Datos del Vendedor o de quien presta el servicio

Razon Social /Nombre y Apellido	NELSEY BERNAL DUARTE	CUENTA DE COBRO	1
NIT O C.C.	31.036.935	*Codigo Actividad:*	
Ciudad y Fecha de Emision:	Villavicencio, 29 de Mayo de 2023	**Documento equivalente a factura, (Ley 1231/08, Art.617 ET y Art.3 dec.522 de 2003)**	
Dirección y Ciudad:	calle 37 numero 41-89 Barzal Alto	Forma de Pago:	
Telefonos	3105762065		
Fecha de Vencimiento:		*Fecha de Recibdo de la Factura*	

Datos del Comprador o contratante

Razon Social /Nombre y Apellido	**ESE DPTAL SOLUCION SALUD DEL META**	NIT:	**822.006.595-1**
Dirección y Ciudad:	Calle 37 No. 41-80 Barrio Barzal alto - Villavicencio-Meta	Teléfono:	6610200

Cant.	*Descripcion*	*Vlr unitario*	*Vlr Total*
38.428	PRESTACION DE SERVICIOS DE ANILLADO, LAMINACION CARNET, VELOBINDER E IMPRESIONES A COLOR, REDUCCION Y AMPLIACION DE DOCUMENTOS Y FOTOCOPIAS A CARTA Y OFICIO, A BLANCO Y NEGRO Y A COLOR PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "SOLUCION SALUD DEL META, SEGÚN CPS No. 496 de 2023 DEL 26 ABRIL AL 25 DE MAYO 2023	113	4.342.364
			-
			-
			-
			-
			-
	TOTAL		4.342.364

Son: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Observaciones:

Cordialmente:

NELSY BERNAL DUARTE
cc 31.036.935

RECIBIDO
AREA DE CONTABILIDAD
FECHA Y HORA
FIRMA
240 0.1820

	A1:H24A52A1:H30A1:H30A52A1:H30A1:H34A52A1:H30A1:A1:H46	Version 3	Codigo FR-CON-04	
	ASIGNACION DE COSTOS	FECHA VIGENCIA 2018/02/22	Documento Controlado	

NOMBRE CONTRATISTA	NELSY BERNAL DUARTE
PERIODO	26/04/2023 AL 25/05/2023
No. CONTRATO	496

425			
		PROCENTAJE	
01	SEDE CENTRAL	100	%
02	SAN JUAN ARAMA		%
03	LEJANIAS		%
04	LA URIBE		%
05	MESETAS		%
06	LA MACARENA		%
07	PUERTO CONCORDIA		%
08	MAPIRIPAN		%
09	PUERTO LLERAS		%
10	VISTA HERMOSA		%
11	EL CASTILLO		%
12	EL CALVARIO		%
13	SAN JUANITO		%
14	PUERTO GAITAN		%
15	CABUYARO		%
16	BARRANCA DE UPIA		%
17	CUMARAL		%
18	RESTREPO		%
TOTAL		100	%

CENTRO DE COSTOS		
1	ASISTENCIAL	VALOR
101314	HOSPITALIZACIÓN	
102311	CONSULTA EXTERNA	
103323	URGENCIAS	
104317	P. Y P. ODONTOLOGIA	
104318	PROMOCION Y PREVENCION	
104319	ARCHIVO P Y P	
106320	EPIDEMIOLOGIA (VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA)	
108315	LABORATORIO CLINICO (APOYO DIAGNOSTICO)	
108319	RAYOS X (APOYO DIAGNOSTICO)	
109328	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	
110001	CIRUGIA	
111001	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS (SUBG. ASISTENCIAL)	
111002	SUBGERENCIA ASISTENCIAL	
111004	TAMIZAJE O ENCUESTAS	
112000	AMBULANCIA	
114001	ACTIVIDADES PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.	
113000	ODONTOLOGIA GENERAL	
TOTAL		0,00

2	ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	VALOR
201111	GERENCIA	$1.447.454
201112	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	
201113	OFICINA ASESORA JURIDICA	$300.000
201114	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	
201115	OF. ASESORA DE CONTROL INTERNO	
201116	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	
201218	CENTRO DE DOCUMENTACIÓN	
201220	RECURSO HUMANO	$517.456
201221	BIENESTAR SOCIAL Y SALUD OCUPA	
201222	MANTENIMIENTO	
201223	VIGILANCIA	
201224	SERVICIOS GENERALES	
201313	FARMACIA	
201316	MEDIO AMBIENTE	
201321	SERVICIO AL CIUDADANO	
201324	MERCADEO	$723.727
201325	AUDITORIA MEDICA	
201326	CALIDAD	
201327	ORIENTADOR	
201328	GASTOS GENERALES	
201329	PSICOLOGIA	
201330	INFRAESTRUCTURA	
201331	AUDITORIA	
201332	RECEPCION	$723.727
201333	PLANEACION	
201334	COORDINADOR ASISTENCIAL	$280.000
201335	ARCHIVO ADMINISTRATIVO	
202211	SUBG. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	$350.000
202212	CONTABILIDAD	
202213	PRESUPUESTO	
202214	FACTURACIÓN	
202215	CARTERA	
202216	TESORERIA	
202217	COMPRAS	
202219	ALMACEN	
TOTAL		$4.342.364

Para constancia se firma en Villavicencio a los 29 dias de Mayo de 2023.

Mary Yaneht Jimenez

MARY YANEHT JIMENEZ GUTIERREZ

SUPERVISOR

CONTRATO No. 496 DE 2023
PERIODO No.1
DEL 26 DE ABRIL DE 2023 AL 25 DE MAYO DE 203

OBJETIVO DEL INFORME: Mantener informada a la Ese Departamental "Solución Salud" sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas se realizaron con calidad y en los términos adecuados.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO No.:	496		
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS		
CONTRATISTA:	NELSY BERNAL DUARTE		
CEDULA CONTRATISTA:	31.036.935,		
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIO DE, ANILLADOS, LAMINACION CARNET, VELOBINDER IMPRESIONESA COLOR REDUCCIONES Y AMPALIACIONES DE DOCUMENTOS Y FOTOCAPIAS A CARTA Y OFICIO A BALANCO Y NEGRO Y A COLOR PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTEMENTO DEL META E.S.E "SOLUCION SALUD".			
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO:	**24.000.000**		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	8 MESES 13 DIAS		
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN:	26 DE ABRIL 2023		
FECHA DE INICIO:	26 DE ABRIL DE 2024		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:		FECHA:	
ADICIONAL EN VALOR:		FECHA:	
PRORROGAS:		FECHA:	
FECHA DE TERMINACIÓN	07 DE ENERO 2024		
TELEFONO DEL CONTRATISTA:	3105762065		
DIRECCION DEL CONTRATISTA:	Calle 37 No. 41-89 BARZAL ALTO		

FORMA DE PAGO	LA E.S.E SOLUCION SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL META PAGARA LA CONTRATISTA EL VALOR DE EJECUCUION DEL CONTRATO ASI: SE REALIZARÁN PAGOS MENSUALES PREVIA PRESENTACION DE LA CUENTA DE COBRO Y VISTO BUENO POR PARTE DEL SUPERVISOR.

2. DESARROLLO DEL CONTRATO

Mediante Contrato No. 496 de 2023 en la Cláusula OCTAVA: Supervisión, se me

designó como supervisor(a) del contrato objeto de este informe, para lo cual me permito informar el desarrollo correspondiente al **PERIODO 1** que va del **26/04/2023** al **25/05/2023** en los siguientes aspectos:

AVANCE EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

OBLIGACIONES GENERALES:

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES Acciones realizadas durante el presente periodo	CUMPLE / NO CUMPLE
1. Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato	SI
2. Ejecutar el objeto del contrato dentro del plazo estipulado	SI
3. actuar con absoluta lealtad y transparencia en cada de una de las actividades a desarrollar	SI
3. informar las novedades que se presenten durante la ejecución del contrato	SI
4. cumplir con las obligaciones frente a los sistemas de seguridad social en salud , pensión y riesgos en los términos previstos, en las normas legales	SI
5. ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato	SI
6. obrar con lealtad y buena fe evitando dilaciones y trabamientos que pudieren presentarsen	SI
7. atender los requerimientos efectuados por el contratante	SI
8. asumir todos los costos en que incurra para la ejecución del contrato	SI
9. las demás que se desprendan y se relaciones en los términos de la oferta del contrato y de la Ley	SI

Evidencias fotográficas





3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL:

Certifico que verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo del presente informe como se relaciona a continuación:

CONCEPTO	VALOR	VALOR
Periodo Cotizado	$336.100	$336.100
IBC (Ingreso Base de Cotización)		
Número de Planilla	8366960623	8367772395
Fecha de pago de la planilla	Abril	Mayo
Valor pagado en SALUD	$145.000	$145.000
Valor pagado en PENSIÓN	$185.600	$185.600
Valor pagado en ARL	$6.100	$6.100

4. BALANCE FINANCIERO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO A LA FECHA

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO		
VALOR CONTRATO:	**$24.000.000**	
Valor pendiente por girar según informe No.001		**$4.342.364**
Valor Girado Informe No.002		
Valor Girado Informe No.003		
Valor Girado Informe No.004		
Valor Girado Informe No.005		
Valor por Girar Informe No.006		
Valor por Girar Informe No.007		
Saldo pendiente por ejecutar		**$19.657.636**
SUMAL IGUALES:	**$24.000.000**	**$24.000.000**

5. INFORMACION PRESUPUESTAL A LA FECHA

NUMERO DE CDP:	**297**		**VALOR DEL CDP:**	**24.000.000**
FECHA CDP:	**11/04/2023**			
NUMERO DE RP:	**1491**		**VALOR DEL RP:**	**24.000.000**
FECHA RP:	**21/04/2023**			
NUMERO CDP ADICION:	**496**		**VALOR CDP ADICION:**	**24.000.000**
NUMERO RP ADICION:			**VALOR RP ADICION:**	
NOMBRE DEL RUBRO PRESUPUESTAL	**CODIGO PRESUPUESTAL**	**VALOR INICIAL + ADICION**	**VALOR EJECUTADO**	**SALDO PRESUPUESTAL**
OTROS GASTOS POR ADQUSICION DE SERVICIOS	**2.1.2.02.02.008.09**	**24.000.000**	**$4.342.364**	**$19.657.636**

ANEXOS:

Soportes de pago de seguridad social correspondientes al periodo de este informe
Cuenta de cobro
Planilla de seguridad
Formato centro de costos

FIRMA:	Mary Yaneht Jimenez G
NOMBRE COMPLETO	**MARY YANEHT JIMENEZ GUTIERREZ**
CEDULA:	**40.440.333**
CARGO O DEPENDENCIA	**SECRETARIA EJECUTIVA DE GERENCIA**
Supervisora	

Departamento del Meta
Gobernación del Meta

FECHA: 2023-05-
DEPENDENCIA: oasis
No. FOTOCOPIAS: 4500=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Gobernación del Meta

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 1500=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Gobernación del Meta

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 300=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Gobernación del Meta

FECHA: 2023 05
DEPENDENCIA: Cancro
No. FOTOCOPIAS: 3500=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Gobernación del Meta

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 300=
AUTORIZA:

10100

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA: Mercadeo
No. FOTOCOPIAS: 3228
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA: Gerencia
No. FOTOCOPIAS: 800
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 750
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 1000
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA: Mercadeo
No. FOTOCOPIAS: 650
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 1500
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 950
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA: Gerencia
No. FOTOCOPIAS: 1000
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 650
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA: Gerencia
No. FOTOCOPIAS: 4500
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04-4
DEPENDENCIA: Convenio acopeam
No. FOTOCOPIAS: 2000
AUTORIZA:

17028

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA: Gerencia
No. FOTOCOPIAS: 1658
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA: Gerencia
No. FOTOCOPIAS: 450=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA: Planeacion
No. FOTOCOPIAS: 210=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA: Jurida
No. FOTOCOPIAS: 472=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA: Control
No. FOTOCOPIAS: 2100=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA: Gerencia
No. FOTOCOPIAS: 300=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA: Control
No. FOTOCOPIAS: 2000=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA: Oasis
No. FOTOCOPIAS: 1500=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA: Asistencial
No. FOTOCOPIAS: 350=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-05
DEPENDENCIA: Mercadeo
No. FOTOCOPIAS: 1300=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-04
DEPENDENCIA: Asistencial
No. FOTOCOPIAS: 500=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2023-5
DEPENDENCIA: Recepcion
No. FOTOCOPIAS: 460=
AUTORIZA:

11200

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NELSY BERNAL DUARTE
No. Identificación: CC31036935
Dirección: CALLE 37 N.41-89
Telefono: 6720208
Correo: NELSYBERNALDUARTE@HOTMAIL.COM
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8366960623

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC31036935	Periodo de Cotización Salud	abril de 2023
Número de planilla	8366960623	Periodo de Cotización Pensión	abril de 2023
Fecha pago	2023-04-13	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	96674709	Total Pagado	336700
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	6100	1
231001	Colfondos	185600	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

8366960623

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 31036935
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSY BERNAL DUARTE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	231001	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	6100	0

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NELSY BERNAL DUARTE
No. Identificación: CC31036935
Dirección: CALLE 37 N.41-89
Telefono: 6720208
Correo: NELSYBERNALDUARTE@HOTMAIL.COM
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8367772395

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8367772395
Fecha pago	2023-05-19
Número de autorización pago	60396751
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2023
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	336700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6100	1
231001	Colfondos	185600	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

8367772395

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 31036935
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSY BERNAL DUARTE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	231001	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	6100	0

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