HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD FORMATO CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA	
Código: HSR-ARF-APR-P01-M02-F08	**Versión: 01**	**Página: 1 de 1**

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA.

INFORMACION DEL CONTRATISTA:

Nombre o Razón Social	JOSÉ NELSON SÁNCHEZ NÚÑEZ
NIT:	93.132.773

INFORMACION DE CONTRATO

Número	100
Fecha de Suscripción	01 DE MARZO DE 2023
Fecha de iniciación de Actividades	01 DE MARZO DE 2023
Nombre del Supervisor:	DIANA MARCELA SÁNCHEZ MOLINA

CONCEPTO DEL SUPERVISOR:

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD Y EN EL TIEMPO PACTADO CON EL OBJETO Y OBLIGACIONES CONTRATADAS	SI	X
	NO	

POR LO CUAL SE AUTORIZA EL PAGO QUE CORRESPONDE A:

Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Otro X	MAYO

Valor del pago	$ 330,000	Saldo del contrato	$ 990,000

OBSERVACIONES:

Ciudad y Fecha: El Espinal Tolima,

Firma Supervisor:

ORDEN DE PAGO No. 77349

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

Nit 890701033

DIA	MES	AÑO
31	may	2023

SEÑOR(a) TESORERO(a): SIRVASE PAGAR A FAVOR DE:

Nombre y Apellidos: SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON C.C ó Nit: 93132773

Factura: DS276/CC176 Contrato: 100

La suma de : Trescientos Siete mil Quinientos Sesenta Pesos M/Cte.

Por concepto de : Servicios prestados de perifoneo, para la difusión de mensajes de prevención y conservación de la salud de la poblacion del afrea de influencia del HSR Espinal, según contrato 100, durante el periodo Mayo de 2023

Concepto	Valor Afectado	(-) Descuento	Neto a Pagar
Valor Cuenta de Cobro	330,000		
Retefuente Servicios PN 6%		19,800	
Rete Ica de Servicios 0.80 %		2,640	
Total Anticipos		0	
TOTALES ---------->			307,560

No. Registro	Vigencia	Codigo	Vigencia	Fondo	Valor
229	2023	212020200803	2023	001	330,000

RECIBI EL VALOR DE LA PRESENTE FACTURA O CUENTA DE COBRO A CONFORMIDAD

Recibí : _____ CXP - Autorizado _____

C.C / Nit

SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON

Documento : 93132773 Dirección : MZ N CASA 11 B/LA CEIBA Teléfono : 3155826772
Código Postal : 733520, Espinal, Tolima
Email : NOSLENSANCHEZ@HOTMAIL.COM Régimen: No Responsable de IVA

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

DS276

- INFORMACIÓN DEL ADQUIRIENTE -

Razón Social : **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL** Nit : **890701033**
Dirección : CALLE 4 # 6 29 Teléfono : 6082482818
Dirección de Notificacion Electrónica : factelectronicahsre@hsrese.gov.co

- INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO -

Emisión : 31.05.2023 Fecha Recepción : 31.05.2023 Modalidad de Pago : Contado Plazo : 0 Días.

Detalle de servicios prestados para el documento número : **DS276**

Código	Descripción	Fecha	Tipo de Operacion	Valor/Unitario	Cantidad	Valor Total
...LSMAY23	Servicios prestados de perifoneo, para la difusión de mensajes de prevención y conservación de la salud de la poblacion del afrea de influencia del HSR Espinal, según contrato 100, durante el periodo Mayo de 2023		Por operación	$ 330,000	1	$ 330,000

SON : *TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/L.*

Subtotal : $ 330,000
Descuento : $ 0
Total : **$ 330,000**

Observaciones :

Aceptado

ROSA ANGELICA GUZMAN SANCHEZ

SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON

Hago constar que he recibido a satisfacción los Bienes y Servicios aquí relacionados

Autorización 18764033034081 aprobado en 2022-08-08 prefijo DS desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses - Representación Gráfica - Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar
Código Único de Documento Soporte - CUDE
:2cc2b20af2ccf1f8a46905a64d49db0d2ba41e80af9078acaa793fdfd03cbd97ccd524a553c2a2f5ebfbf46f6a9f2aa0

EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

Espinal, mayo 30 de 2023

CUENTA DE COBRO No. 176

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL
. Nit. 890.701.033-0

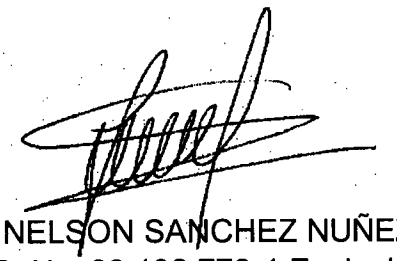
DEBE A:

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
C.C. No. 93.132.773-1 Espinal

LA SUMA DE:
Trescientos treinta mil pesos($330.000) m/c.
Cuenta de ahorros Bancolombia
No. 41145849509

POR CONCEPTO DE:

CONTRATAR LA PRESTACION DEL SERVICIO DE PERIFONEO, PARA LA DIFUSIÓN DE MENSAJES DE PROMOCION. PREVENCION Y CONSERVACIÓN DE LA SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÓN DEL AREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL, SEGÚN EL CONTRATO 100 DEL 01 DE MARZO DEL 2023, del periodo del 01 al 30 de mayo de 2023.



JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
C.C. No. 93.132.773-1 Espinal

Contacto 3152875165 WhatsApp 3134976632 - e-mail: noslensanchez@hotmail.com

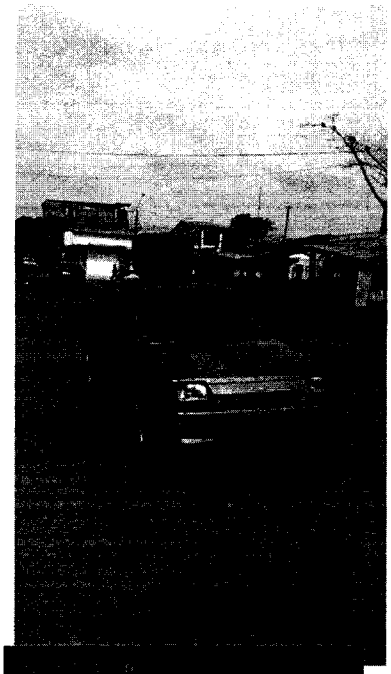
EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

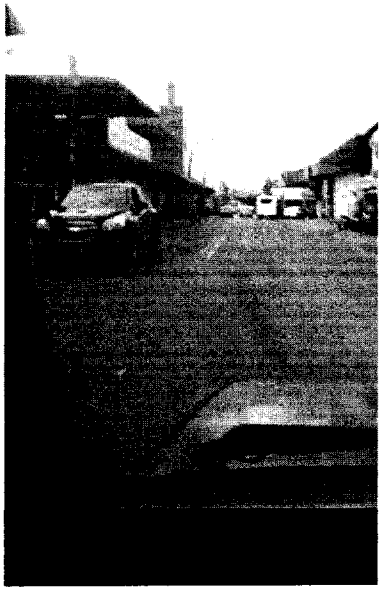
EVIDENCIAS

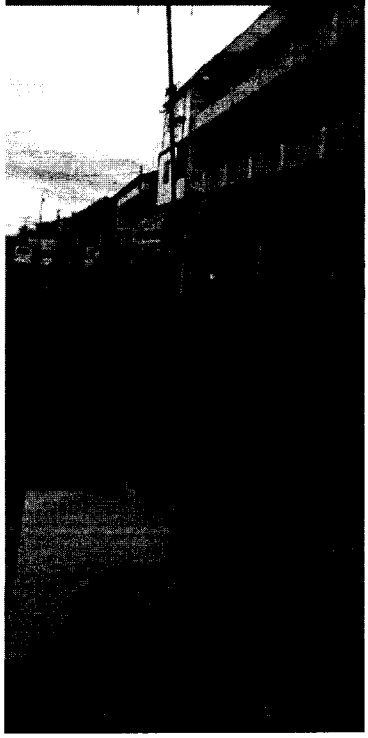








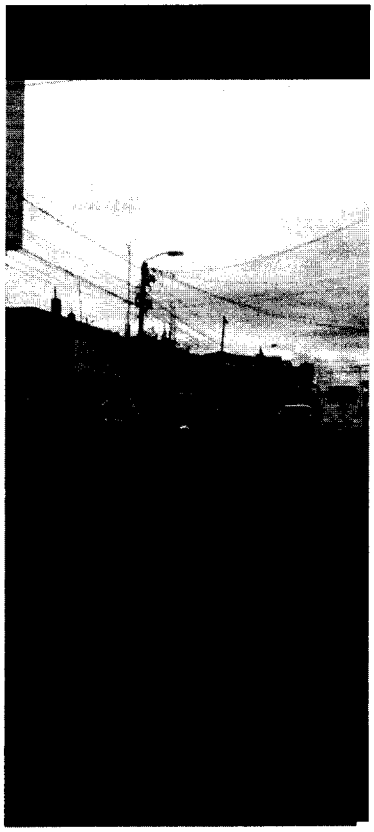


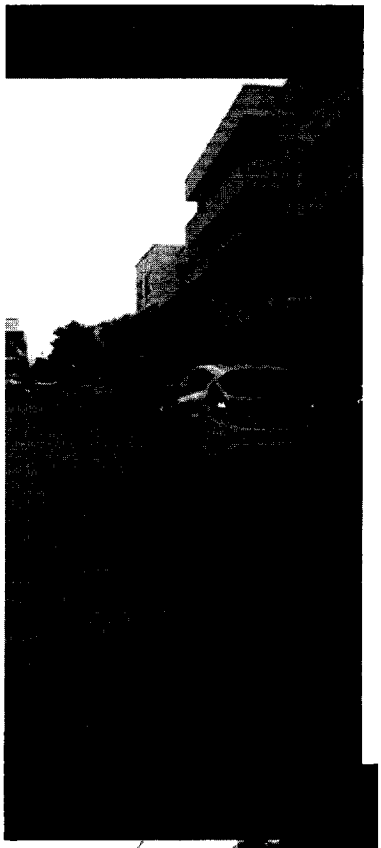


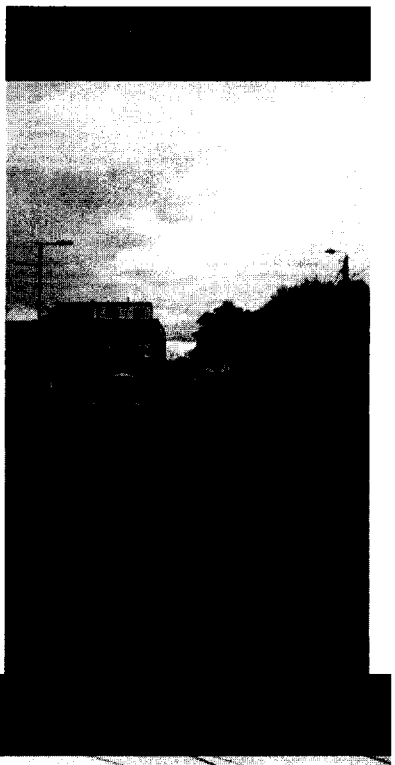
Contacto 3152875165 WhatsApp 3134976632 - e-mail: noslensanchez@hotmail.com

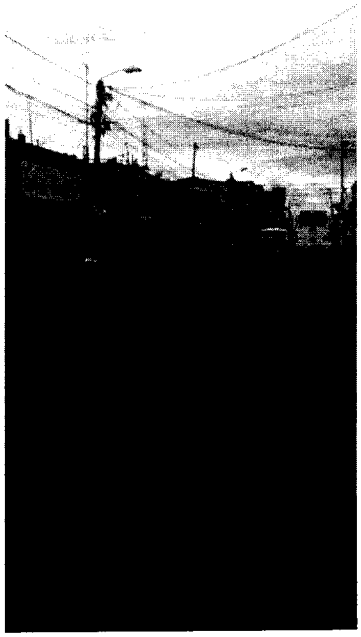
EL SHOFAR NOTICIAS

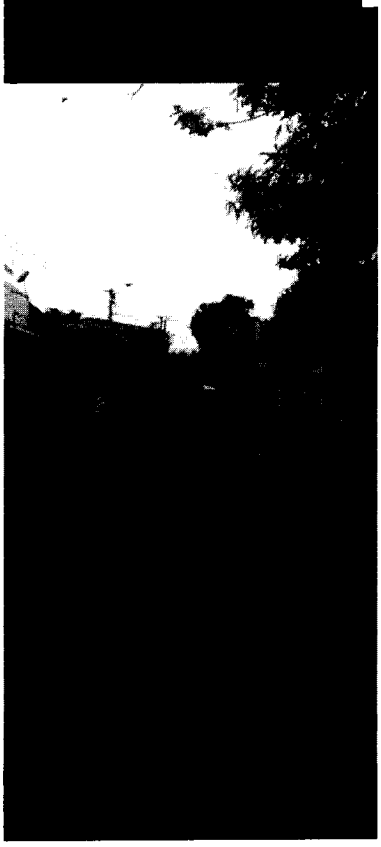
JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

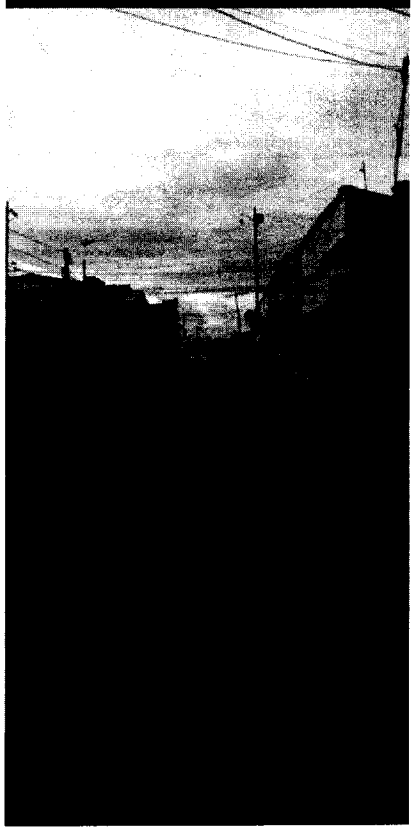










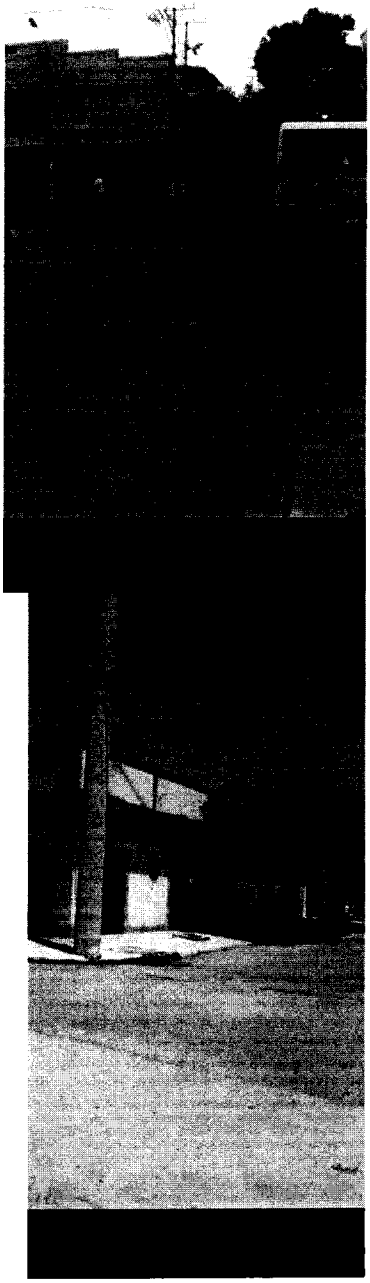


Contacto 3152875165 WhatsApp 3134976632 - e-mail: noslensanchez@hotmail.com

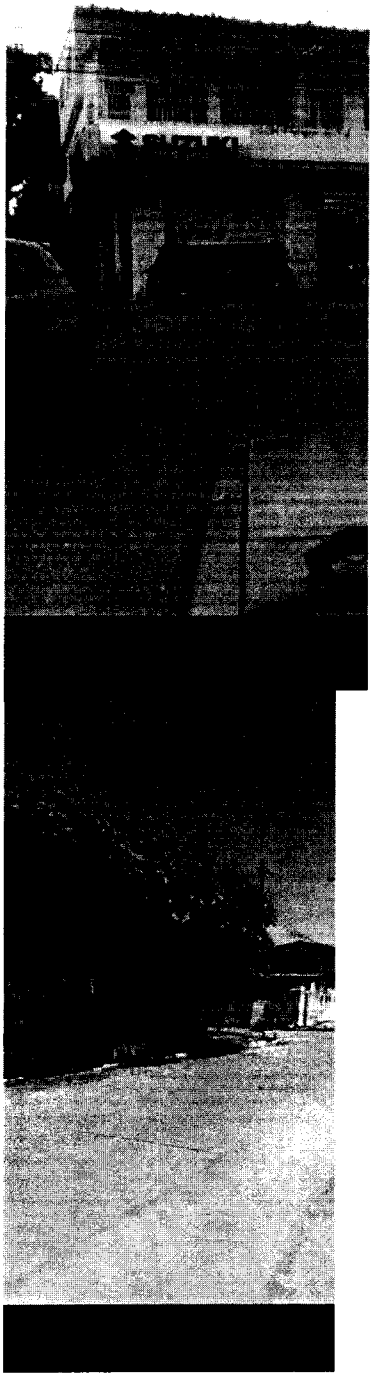
EL SHOFAR NOTICIAS

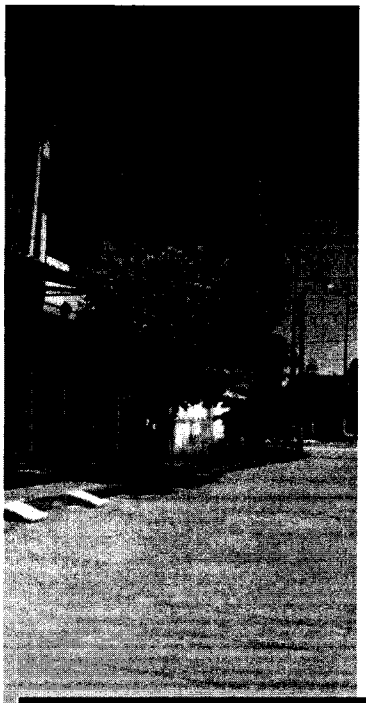
JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

[redacted]

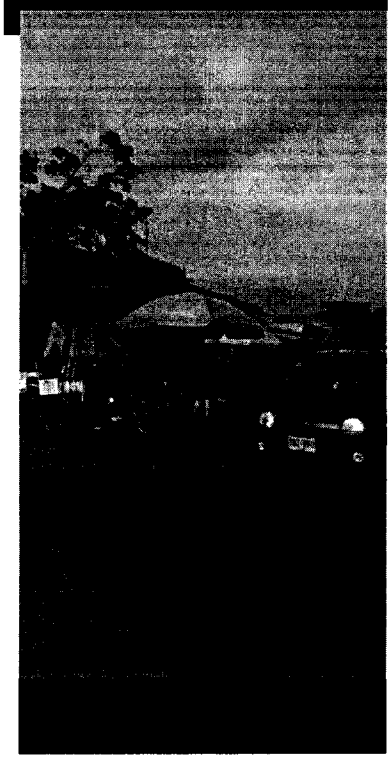


[redacted]





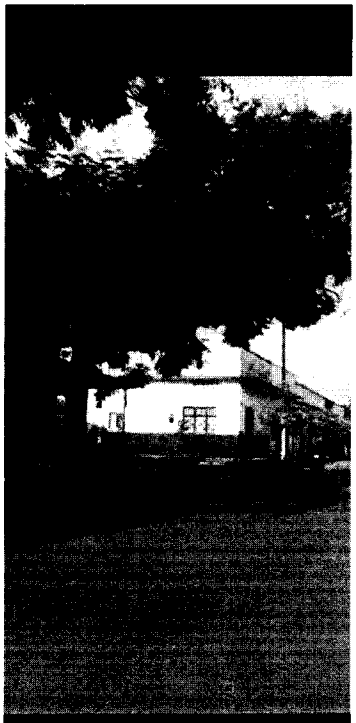
[redacted]

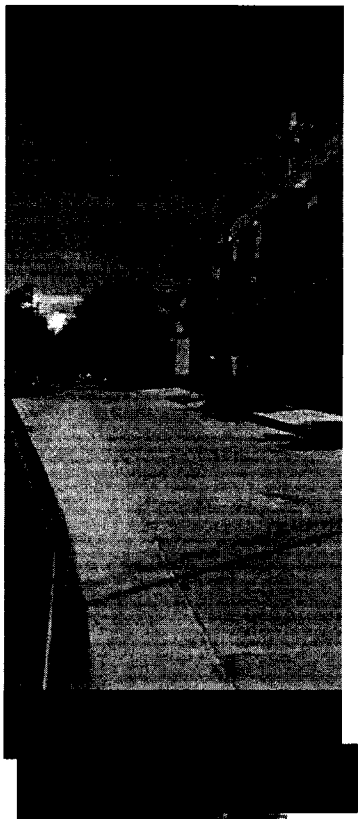


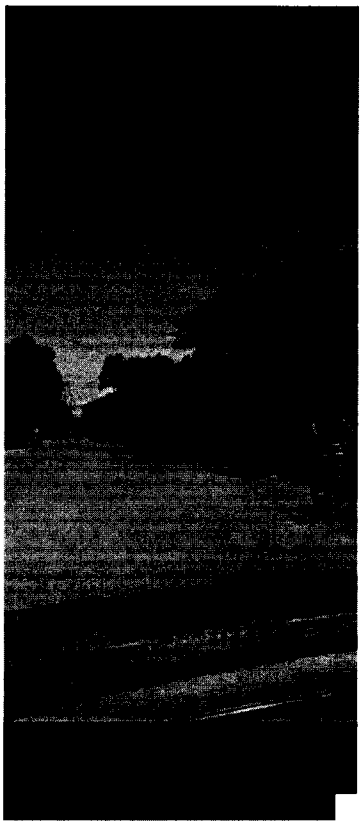
Contacto 3152875165 WhatsApp 3134976632 - e-mail: noslensanchez@hotmail.com

EL SHOFAR NOTICIAS

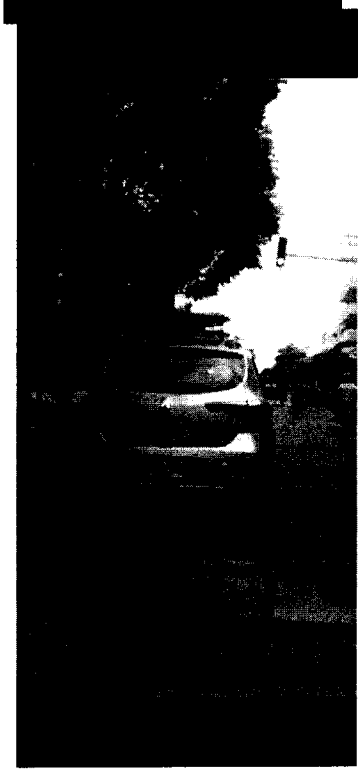
JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO









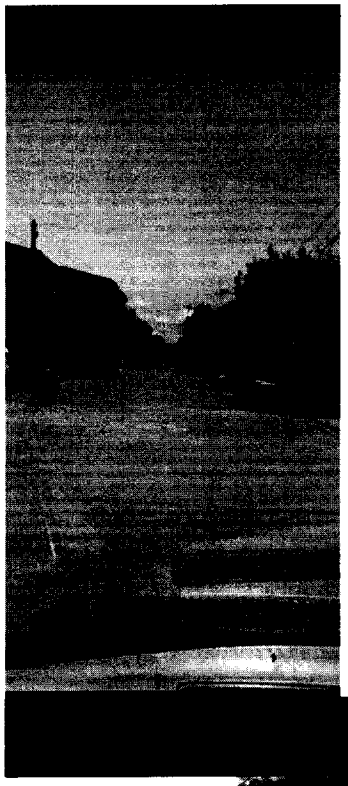


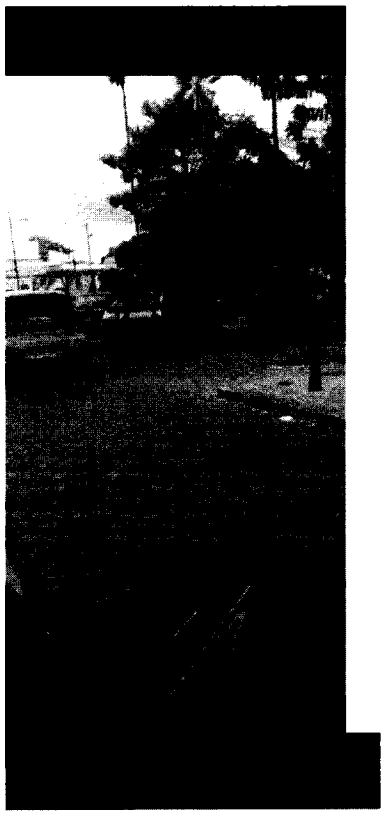


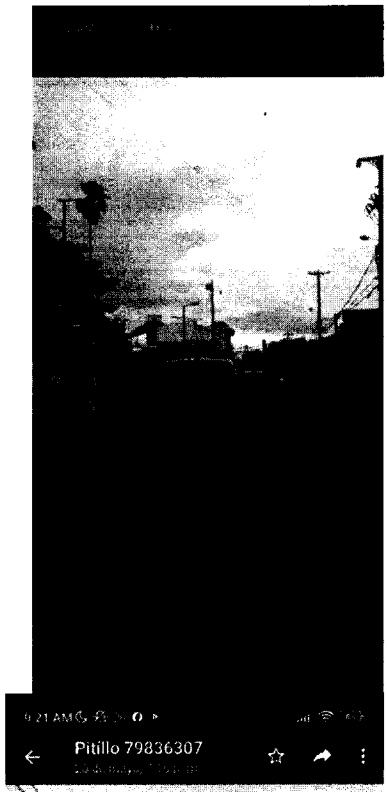
Contacto 3152875165 WhatsApp 3134976632 - e-mail: noslensanchez@hotmail.com

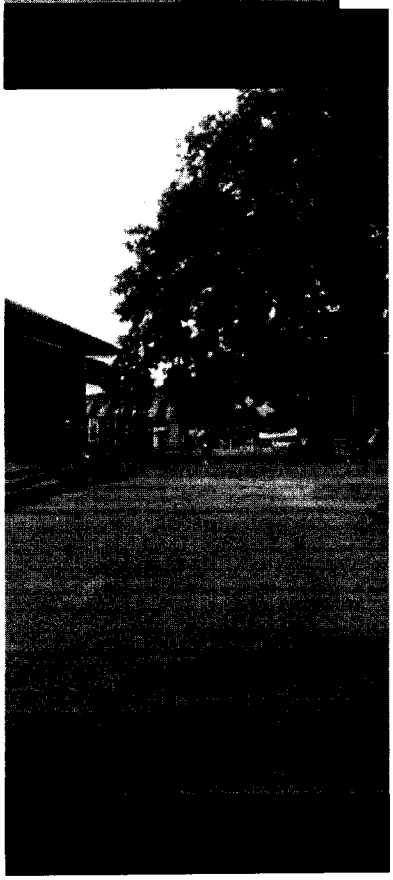
EL SHOFAR NOTICIAS

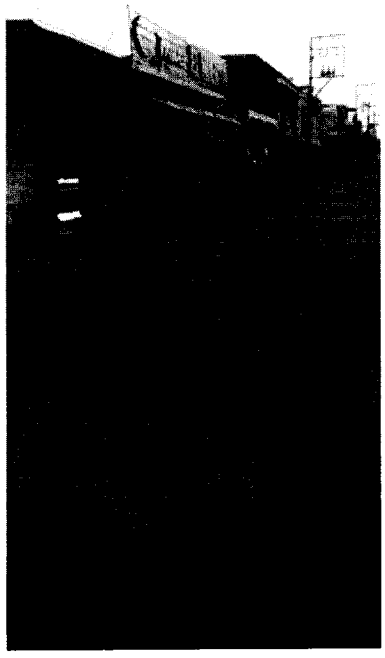
JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

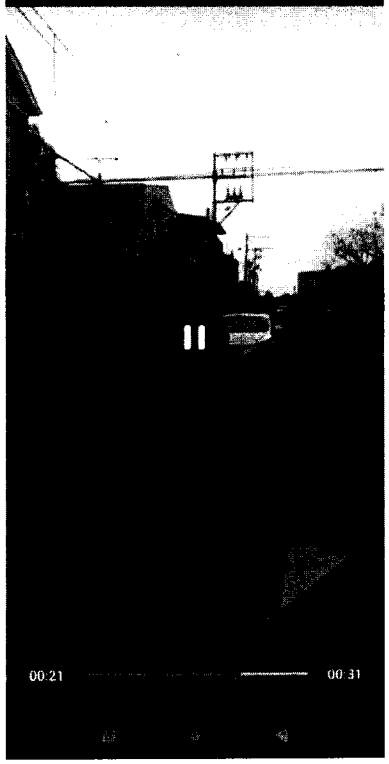












Contacto 3152875165 WhatsApp 3134976632 - e-mail: noslensanchez@hotmail.com

EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

PROGRAMACION PERIFONEO
CONTRATO 100 DEL 01 DE MARZO DE 2023

A CONTINUACION PRESENTO PROGRAMACIÓN DEL PERIFONEO DEL MES DE MAYO DE 2023 EN EL MUNICIPIO DE EL ESPINAL:

LUNES 08

11 A 12 PM
BARRIOS (Centro, santa margarita Ma.).

3 A 4 PM
BARRIOS (caballero y Góngora, centro, Isaías olivar).

MARTES 9

11 AM - 12 PM
BARRIOS (Altamira, villa Laura, Arkabal, Balcanes).

3 PM A 4 PM
BARRIOS (la magdalena, la cascada, las palmeras, villa Andrés, la esperanza, San pedro).

MIERCOLES 10

11 A 12 PM
BARRIOS (el recreo, villa catalina, Isaías olivar).

3 PM A 4 PM
BARRIOS (san Rafael, la ceiba, caballero y Góngora).

Contacto 3152875165 WhatsApp 3134976632 - e-mail: noslensanchez@hotmail.com

EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

LUNES 15

10 A 11 AM
VEREDAS (Caimanera. Coyarco, Puerto Peñón).

5 A 6
BARRIOS (Chicoral)

MARTES 16

11 A 12 PM
BARRIOS (Ciudadela Cafasur, los Palmares, Entre Ríos).

MIERCOLES 17

9:30 A 10:30 AM
BARRIOS (centro, rondón, libertador, Arkabal, Balcanes, Santa Margarita María)

3 PM A 4 PM
BARRIOS (Vereda La Arenosa, San Francisco y Chicoral).

TOTAL, HORAS: 11

Cordialmente,

JOSÉ NELSON SÁNCHEZ NUÑEZ
Cel. 3152875165

en línea

Resumen General de Pago

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
93132773		SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZ C CASA 6 BRR LA SEIBA	ESPINAL-TOLIMA	3112659439	SI

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
023-04	2023-04	1906372517	9449861320	I	2023/05/16	2023/04/19	BANCOLOMBIA	0	$336,700

ESUMEN DE PAGO

IESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
FP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
RL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$0	$0	$6,100
PS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,500	$0	$0	$145,500
OTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

en línea

Resumen General de Pago

TOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
93132773		SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZ C CASA 6 BRR LA SEIBA	ESPINAL-TOLIMA	3112659439	SI

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
23-04	2023-04	1906372517	94-49861320	I	2023/05/16	2023/04/19	BANCOLOMBIA	0	$336.700

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
lo.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
ursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600				$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
ntro de Trabajo: POSITIVA COMPAÑIA DE GUROS (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600				$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
dad: ESPINAL Depto: TOLIMA (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600				$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	93132773	SANCHEZ JOSE	230301	$1.160.000	$1,160,000	$185,600		EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
otal	Afiliados(1)					$1,160,000	$185,600				$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93132773		SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZ C CASA 6 BRR LA SEIBA	ESPINAL-TOLIMA	3112659439	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	1906372975	9449861752	I	2023/06/16	2023/05/22	BANCOLOMBIA	0	$336,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: ESPINAL Depto: TOLIMA (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	93132773	SANCHEZ JOSE	230301	$1,160,000	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

2023/05/22 03:44 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93132773		SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZ C CASA 6 BRR LA SEIBA	ESPINAL-TOLIMA	3112659439	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	1906372975	9449861752	I	2023/06/16	2023/05/22	BANCOLOMBIA	0	$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$0	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,500	$0	$0	$145,500
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

2023/05/22 03:44 PM

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR	
CÓDIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13	VERSIÓN: 01	PÁGINA: 1 de 2

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

1. Datos generales.

Número del contrato:	100							**Fecha de suscripción:**	1/03/2023		
Tipo de contrato:	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS							**Fecha de inicio:**	1/03/2023		
Nombre o razon social contratista:	JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ							**Número de cédula o NIT:**	93.132.773		
Periodo del informe:	1	5	2023	al	31	5	2023	**Plazo de ejecucion:**	SEIS (6) MESES		
Interventor:	N/A							**Número de cédula o NIT:**	n/a		
Supervisor:	DIANA MARCELA SANCHEZ MOLINA							**Numero de cedula:**	52711958		
Nombre funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A							**Objeto:**	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PERIFONEO PARA LA DIFUSION DE MENSAJES DE PROMOCION DE LA SALUD DIRIGIDA A LA POBLACION DEL AREA DE INFLUENCIA PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.		
Cargo funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A										

2. Información presupuestal.

Valor del contrato:	$ 1,980,000	**Informacion presupuestal**	**Valor CDP**	$ 1,980,000	**Número CDP**	204	**Fecha CDP**	28/02/2023
			Valor RP	$ 1,980,000	**Número RP**	229	**Fecha RP**	1/03/2023

2.1 Adiciones y Prórrogas (si aplica).

Valor adicion contrato:	$ 0	**Informacion presupuestal**	**Valor CDP**	$ 0	**Número CDP**	-	**Fecha CDP**	-
			Valor RP	$ 0	**Número RP**	-	**Fecha RP**	-
Prorroga 1:	N/A	**Prorroga 2:**	N/A		**Observaciones:**			

2.2 Valor y plazo total.

Cantidad de adiciones (Sume la cantidad de adiciones realizadas)	0	**Valor total de contrato (Valor inicial + Valor total de las adiciones)**	$ 0	**Plazo Total de Ejecución (Plazo inicial + prorrogas)**	0

2.3 Anticipo (si aplica).

Valor Anticipo	0	**Porcentaje de Amortización**	0	**Fecha Pago del Anticipo**	dd	mm	aaa

3. Estampillas

Nombre de Estampilla Pro	Numero Estampilla	Valor	Fecha
Hospitales Universitarios Públicos del Departamento	73-4327730303238715	$ 20,000	3/03/2023
Electrificación Rural	73-4327730303238571	$ 10,000	3/03/2023
Cultura	73-4327730303237895	$ 20,000	3/03/2023

4. Cumplimiento de Obligaciones.

Concepto general	SI	NO	Observaciones
Cumplimiento de obligaciones generales del contrato			
Cumplimiento de obligaciones especificas del contrato			

Nota: Si este documento se encuentra impreso se considera Copia no Controlada. La versión vigente está publicada en el sitio web del Hospital San Rafael de El Espinal E.S.E.

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR	
CÓDIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13	VERSIÓN: 01	PÁGINA: 2 de 2

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

5. Garantías (Si aplica).

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia			
			Desde (Día/ mes/ año)	hasta (Día/ mes/ año)	Fecha aprobación (Día/ mes/ año	Valor del amparo
Cumplimiento						
Prestaciones Sociales						
Responsabilidad Civil Extracontractual						

5.1 Ampliaciones garantías (Si aplica).

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia			
			Desde (Día/ mes/ año)	hasta (Día/ mes/ año)	Fecha aprobación (Día/ mes/ año	Valor del amparo

6. Balance financiero del contrato.

Valor ejecutado en el periodo:	$ 330,000	Valor Total Ejecutado	$ 990,000	Saldo por ejecutar	$ 990,000

7. Verificación Pago al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.

La supervisión y/o interventoría verifico el cumplimiento del contratista de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas, pagos, certificaciones) allegados por el contratista en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002: "(...) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas. (...) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal(...)". Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista, dependerá de la forma de pago pactada.

Numero de Planilla de Aportes	N° 9449861752 DEL MES DE MAYO DE 2023 FECHA DE PAGO 22/05/20223
Certificación pago de Aportes	

Fecha emisión de informe: 31 / 5 / 2023

Nombre Supervisor y/o Interventor: DIANA MARCELA SANCHEZ MOLINA , PROFESIONAL UNIVERSITARIOMERCADEO Y CONTRATACION .

Cargo Supervisor:

N/A

Nombre apoyo a la supervisión:

Cargo o Contrato:

ELABORADO POR: CRISTHIAN CAMILO RAMIREZ GUTIERREZ	REVISADO POR: OFICINA JURIDICA	APROBADO POR: GERENCIA
FECHA:0/0/2023	FECHA:00/05/2023	FECHA: 00/05/2023