HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD FORMATO CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA	
Código: HSR-ACO-GCR-P02-F04	**Versión: 02**	**Página: 42 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				**NATHALIE JULIETH PARDO VARGAS**	
NIT:				1105673174-2	
REPRESENTANTE LEGAL				**NATHALIE JULIETH PARDO VARGAS**	
INFORMACION DEL CONTRATO:					
Número				**154-CS**	
Fecha de Suscripción				07 DE MARZO DE 2024	
Fecha de iniciación de Actividades				07 DE MARZO DE 2024	
Nombre del supervisor:				ALEJANDRO DONCEL BARRIOS	
CONCEPTO DEL SUPERVISOR:					
EL CONTRATISTA CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES NORMALES DEL OBJETO DEL CONTRATO No 164 EL SUMINISTRO DE BIENES MUEBLES Y ENSERES PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E ESPINAL TOLIMA.					
POR LO CUAL SE AUTORIZA EL PAGO QUE CORRESPONDE A:					
Primero X	Segundo	Tercero	Cuarto		
Valor del pago		**$ 3.700.900**		Saldo del contrato	**$ 0**
OBSERVACIONES: FACT FVTA-1367					
Ciudad y Fecha: MARZO 20- DE 2024					
Firma: Supervisor:					
Destinatarios: Hoja de Vida-Contratista; Interventor					

Copia

ORDEN DE PAGO No. 81660

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE
Nit 890701033

DIA	MES	AÑO
12	mar	2024

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

Nombre y Apellidos: PARDO VARGAS NATHALEI JULIETH C.C ó Nit: 1105673174

Factura: FVTA-1367 Contrato: 37914

La suma de : Tres millones Cuatrocientos Cincuenta mil Quinientos Cuarenta y Cinco Pesos M/Cte.

Por concepto de : PARDO VARGAS NATHALEI JULIETH No. Fctra FVTA-1367

Concepto	Valor Afectado	(-) Descuento	Neto a Pagar
Valor Cuenta de Cobro	3,700,900		
Retefuente PJ Compras 2.5%		77,750	
Retención de Iva		88,635	
Rete Ica de Bienes 0.70%		21,770	
Tasa Pro Deporte y Recreacion		62,200	
Total Anticipos		0	
TOTALES ---------->			3,450,545

No. Registro	Vigencia	Codigo	Vigencia	Fondo	Valor
320	2024	21201010040101	2024	001	3,700,900

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

Recibí : _____ CXP - Autorizado _____

C.C / Nit

Factura Electrónica De Venta No

FVTA No. 1367

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764057166973 que habilita desde FVTA 1185 hasta FVTA 2000. Vence 2024-04-01

NATHALIE JULIETH PARDO VARGAS

Nit 1105673174 -- 2

Responsable de IVA. No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

CLIENTE	HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL TOLIMA - EMPRES	**POR CONCEPTO DE**	
NIT	890701033 0	FACTURA DE VENTA	
DIRECCIÓN	**CIUDAD** / **TELÉFONO**		
Cl. 4 #6-29	Espinal / 2770906		

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
08/03/2024	08/03/2024	ANDERSON RIVAS RAMIREZ	Contado

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	1001105	SILLA GIRATORIA	1	Und.	290.000	19%	55.100	290.000
2	150001	ESCRITORIO OPERATIVO	1	Und.	790.000	19%	150.100	790.000
3	14000928	SILLA INTERLOCUTORA	2	Und.	190.000	19%	36.100	380.000
4	77051520210	SILLA DINASTIA BLANCA	20	Und.	55.000	19%	10.450	1.100.000
5	87653	ARMARIO GRANDE RTT WG	1	Und.	550.000	19%	104.500	550.000

Total líneas o ítems: 5

SUBTOTAL	**3.110.000**
DESCUENTO	**0**
IVA	**590.900**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**3.700.900**

Valor en Letras

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 08/03/2024 14:51:16

Medios de Pago: Efectivo

CR 4 CLL 10 ESQUINA Teléfono 3165298824 Espinal

Correo Electrónico nathalie.pardo@hotmail.com

CUFE: 9b46a2f3c4968591be5931ee0f938566d86d2d1a68e19380a15be497f5b316d8865948e9b3115f209eb567f7ec25c734--Expedición:08/03/2024 02:58 PM

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			[illegible]
CIUDAD/MUNICIPIO:	[illegible]	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	[illegible]	TELÉFONO:	[illegible]
TIPO APORTANTE:	INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	[illegible]	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	[illegible]	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES / AÑO	[illegible]	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES / AÑO	[illegible]
DÍAS DE MORA:	[illegible]		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:										[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:													[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDADES NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDADES VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:									[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBTOTALES:			[illegible]	[illegible]	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

No	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF IBC	CCF ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MEN TOTAL APORTE
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]		[illegible]	PORVENIR	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL	$ 403.300

[illegible]

HOSPITAL SAN RAFAEL	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR	
CÓDIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13	VERSIÓN: 01	PÁGINA: 1 de 3

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

1. Datos generales.

Número del contrato:	154-CS							Fecha de suscripción:	7/03/2024
Tipo de contrato:	SUMINISTROS							Fecha de inicio:	7/03/2024
Nombre o razon social contratista:	NATHALIE JULIETH PARDO VARGAS							Número de cédula o NIT:	1.105.673.174
Periodo del informe:	1	3	2024	al	30	3	2024	Plazo de ejecucion:	10 DIAS CALENDARIO
Interventor:	N/A							Número de cédula o NIT;	
Supervisor:	ALEJANDRO DONCEL BARRIOS							Numero de cedula:	78.372.962
Nombre funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A							Objeto:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE BIENES MUEBLES Y ENSERES PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL TOLIMA.
Cargo funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A								

2. Información presupuestal.

Valor del contrato:	$ 3,700,900	Informacion presupuestal	Valor CDP	$ 3,700,900	Número CDP	258	Fecha CDP	5/03/2024
			Valor RP	$ 3,700,900	Número RP	320	Fecha RP	7/03/2024

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)	$ 3,700,900	Plazo Total de Ejecución (Plazo inicial + prorrogas)	10 DIAS CALENDARIO

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
Desarrollo Departamental	73-5731741203243894	$ 31,000	13/03/2024
Para Bienestar del Adulto	73-2731741203240043	$ 31,000	13/03/2024
Tolima 150 años de contribucion colombia	73-8731741203243912	$ 82,000	13/03/2024

4. Cumplimiento de Obligaciones.

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

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	SEGUROS MUNDIAL	I-100031135	7/03/2024	17/09/2024	7/03/2024	740,180
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES			7/03/2024	17/09/2024	7/03/2024	740,180

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:	$ 3,700,900	Valor Total Ejecutado	$ 3,700,900	Saldo por ejecutar	$ -

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		Periodo	mar-24
Certificación pago de Aportes			

Fecha emisión de Informe 20 | 3 | 2024

Nombre Supervisor y/o Interventor:	Nombre apoyo a la supervisión: N/A
Cargo Supervisor:	Cargo o Contrato: