	05/03/2026, 12:38
Expedición	05/03/2026, 14:23
Vencimiento	07/03/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS DE CONTROL DE VECTORES, PLAGAS Y DESRATIZACION	1.00	127,434,267.80

Total items: 1

Total Bruto	107,087,620.00
IVA 19%	20,346,647.80
Total a Pagar	127,434,267.80

Valor en Letras: Ciento veintisiete millones cuatrocientos treinta y cuatro mil doscientos sesenta y siete pesos m/cte con ochenta cent.

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-03-07 por $ 127,434,267.80

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764100883031 aprobado en 20251029 prefijo FE desde el número 1 al 250 Vigencia: 24 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 7112 Actividades de ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica Tarifa
CUFE: 6c8bd42440b636d7e2fb91480d9fc3417201e22f49d45610bdd08fbcb7d038fcc9980b1411f23cfe54b039b09efaf17f

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Hospital Local Cartagena de Indias
05 MAR 2026
No. Radicado 0712
Recibido Oriana 4:24pm

Hospital Local Cartagena	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Código: FTO-SAF-INCO-28 Versión: 1 Fecha: 07/07/2020

CONTRATO N° 042-26	
NOMBRE DEL CONTRATISTA :	AC INVERSIONES Y PROYECTOS SAS.
IDENTIFICACIÓN:	NIT. 901.985.431 - 6
FECHA DE INICIO:	03 DE FEBRERO 2026
PERIODO DEL INFORME:	ACTA 01: 03/02/2026 AL 22/02/2026
LUGAR DE EJECUCION (Área)	CENTROS DE SALUD Y SEDE ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E HLCI

OBJETO DEL CONTRATO

SERVICIO DE FUMIGACION PARA EL CONTROL DE VECTORES, CONTROL DE PLAGAS Y DESRATIZACION, COMO MECANISMO DE PREVENCION DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA, EQUIPOS Y REDES, EN LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD, PUESTOS DE SALUD Y SEDE ADMINISTRATIVA ADSCRITOS A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HLCI, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS QUE SE TIENEN EN LA MANIPULACIÓN Y UTILIZACIÓN DE PLAGUICIDAS REGISTRADOS Y PERMITIDOS POR EL INVIMA, ICA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

OBLIGACIONES	DESCRIPCION DE LOS SOPORTES DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1). Cumplir con el objeto contractual de manera eficiente y responsable, desarrollando y ejecutando las actividades que sean compatibles con el contrato.	Se anexa soporte de informe de actividades y registro fotográfico donde se evidencia el cumplimiento de objeto contractual, demostrando que las actividades realizadas corresponden a dicho objeto, en las actividades realizadas desinfectación (fumigación contra vectores adultos), desratización (cambio de cebos, control de comejen.)
2).Ejecutar el trabajo de fumigación y desratización en los diferentes hospitales, centros de salud. Puestos de salud y sede administrativa con la periodicidad requerida por servicio a realizar, concertando el cronograma de trabajo previamente con el coordinador de cada centro con el fin de no afectar la prestación de los servicios asistenciales en la atención de los usuarios.	Se realizó el cronograma de actividades en conjunto con los coordinadores de cada centro asistencial para la prestación de los servicios, evitando así no afectar la atención de los usuarios. Las actividades se realizaron según su disponibilidad.
3).Presentar a la supervisión del contrato al inicio del mismo un cronograma de trabajo que permita establecer las sesiones mensuales de las actividades que se realizarán en cada centro asistencial.	Se presentó con anterioridad un cronograma de actividades con la disponibilidad de cada centro de salud, puesto de salud y sede administrativa adscritos a la Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias.
4) Realizar las labores utilizando personal competente y adecuado en su ejecución, utilizando todos los EPP requeridos para la realización de las actividades y/o protocolos de Bioseguridad.	Para las labores realizadas se utilizó un personal idóneo y capacitado: Biólogo profesional, Agente Aplicador (Fumigadores) con certificados en manejo integrado de plagas en salud pública, y capacitado para trabajos en altura y auxiliar capacitado en dichas áreas. El recurso humano empleado estaba debidamente uniformado con todas las normas de bioseguridad recomendadas por las autoridades sanitarias competentes tales como el uso de trajes especiales de protección, guantes, tapabocas, calzado antideslizante de seguridad, gafas de protección, protectores auditivos, mascarillas respiratorias.
5) Durante la ejecución del contrato el contratista deberá cumplir con las normas reglamentadas sobre seguridad y salud en el trabajo, medicina preventiva e higiene y seguridad industrial y los demás aspectos inherentes que han sido establecidos o establezca la Ley.	AC INVERSIONES Y PROYECTOS SAS maneja su sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SG-SST) acorde con lo establecido en la normatividad vigente, estableciendo protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

Hospital Local Cartagena	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS	Código: FTO-SAF-INCO-28 Versión: 1 Fecha: 07/07/2020

CONTRATO Nº 042-26	
NOMBRE DEL CONTRATISTA :	AC INVERSIONES Y PROYECTOS SAS.
IDENTIFICACIÓN:	NIT. 901.985.431 - 6
FECHA DE INICIO:	03 DE FEBRERO 2026
PERIODO DEL INFORME:	ACTA 01: 03/02/2026 AL 22/02/2026
LUGAR DE EJECUCION (Área)	CENTROS DE SALUD Y SEDE ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E HLCI

OBJETO DEL CONTRATO

SERVICIO DE FUMIGACION PARA EL CONTROL DE VECTORES, CONTROL DE PLAGAS Y DESRATIZACION, COMO MECANISMO DE PREVENCION DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA, EQUIPOS Y REDES, EN LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD, PUESTOS DE SALUD Y SEDE ADMINISTRATIVA ADSCRITOS A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HLCI, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS QUE SE TIENEN EN LA MANIPULACIÓN Y UTILIZACIÓN DE PLAGUICIDAS REGISTRADOS Y PERMITIDOS POR EL INVIMA, ICA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE ACUERDO CON LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

OBLIGACIONES	DESCRIPCION DE LOS SOPORTES DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
6) Presentar a la supervisión del contrato soportes mensuales de las labores realizadas durante la ejecución del mismo.	Se presenta un informe técnico de labores realizadas, con su respectivo registro fotográfico y el reporte de visitas de cada centro debidamente firmado y con sellos con las actividades realizadas.
7) Comunicar a la supervisión del contrato cualquier anomalía o contratiempo surgido en la ejecución del contrato, para tomar los correctivos necesarios.	Se mantiene una comunicación directa y constante con el supervisor del contrato para cualquier medida correctiva presentada.

FIRMA DEL CONTRATISTA: Freddy Ramos

NOMBRE DEL CONTRATISTA: AC INVERSIONES Y PROYECTOS SAS. NIT. 901.985.431 - 6

REP. LEGAL: FREDDY GUILLERMO RAMOS AMADOR

CC: 1082068550 DE TENERIFE

FIRMA DEL SUPERVISOR: Marianela Caicedo D

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARIANELA CAICEDO DURAN

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISION:

NOMBRE DEL APOYO SUPERVISION: HUGOBERTO FLOREZ RANGEL

CARGO DEL APOYO A LA SUPERVISION: PROFESIONAL

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	901985431-6	AC INVERSIONES Y PROYECTOS SAS		CR 49B 72 179	3006031452	ADMNVIAL@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61553409	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$1,750,905	$377.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

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	830903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF07	Comfamiliar Atlántico	890101994-9	17.600	0	0	17.600	1

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	1	70.100	70.100
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	377.100	377.100

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	901985431-6	AC INVERSIONES Y PROYECTOS SAS	CR 49B 72 179	3006031452	ADMNVIAL@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61553409	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$1,750,905	$377.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1082068550	RAMOS AMADOR FREDDY GUILLERMO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF07	1.750.905	30	17.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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