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	070
Fecha de Suscripción	15 DE ENERO DE 2024
Fecha de iniciación de Actividades	15 DE ENERO DE 2024
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	FEBRERO

Valor del pago	$ 330,000	Saldo del contrato	$ 660,000

OBSERVACIONES: CUENTA DE COBRO No.303

Ciudad y Fecha: El Espinal Tolima,

Firma Supervisor:

08 MAR 2024

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE	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:	70							**Fecha de suscripción:**	15/01/2024		
Tipo de contrato:	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS							**Fecha de inicio:**	15/01/2024		
Nombre o razon social contratista:	JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ							**Número de cédula o NIT:**	93.132.773		
Periodo del Informe:	15	1	2024	al	15	2	2024	**Plazo de ejecucion:**	TRES (03) MESES		
Interventor:	N/A							**Número de cédula o NIT:**	n/a		
Supervisor:	DIANA MARCELA SANCHEZ MOLINA							**Numero de cedula:**	52.711.958		
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:	$ 990,000	**Informacion presupuestal**	**Valor CDP**	$ 990,000	**Número CDP**	95	**Fecha CDP**	15/01/2024
			Valor RP	$ 990,000	**Número RP**	99	**Fecha RP**	15/01/2024

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)**	$ 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	73-4327731601241151	$ 10,000	16/01/2024
Electrificación Rural	73-7327731601249148	$ 5,000	16/01/2024
Cultura	73-9327731601244043	$ 10,000	16/01/2024

4. Cumplimiento de Obligaciones.

Concepto general	SI	NO	Observaciones
Cumplimiento de obligaciones generales del contrato			

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: 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

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	$ 330,000	Saldo por ejecutar	$ 660,000

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° 9463754566DEL MES DE FEBRERO DE 2024 FECHA DE PAGO:29/02/2024
Certificación pago de Aportes	

Fecha emisión de Informe

Nombre Supervisor y/o Interventor: DIANA MARCELA SANCHEZ MOLINA

Cargo Supervisor:PROFESIONAL UNIVERSITARIOMERCADEO Y CONTRATACION

N/A

Nombre apoyo a la supervisión:

Cargo o Contrato:

ORDEN DE PAGO No. 81559

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE
Nit 890701033

DIA	MES	AÑO
29	feb	2024

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

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

Factura: DS602/CC303 Contrato: 070

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

Por concepto de : Servicios prestados de perifoneo, para la difusión de mensajes de promoción, prevención y conservación de la salud de la poblacion del area de influencia del HSR Espinal, según contrato 070, durante el periodo 15 de enero a 14 febrero de 2024

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
99	2024	212020200803	2024	001	330,000

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

Recibí : _____ CXP - Autorizado _____

C.C / Nit

EL SHOFAR NOTICIAS

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

Espinal, febrero de 2024

CUENTA DE COBRO No. 303

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 070 DEL 15 DE ENERO DEL 2024, del periodo del 15 de enero al 14 de febrero 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

PROGRAMACION PERIFONEO
CONTRATO 234 DEL 15 ENERO AL 15 DE FEBRERO DE 2024

A CONTINUACION PRESENTO PROGRAMACIÓN DEL PERIFONEO DEL MES DE ENERO – FEBRERO DEL 2024 EN EL MUNICIPIO DE EL ESPINAL:

MARTES 16 DE ENERO

9 A 10 PM
BARRIOS (Centro, santa margarita Ma.).

5 A 6 PM
BARRIOS (caballero y Góngora, centro, Isaías olivar).

MIERCOLES 17 DE ENERO

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

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

LUNES 22 DE ENERO

11 A 12 PM
VEREDAS (Caimanera. Coyarco, Puerto Peñón).

4 A 5 PM
BARRIOS (Chicoral)

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

EL SHOFAR NOTICIAS

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

MARTES 06 DE FEBRERO

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

MIERCOLES 14 DE FEBRERO

8:30 A 10:30 AM
BARRIOS (centro, rondón, libertador, Arkabal, Balcanes, Santa Margarita María)

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

TOTAL, HORAS: 11

Cordialmente,

JOSÉ NELSON SÁNCHEZ NUÑEZ
Cel. 3152875165

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14779483962

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	16. Buzón electrónico
9 3 1 3 2 7 7 3	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	93132773	19960827

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	NUÑEZ	JOSE	NELSON

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
EL SHOFAR NOTICIAS Y PUBLICIDAD	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

41. Dirección principal: BRR LA CEIBA MZA N CASA ONCE

42. Correo electrónico: noslensanchez@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3152875165	3134976632

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6020	20040326	5911	20040323			3472	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

58. Anexos SI ☐ NO ☒ | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2021 - 08 - 17 / 09 : 24 : 56

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

964. Nombre: SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 14-02-2023 02:12:00PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Referencia Bancaria

Miércoles, 14 de diciembre de 2022

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ identificado(a) con CC 93.132.773, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	41145849509	2022/12/14	ACTIVA

*** Importante** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 929 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Le estamos poniendo el alma

Bancolombia

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	AVE C CASA 6 MIT LA SEIBA	ESPINAL-TOLIMA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	483649801	94631706#1	I	2024/02/16	2024/02/29	BANCOLOMBIA	13	$191,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$650,000	$104,000			$650,000	$81,300			$0	$0			$650,000	$5,400		$0	$0
Centro de Trabajo: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS (1 Afiliados)					$650,000	$104,000			$650,000	$81,300			$0	$0			$650,000	$5,400		$0	$0
Ciudad: ESPINAL Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$650,000	$104,000			$650,000	$81,300			$0	$0			$650,000	$5,400		$0	$0
1	CC 93132773	SANCHEZ JOSE	23001	15	$650,000	$104,000	EPS017	15	$650,000	$81,300		0	$0	$0	14-23	15	$650,000	$5,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$650,000	$104,000			$650,000	$81,300			$0	$0			$650,000	$5,400		$0	$0

2024/02/29 03:36 PM