EBS

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL CAQUEZA NIT: 832.001.411-7	INFORME DE SUPERVISION No.1	FO-405-V1
	CONTRATO No. 755-2025 23 de ABRIL DE 2025	PERIODO DEL INFORME 01/05/2025- 30/05/2025

DATOS DEL CONTRATO			
Contratista: MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ NIT: 21.234.850			
Objeto: ADQUISICION DE CHALECOS PARA PERSONAL A REALIZAR ACTUVUDADES DE EQUIPOS BASICO PARA LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA.			
El valor del presente contrato es de: DIECINUEVE MILLONES OCHENTA MIL PESOS ($ 19.080.000.00) MONEDA CTE.			
Plazo: QUINCE (15) DIAS Prorroga. Adición: $	Fecha de Iniciación:25/04/2025 Fecha de Terminación: 09/05/2025 Fecha de prorroga: Fecha de adición: Fecha de inicio de la suspensión: Fecha de reinicio: Fecha de Terminación por suspensión:	Presupuesto inicial: $ 19.080.000 Adición: $ Presupuesto Ejecutado: $ 19.080.000.000 Saldo presupuestal: $ **0**	Porcentaje de ejecución: 100 %

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

FECHA	FACTURA N°	SUBTOTAL	IVA	TOTAL	CUMPLE		OBSERVACIONES
					SI	NO	
06/05/2025	FE-7	19.080.000	0	19.080.000.00	x		C.E 12929
TOTAL				**$70.446.215**			

DOCUMENTOS PRECONTRACTUALES	Si / No / N.A.	DOCUMENTOS CONTRACTUALES	Si / No / N.A.	DOCUMENTOS POSTCONTRACTUALES	Si / No / N.A.
Estudio de mercado	NO	RUT	SI	Acta de inicio	SI
Certificado de disponibilidad presupuestal - CDP	SI	RIT	NA	Recibido a satisfacción o ingreso almacén	SI
Estudio previo	SI	Cámara de Comercio (Persona Jurídica)	SI	Factura o documento equivalente	SI
Recepción de propuestas	SI	Cédula de ciudadanía	SI	Pago de seguridad social del periodo facturado	SI
Evaluación de propuestas	SI	Certificado de antecedentes disciplinarios, procuraduría, personería, contraloría, policíaSI	SI	Orden de pago	NO
		Minuta contractual	SI	Acta de prorroga y/o adición	NO
		Registro Presupuestal – RP	SI	Acta de reinicio Acta de Terminación	SI

El supervisor declara que toda la información relacionada en el presente informe corresponde a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como los pagos efectuados en el marco del Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI.

Las condiciones técnicas presentadas por el contratista, se encuentran de acuerdo con la descripción técnica del objeto contractual por lo cual se recibe a satisfacción.

Cordialmente,

ARIEL DANILO BASTO TRUJILLO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO y FINANCIERO
SUPERVISOR CONTATO N° 755-2025

Apoyo a la Supervisión - CONTATO N° 755-2025
Elaboro: Adriana Clavijo- Líder de Almacen – Andrés Castellanos- Líder de Convenios
Reviso: Alfredo Fernández-Apoyo gestión contratos suministros

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA

832001411

Fecha Actual : lunes, 19 mayo 2025

NOTA DE PAGOS

Consecutivo : 1918 **Estado :** Confirmado
Tercero: 21234850 MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ
Proveedor: 21234850 MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ
Fecha de la Nota : 13/05/2025 12:00:00 a. m. **Naturaleza de la Nota :** Credito
Valor : $ 190.800,00

Detalle : SE AJUSTA RETENCION EN LA FUENTE A ENTRADA 12929 FRA FE7
Son :CIENTO NOVENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
084 RETENCION COMPRAS NO DECLARANTES	24360802		COMPRAS 3.5%	Debito	$ 667.800,00
003 RETENCION POR COMPRAS	24360801		COMPRAS 2.5%	Credito	$ 477.000,00

DESCRIPCIÓN DE FACTURAS

Factura	Fecha	Vencimiento	Cuenta	Valor
fe7	6/05/2025 12:00:00 a. m.	6/05/2025 12:00:00 a. m.	24010101	$ 190.800,00

1022970244 -DIANA ESTEFANIA HERNANDEZ BAEZ

Revisado Por:

Aprobado

Contabilizado

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA

COMPROBANTE ENTRADA
Nº00000000012929

PROVEEDOR: MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BERMUDEZ **NIT:** 21234850 **FECHA:** 06/05/2025 03:43 p. m.

CIUDAD: VILLAVICENCIO (META) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: CL 31 17 87 MULTF 13 CA 6 CONJ SANTA LUCIA **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: **TASA CAM:** 0,00

Nº FACTURA: fe7 **% ICA:** 9,0000 **PLAZO:** 0 **FECHA FAC:** 06/05/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
CH152	CHALECO CON DISTINTIVO, EN TELA ANTIFLUIDO ,COLOR AZUL REY (EQUIPOS BASICOS)	UNIDAD	159,00	$ 120.000,00	$ 19.080.000,00	0,00	0,00

DETALLE

sumnistro de chalecos para equipos basicos segun resolucion 00001220 de 2024 segun fra fe7

SUBTOTAL:	$ 19.080.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 171.720,00
RETE FUENTE:	$ 667.800,00
OTRAS RETE:	$ 477.000,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 17.763.480,00

TOTAL COMPROBANTE:

DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Ordenado Por

Aprobado

39731721 - ADRIANA MARIA CLAVIJO REYES

Recibido

Factura Electrónica de Venta FE - 7

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764092703146 de 02/05/2025 - 02/11/2025 autoriza FE-6 a FE-50000

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

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	06/05/2025 12:09
Fecha de Vencimiento	08/05/2025 12:09
Forma de Pago	Crédito 2 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	recepcionfacturashsrc@gmail.com
Teléfono	311811324
Dirección	AV 5 5 80
Ciudad, Depart.	CAQUEZA, CUNDINAMARCA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	1. "CHALECOS CON DISTINTIVOS	"CHALECOS CON DISTINTIVOS , EN TELA ANTIFLUIDO STRECH , COLOR AZUL REY FORRADO EN INTERMALLA NEGRA, CON 3 BOLSILLOS CON SESGO , CON CREMALLERAS Y CON LOGO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA EN LA PARTE IZQUIERDA Y EN LA PARTE DE ATRAS MARCADO CON (EQUIPO BASICO, DEBAJO LOGO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA Y DEBAJO EL LOGO DE COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA. CON CINTA ANTIREFLECTIVA POR TODO EL REDEDOR DEL CHALECO EN TALLAS L XL Y XXL<"	159	EA	$120,000.00	IVA 0%	$19,080,000.00	$19,080,000.00

1

Subtotal	$19,080,000.00
Total a Pagar	$19,080,000.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

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	faryat75@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	
2025-05	2025-05	I	05/05/2025	86287620	$355.900	

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	355.900	0		0		0	0	0	0	355.900	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	355.900	355.900
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	355.900	355.900

PAGADA

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

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	
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	05/05/2025	86287620	$355.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Horas	Extranjero	Cotiza solidario	Estudiante	IGE	LMA	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	Clase de 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	2.847.000	355.900		0		0		0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Villavicencio, mayo de 2025

EL SUSCRITO CONTADOR

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 , modificado por el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, la Señora Maria del Carmen Bermúdez, identificada con cedula de ciudadanía 21.234.850 expedida en Villavicencio, cuyo domicilio es Centro Comercial Galerón OFC 111 , que durante el periodo comprendido entre el primero (1) de enero al treinta y uno (31) de mayo de 2025, presentó de manera oportuna el pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales demostrando que se ha cumplido con las obligaciones.

Adjunto soporte de los pagos del último periodo.

En constancia de lo anterior firmo en la ciudad de Villavicencio a los 2 días del mes de mayo de 2025.

BERTHA ALCIRA RAMOS GUATIVA
C.C.30966347
T.P.: 59179-T

Villavicencio, mayo de 2025

INFORME CHALECOS
CONTRATO DE COMPRA 755 de 2025

CONTRATO DE COMPRA	755 DE 2025
CONTRATISTA:	MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ
CONTRATANTE:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CÁQUEZA
OBJETO:	"ADQUISICION DE CHALECOS PARA EL PERSONAL A REALIZAR ACTIVIDADES DE EQUIPOS BASICOS PARA LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA"Y MUNICIPIOS ADSCRITOS

ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO AL CONTRATO: Las siguientes fueron las actividades ejecutadas :

- Se Confeccionaron los chalecos conforme se solicito en la tela requerida, con las cintas reflectivas, marcados con los logos de Hospital y de Equipos básicos, en las tallas solicitadas S M L XL

- Por parte del CONTRATISTA , se entrega en las instalaciones del almacen del Hospital, la cantidad estipulada en el contrato de chalecos.

- Se hace entrega del pago de la seguridad social del mes de mayo de 2025 , como se evidencia en Planilla, junto con la certificación del contador.

- Así mismo, el CONTRATISTA, deja la disponibilidad para solucionar cualquier cambio, o cualquier arreglo que deba hacerse a algún chaleco.

REGISTRO FOTOGRAFICO



Cordial Saludo,

Carmen Hernandez

MARIA CARMEN HERNANDEZ
21234850
CONTRATISTA



HOSPITAL SAN RAFAEL CZA
Proceso de Pago

Encabezado Proceso de Pago

Nombre Proceso de Pago	MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ EBS RES 1220	**Estado Proceso**	Pagado
Nº Proceso de Pago	51528684		
Origen de los Fondos	OFICIAL - 550469400093065		
Fecha de Creacion	21/05/2025	**Fecha de Pago**	21/05/2025 17:43
Total de Registros	2	**Monto Total**	$ 19.080.000,00
Registros Ingresados	2	**Monto Ingresado**	$ 19.080.000,00

Detalle de Pagos

Nit Destino	Nombre Destino	Referencia	Tipo Producto o Servicio Destino	Producto o Servicio Destino	Entidad Destino	Valor	Estado	Motivo Rechazo
8320014117	0 0	0000000000000000	Corriente	469469999988	DAVIVIENDA	$ 1.125.720,00	Pago Exitoso	
21234850	0 0	0000000000000000	Ahorros	488434029630	DAVIVIENDA	$ 17.954.280,00	Pago Exitoso	