

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: ACTA DE INICIO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-01
 	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS		FECHA DE EMISIÓN: 30-06-2022
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		VERSIÓN: 04
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 de 3

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO				
Tipo	Contrato	X	Convenio	151-2026
Fecha de Inicio	08-07-2026		Fecha de Terminación	15-12-2026

OBJETO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVO QUE SEAN NECESARIOS, SUMINISTRO DE REPUESTOS, ACCESORIOS, INSUMOS Y CONSUMIBLES ORIGINALES NUEVOS NO RE MANUFACTURADOS PARA AUTOCLAVE MARCA TUTTNAUER TMAX8 DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
ALCANCE DEL OBJETO	Realizar mantenimiento preventivo y los correctivo que sean necesarios, suministro de repuestos, accesorios, insumos y consumibles originales nuevos no re manufacturados para autoclave marca tuttnauer tmax8 del área de esterilización del hospital militar central
VALOR	\$ 36.050.000,00
CONTRATISTA	ESPECIFIKA SAS
PLAZO	Hasta El 15-12-2026
FORMA DE PAGO	<p>PAGOS PARCIALES previo informe de supervisión en donde se evidencie el recibo a satisfacción de los mantenimientos preventivos o correctivos efectivamente realizados, dentro de los noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes y/o servicios objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos y financieros a que haya lugar y radicación de los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Factura electrónica validada previamente por la DIAN, cargada en el SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION SIIF de acuerdo a la Circular Externa 016, emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público 2. Certificado de pago a los sistemas de seguridad social integral (Salud, Pensión y riesgos profesionales) y aportes parafiscales (Caja de compensación familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) de conformidad con la normatividad vigente. 3. Acta de Recibo a parcial y /o informe final del supervisor del contrato, debidamente diligenciado y firmado por las partes, con los debidos soportes técnicos. 4. El contratista deberá cargar las facturas y pagos de seguridad social en SECOP II.
IDENTIFICACIÓN (CC – NIT)	901790568-8
REPRESENTANTE LEGAL	MARCO ANTONIO ZABALETA ROA cc: 19383125
Supervisora (or) / Interventora (or) del Contrato	SV. EDWIN GARRIDO MONTIEL

FORMATO	ACTA DE INICIO	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-01	VERSION	04
		Página:	2 de 3		

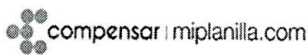
Apoyo a la supervisión	TNLG JOSE LUIS PATIÑO FORERO
------------------------	------------------------------

DATOS BASICOS DEL CONTRATO	
REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO	Firma del Contrato por parte del Contratista Firma del Contrato por parte del Hospital Militar Central
REQUISITOS DE LEGALIZACION	Firma del Contrato Presentación de la Póliza: CBC- 100078550 Aprobación de las Pólizas: 08/07/2026
REQUISITOS DE EJECUCION	Registro Presupuestal CDP SIIF No. 156726 – 17-03-2026 RP SIIF No. 253726 – 10-07-2026 Garantía Aprobadas 08/07/2026
PONDERACION ADICIONAL	

GARANTIA UNICA			
ASEGURADORA	SEGUROS MUNDIAL		
NO. DE LA POLIZA	CONCEPTO DEL AMPARO	VIGENCIAS	
		DESDE (DIA, MES, AÑO)	HASTA (DIA MES AÑO)
CBC-100078550	cumplimiento	03-07-2026	15-06-2027
	Prestaciones Sociales	03-07-2026	15-12-2029
	Calidad del Servicio	03-07-2026	15-06-2027
	Calidad y Correcto Funcionamiento	03-07-2026	15-06-2027

VERIFICACIÓN AFILIACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL APORTES A RIESGOS LABORALES, APORTES PARAFISCALES
<p>El supervisor / interventor del contrato, certifica que realizó frente al contratista la verificación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Afiliación al Sistema de Seguridad Social (salud y pensiones) Afiliación al Sistema de Riesgos Laborales <p>Como constancia se anexa: Planilla de pago de seguridad social y parafiscal del mes de Junio</p>

FORMATO	ACTA DE INICIO	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-01	VERSION	04
		Página:		3 de 3	



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	001790568-8	ESPECIFICA SAS	Cia B 1 B 65 A 56	3202517772	info.especifica@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	C - MPYME			CUNDINAMARCA	AQUA DE DIOS	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93491990		9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	\$16.557.487	\$4.046.700	

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					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A	830113831-0	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS005	Santas EPS	800251440-6	145.100	0		0		0	0	0	0	145.100	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	307.400	0		0		0	0	0	0	307.400	4
EPS010	EPS Sura	800088762-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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	293.700	0	0	0	0	0	0	0	293.700	1
230301	Porvenir	800224808-8	863.400	0	0	0	0	0	0	0	863.400	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.172.500	0	0	0	0	0	0	0	1.172.500	4

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	557.100				557.100	0	0	557.100			5.571	557.100	0

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	497.200	0	0	497.200	9

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, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	662.850	662.850
Pensión	3	2.329.600	2.329.600
Riesgos Laborales	1	557.100	557.100
CCF	1	497.200	497.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	4.046.700	4.046.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	001790568-8	ESPECIFICA SAS	Cia B 1 B 65 A 56	3202517772	info.especifica@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	C - MPYME			CUNDINAMARCA	AQUA DE DIOS	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93492181		2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	Y	\$0	\$243.800	

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					

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

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	243.800				243.800	0	0	243.800			2.438	243.800	2

TOTALES CAJAS							
Código CCP	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	243.800	243.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	243.800	243.800

FORMATO	ACTA DE INICIO	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-01	VERSION	04
		Página:	4 de 3		

PAG 2 de 2

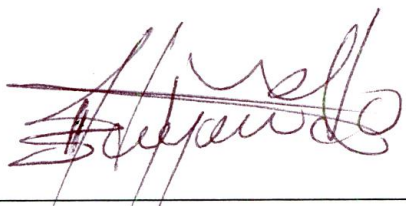
DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
NI	901780508-8	ESPECIFICA SAS	Cra 81 B 05 A 50	322517772	info.especifica@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUADRO / MUNICIPIO
UNICA	C-MPYME			CUNDINAMARCA	AGUA DE DIOS

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93422361		2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	Y	\$0	\$243.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	CC 1376485156	AMARACA GONZALEZ MAYIBE KATERINE	50	0	N																											
2	CC 7986206	RAMIREZ CARLOS ENRIQUE	50	0	N																											

PARA CONSTANCIA SE FIRMA 22-07-2026

	Firmado digitalmente por MARCO ANTONIO ZABALETA ROA Fecha: 2026.07.23 14:05:43 -05'00'
	Supervisor: SV. EDWIN GARRIDO MONTIEL Contrato 151-2026
	Contratista: MARCO ANTONIO ZABALETA ROA cc: 19383125 Representante Legal ESPECIFIKA SAS
	Apoyo a la Supervisión: ING MECÁNICO. JAIRO ALONSO CLAVIJO RONDÓN