MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ

MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ NIT 21234850
Actividad Económica Principal 4771
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta FE - 1

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764081746178 de 18/10/2024 - 18/04/2025 autoriza FE-1 a FE-50000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	18/10/2024 14:38
Fecha de Vencimiento	17/11/2024 14:38
Fecha de Validación	18/10/2024 14:39
Forma de Pago	Crédito 30 DÍAS
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ
Nombre Comercial	
CC	21234850
Obligación	NO APLICA
Email	carmelinahernandezbermudez@gmail.com
Teléfono	3143953399
Dirección	CL 31 17 87 MULTF 13 CA 6 CONJ SANTA LUCIA
Ciudad, Depart.	VILLAVICENCIO, META (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
Nombre Comercial	HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
NIT	832001411
Obligación	NO APLICA
Email	gerencia@hospitalcaqueza.gov.co
Teléfono	311811324
Dirección	AV 5 5 80
Ciudad, Depart.	CAQUEZA, CUNDINAMARCA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	Bata manga corta con cinturon y logo	BATAS PARA PACIENTES EN DRYL	20	94	$78,900.00		$1,578,000.00	$1,578,000.00
2	Piyamas de Mayo de Cirugia con Logo	UNIFORMES CAMISA Y PANTALON EN DRYL	55	94	$148,500.00		$8,167,500.00	$8,167,500.00

2

Subtotal	$9,745,500.00
Total a Pagar	$9,745,500.00

Unidades de medida: 94 = unidad

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 76582d8ab14efa51fdf9d52fdf5732ecd77522f6156dd75277b150f23cee0c930786cb2224784f3a76fed0d62ad69428

Scanned with CamScanner

INFORME ENTREGA
CONTRATO DE COMPRA 542 de 2024

CONTRATO DE COMPRA	**542 DE 2024**
CONTRATISTA	*MARIA DEL CARMEN HERNADEZ BERMUDEZ CC. 21.234.850 de Villavicencio*
CONTRATANTE	*E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA*
OBJETO:	**"ADQUISICION DE ROPA QUIRURGICA Y BATAS PARA EL AREA DE CIRUGIA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA".**
TERMINO DE EJECUCION	**VEINTE (20) DIAS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO**

ACTIVIDADES EJECUTADAS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL: *Las actividades ejecutadas fueron las siguientes:*

- *El contratista hace entrega real y material de los Uniformes y batas en su totalidad conforme las cantidades pactadas en las instalaciones del Almacen del Hospital*

- *El contratista hace entrega de las garantías, de cada elemento suministrado y se encuentra disponible para atender cualquier reclamo*

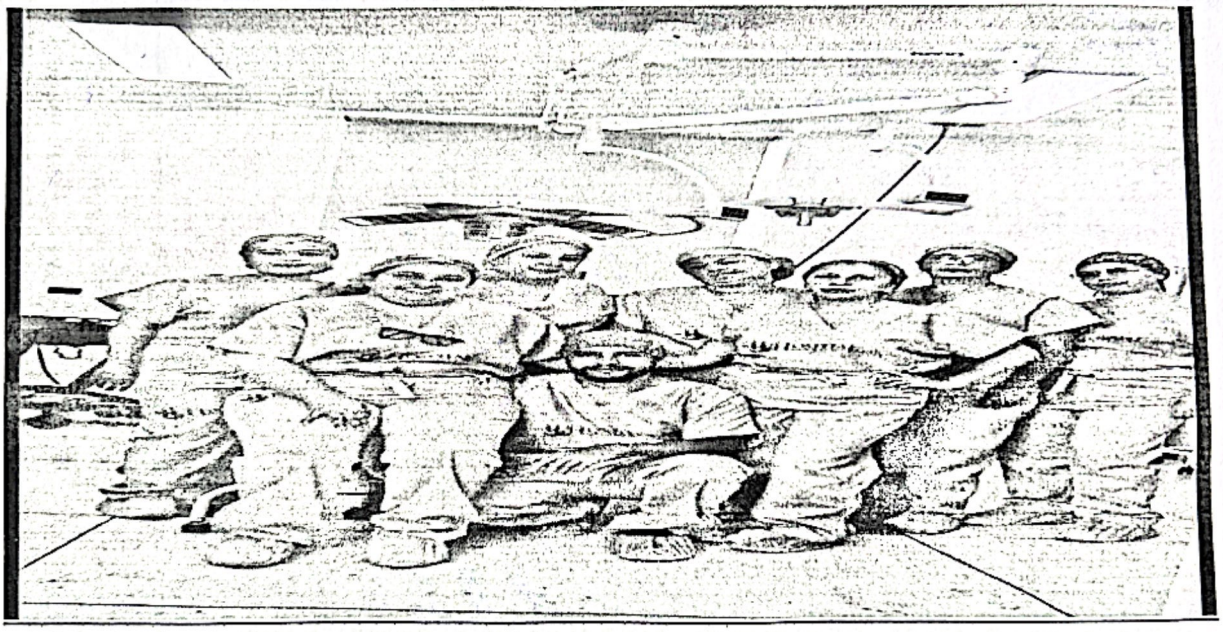
- *Se entrega el pago de seguridad social correspondiente al mes de octubre de 2024, como se evidencia en Planilla.*

- *Se relaciona a continuación las cantidades que se entregaron:*

Scanned with CamScanner

CANT	DETALLES
55	PIJAMA ELABORADAS EN ; TELA DRILL POLIESTER 94% Y ALGODÓN 6% COLOR VERDE HOSPITALARIO TALLAS ; XXL . XL, L. M Y S MARCADAS CON EL LOGO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA, LA CAMISA Y EL PANTALON LA CAMISA VA CON DOS BOLSILLOS EN LA PARTE DE ADELANTE Y CUELLO V Y EL PANTALON CON PRETINA Y CON CORDON
20	BATAS PARA PACIENTE ELABORADAS ; TELA DRILL POLIESTER 94% Y ALGODÓN 6% COLOR VERDE HOSPITALARIO TALLAS ; XXL . MARCADAS CON EL LOGO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA, LA BATA LLEVA ALREDEDOR DE LA CINTURA EL CORDON PARA AMARRAR

REGISTRO FOTOGRAFICO



CORDIALMENTE,

MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	21234850	MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ	CENTRO COMERCIAL GALERON OFC 111	6664426	faryet75@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-10	2024-10	I	18/10/2024	81074029	TOTAL A PAGAR	
					$162.500	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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

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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	162.500	162.500

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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	21234850	MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ	CENTRO COMERCIAL GALERON OFC 111	6664426	faryet75@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	18/10/2024	81074029	$162.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en exterior	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Caso a riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	21234850	HERNANDEZ BERMUDEZ MARIA DEL CARMEN	3	3		N																		0	0	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Generado por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO

VILLAVICENCIO,
META,
COLOMBIA,
A quién interese

09/09/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **21234850**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488434029630**
Fecha de apertura	**12/09/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Scanned with CamScanner