

JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA - Documento No.: 1024538593

DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS
CON CERO CTVS M/Cte.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA**832001411**

Fecha Actual : martes, 04 marzo 2025

Página 1/1

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 00000000034153

Consecutivo : 00000000034153 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 17/02/2025 2:00:12 p. m. Valor : \$ 2.608.721,00
Beneficiario 1024538593 VIVAS NIVIA JOHANA PAOLA

PAGO (CTO 578 DE 2024) PRESTACION DE SERVICIOS COMO
ENCUESTADOR EN LA EVALUACION DE COBERTURAS DE
VACUNACION EN LOS 116 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE
CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA
GESTION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION
SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2024. DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE
2024. *Numero Nota: 26247*

Valor en Letras DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DE BOGOTA

Numero : Consignar : 02/17/2025 Impuesto X Mil : \$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DE BOGOTA 580095628	1024538593	11100647	\$ 0,00	\$ 2.608.721,00
CONCURRENCIA				
SERVICIOS TECNICOS-SERVICIOS	1024538593	24905501	\$ 2.608.721,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
DOCS0000001856	\$ 2.608.721,00				

ORDEN DE PAGO GENERADA

Consecutivo	Fecha	Rubro	Nombre	Recurso	Valor
297	20250217	2450209931010302	VIGENCIA ANTERIOR PIC DEPTAL: SERV. TECNICOS ASISTENCIALES	60 - VENTA DE SERVICIOS DE SALUD CON S. DE FONDOS	\$ 2.632.413,00

PREPARADO

REVISADO

APROBADO

CONTABILIZADO

FIRMA Y SELLO DEL
BENEFICIARIOElaboró. :1122138273 JENNY MARCELA ROZO
CASTELLANOS

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Usuario Id. :1122138273

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA] NIT [832001411-7]

COMPROBANTE ENTRADA
N°00000000011201

PROVEEDOR: JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA NIT: 1024538593 FECHA: 10-01-2025 10:47 AM
CIUDAD: SOACHA (CUNDINAMARCA) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 1 ESTE 22 18 BRR PORVENIR MONEDA: Pesos
TELEFONO: TASA CAM: 0.00
N° FACTURA: DOCS0000001856 % ICA: 9.0000 PLAZO: 0 FECHA FAC: 10-01-2025 12:00 AM

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
HON Y SERV. PROVISION	PROVEEDORES		1.00	\$2,632,413.00	\$2,632,413.00	0.00	0.00

DETALLE

(CTO 578 DE 2024) PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENCUESTADOR EN LA EVALUACION DE COBERTURAS DE VACUNACION EN LOS 116 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA GESTION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2024. DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024.

SUBTOTAL: \$2,632,413.00
DESCUENTO: \$0.00
IMPUESTO: \$0.00
FLETES: \$0.00
IMP FLETES: \$0.00
RETE IVA: \$0.00
RETE ICA: \$23,692.00
RETE FUENTE: \$0.00
OTRAS RETE: \$0.00
OTRAS DEDUC: \$0.00
IMP DISTRI: \$0.00
AJUSTE RED: \$0.00
AJUSTE AL TOTAL: \$0.00
TOTAL COMPR: \$2,608,721.00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Ordenado Por

Aprobado

Recibido

1022970244 - DIANA ESTEFANIA HERNANDEZ
BAEZ

HSE HOSPITAL SAN RAFAEL		TIPO DE DOCUMENTO		PROCESO O SUBPROCESO QUE LO GENERA	
FORMATO		NOMBRE		GESTION JURIDICA	
INFORME DE SUPERVISION		CODIGO		FECHA DE VERSION	
		FO-JU-317-V4		25/05/2024	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION ASISTENCIAL					
CONTRATO No.	578	DE	2024	NOMBRE CONTRATISTA	JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA
	(Número de contrato)		(Año de suscripción)	IDENTIFICACION	1.024.538.593
SUMINISTRO	☐	CONSULTORIA	☐	PREST. DE SERVICIOS	☒
				OBRA	☐
				OTRO	☐
I. OBJETO DEL CONTRATO					
PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENCUESTADOR EN LA EVALUACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LOS 116 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2024.					
II. OBJETO DEL INFORME DE SUPERVISION					
CONCEPTUAR ACERCA DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MENCIÓN DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO					
ENTRE EL	1	DE	NOVIEMBRE	AL	30
				DE	NOVIEMBRE
					DE 2024
III. ESTADO ACTUAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO					
EL INFORME PRESENTADO DA CUENTA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PARA EL PERÍODO REFERIDO.					
IV. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESCRITAS POR EL CONTRATISTA					
DURANTE EL PERÍODO REPORTADO, EL CONTRATISTA DIO CUMPLIMIENTO AL 100% DE LAS OBLIGACIONES CONTRATADAS, SEGÚN RELACION DE ACTIVIDADES, ACORDE A LAS FUNCIONES ESPECIFICAS EN EL OBJETO CONTRACTUAL, PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENCUESTADOR EN LA EVALUACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LOS 116 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2024.					
CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO			EJECUCION PRESUPUESTAL		
LA SUPERVISIÓN CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL 67 % DEL OBJETO, OBLIGACIONES Y PRODUCTOS CITADOS EN EL CONTRATO No. 586 DE 2024 PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024 67%.			PRESUPUESTO INICIAL		
			\$ 5.264.826		
			ADICION PRESUPUESTAL		
			\$ 2.632.413		
			TOTAL PRESUPUESTO		
			\$ 7.897.239		
			VALOR MENSUAL		
			\$ 2.632.413		
			PRESUPUESTO EJECUTADO		
			\$ 5.264.826		
			SALDO PRESUPUESTAL		
			\$ 2.632.413		
V. FECHA ENTREGA INFORME					
FECHA	1	7	1	2	2024
	DIA	MES	ANO		
VI. APROBACION DE ACTIVIDADES					
procesos relacionados donde se ejecutan actividades,					
reviso,					
LINA VALERIA BOBADILLA			KATHERINE MARTINEZ TORRES		
Apoyo administrativo y jurídico a la Subgerencia Científica			Coordinadora Bloque Comunitario		
VII. APROBACION DEL INFORME					
ZENYR SANABRIA VEGA					
CC 92.553.652					
SUBGERENTE CIENTIFICO					
SUPERVISOR CONTRATO	578	2024	CONCEPTO DE SUPERVISION	FAVORABLE	✓
				NO FAVORABLE	
			OBSERVACIONES		

Die 18/24

INFORME No. 02 DE 2024																		
INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES. OBJETIVO DEL INFORME: INFORMAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024																		
NUMERO DE CONTRATO		578 DE 2024																
NOMBRE DE CONTRATISTA		JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA																
NOMBRE DEL CONTRATANTE		HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA																
OBJETO DEL CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENCUESTADOR EN LA EVALUACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LOS 116 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2024.																
VALOR DEL CONTRATO		CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$5.264.826)																
PLAZO DE EJECUCION		DOS (02) MESES																
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO		11 DE OCTUBRE 2024																
FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO		31 DE OCTUBRE 2024																
ADICION No.		DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$2.632.413)																
PRORROGA No.		0																
POLIZA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL			<table border="1"> <tr> <td>APLICA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>X</td> </tr> </table>				APLICA	SI	NO	X								
APLICA	SI	NO	X															
NUMERO DE POLIZA	No. ANEXO	ADICION Y/O PRORROGA	FECHA DE EXPEDICION	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA												
				CUMPLIMIENTO														
				CALIDAD DE SERVICIOS														
FECHA	No FACTURA O CUENTA DE COBRO	VALOR HORA	TOTAL HORAS	TOTAL	EJECUCION DEL PRESUPUESTO	VALORES												
30/11/2024	2			\$ 2.632.413	PRESUPUESTO INICIAL	\$ 5.264.826												
					ADICION	\$ 2.632.413												
					VALOR PROMEDIO MENSUAL	\$ 2.632.413												
					PRESUPUESTO EJECUTADO	\$ 5.264.826												
					SALDO	\$ 2.632.413												
EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN CLAUSULA QUINTA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 578 DE 2024, ME PERMITO RELACIONAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE EJECUCION DESDE (01/11/2024), HASTA (30/11/2024), DEL OBJETO CONTRACTUAL PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENCUESTADOR EN LA EVALUACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LOS 116 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2024. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACTIVIDADES ESPECIFICAS</th> <th>ACTIVIDADES REALIZADAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Desarrollar las actividades operativas de la evaluación de Coberturas dando cumplimiento a los lineamientos del MPS vigentes;</td> <td>Se realiza recolección de la muestra casa a casa, en el municipio de 1. Pulí 2. Boltrán 3. Guataquí 4. Jerusalén 5. Nariño 6. Tibacuy 7. Pandí 8. Venecia 9. Quipile 10. Cabrera 11. Nilo 12. Tena 13. San Juan de río seco 14. Granada</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Transcripción de los datos registrados en los carné de vacunación a la planilla de datos suministrados por el ministerio de salud,</td> <td>Se realiza transcripción de datos de carné de vacunación original de cada uno de los menores en el Formato evaluación de cobertura, oportunidad y</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Registro de motivos de no vacunación e información específica de niños sin esquema completo para entrega a supervisor.</td> <td>Se realiza registro de motivos de no vacunación en el Formato evaluación de cobertura, oportunidad y esquema completo del programa permanente y se diligencia Anexo 8 barrido documentado</td> </tr> </tbody> </table>								ACTIVIDADES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	1	Desarrollar las actividades operativas de la evaluación de Coberturas dando cumplimiento a los lineamientos del MPS vigentes;	Se realiza recolección de la muestra casa a casa, en el municipio de 1. Pulí 2. Boltrán 3. Guataquí 4. Jerusalén 5. Nariño 6. Tibacuy 7. Pandí 8. Venecia 9. Quipile 10. Cabrera 11. Nilo 12. Tena 13. San Juan de río seco 14. Granada	2	Transcripción de los datos registrados en los carné de vacunación a la planilla de datos suministrados por el ministerio de salud,	Se realiza transcripción de datos de carné de vacunación original de cada uno de los menores en el Formato evaluación de cobertura, oportunidad y	3	Registro de motivos de no vacunación e información específica de niños sin esquema completo para entrega a supervisor.	Se realiza registro de motivos de no vacunación en el Formato evaluación de cobertura, oportunidad y esquema completo del programa permanente y se diligencia Anexo 8 barrido documentado
	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS																
1	Desarrollar las actividades operativas de la evaluación de Coberturas dando cumplimiento a los lineamientos del MPS vigentes;	Se realiza recolección de la muestra casa a casa, en el municipio de 1. Pulí 2. Boltrán 3. Guataquí 4. Jerusalén 5. Nariño 6. Tibacuy 7. Pandí 8. Venecia 9. Quipile 10. Cabrera 11. Nilo 12. Tena 13. San Juan de río seco 14. Granada																
2	Transcripción de los datos registrados en los carné de vacunación a la planilla de datos suministrados por el ministerio de salud,	Se realiza transcripción de datos de carné de vacunación original de cada uno de los menores en el Formato evaluación de cobertura, oportunidad y																
3	Registro de motivos de no vacunación e información específica de niños sin esquema completo para entrega a supervisor.	Se realiza registro de motivos de no vacunación en el Formato evaluación de cobertura, oportunidad y esquema completo del programa permanente y se diligencia Anexo 8 barrido documentado																

RELACION DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES						
NUMERO DE PLANILLA DE PAGO	IBC 40%	Tipo de aporte			MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE	Valor Pagado
		SALUD (12.5%)	PENSION (16%)	ARL (2.436%)		
1068827753	\$ 1.300.000	\$ 86.700	\$ 111.000	\$ 16.900	octubre	\$ 214.600

SE ADJUNTA SOPORTE FISICO Y/O DIGITAL.

EL PRESENTE INFORME FINAL SE EFECTUA CON EL ANIMO DE SUSTENTAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO 50% Y COMO SOPORTE PARCIAL N°2

FECHA DE PRESENTACION 17 DE DICIEMBRE DEL 2024

CORDIALMENTE

Cáqueza, 17 de Diciembre del 2024

CUENTA DE COBRO No. 02

LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
NIT 832.001.411-7

DEBE A

JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA
CC 1.024.538.593

DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS (\$2.632.413 M/TE) por concepto de PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENCUESTADOR EN LA EVALUACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LOS 116 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2024. durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 de Noviembre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato No.578 de 2024, suscrito con La E.S.E. Hospital San Rafael de Caqueza.

Por favor consignar:

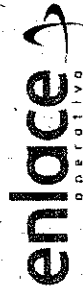
BANCO: BANCO DE BOGOTA

TIPO DE CUENTA: AHORROS

No CUENTA: 272179615

Johana Vivas

JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA



SuAporte | Factura

Fecha creación reporte: 2025-01-21, 09:29:21 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 75687547

Período Cotización: noviembre de 2024

Período Servicio: noviembre de 2024

Fecha límite de pago: 2024-12-20

PAGADA 21/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA		Dirección	CR 1 ESTE #22 - 18	
Documento	CC1024538593		Teléfono	3115868253	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Forma Presentación	UNICO	
Tipo Persona	NATURAL		Total Afiliados	1	
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal					

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades										Salud		Riesgos		Cajas			Parafiscales		Total	
		Identificación	Apellido y Nombre	Tipo Cotante	Súbito Cotante	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC	BC
CC 1024538593	VIVAS NIVIA JOHANA PAOLA	37	00																			
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	IBC Pensión	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	IBC Pensión	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS	IBC FSP	IBC FSS
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

Subtotal de intereses de

Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de	Subtotal de intereses de
\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200	\$ 402.200

Total

Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800	\$ 410.800

Contable



Consulta directa informe individual

Seleccione los parámetros de consulta

Tipo de documento (*)	Cédula de ciudadanía	Número de identificación (*)	1024538593
Aportante	JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA		
☐ Rango fecha de pago	Fecha desde		
	Fecha hasta		
☒ Periodo de cotización	2024-11		
Tipo Reporte	☒ Activos		

[Consultar](#)

Número planilla	Periodo cotización	Tipo de planilla	Fecha pagada	Nombre empresa	Sucursal
75687547	2024-11	I	2025/01/21	JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA	
Página 1 de 1				10	

5493



SuAporte | Factura

Fecha creación reporte: 2025-01-21, 09:25:51 AM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 75687471
Período Cotización: octubre de 2024 Período Servicio: octubre de 2024 Fecha límite de pago: 2024-11-25

PAGADA 21/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA				
Documento	CC1024538593		Dirección	CR 1 ESTE #22 - 18	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	3115868253	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades												Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas				Parafiscales		Total
		Saldo Cotante	Tipo Cotante	IBC Salud	IBC Pensión	IBC Riesgos	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	
Identificación	VIVAS NIVIA JOHANA PAOLA	57	00																							
IBIC Pensión	\$ 1.300.000																									\$ 402.200
IBIC Salud	\$ 1.300.000																									\$ 402.200
IBIC Riesgos	\$ 1.300.000																									\$ 402.200
TOTAL FINAL																										

Bobibibad

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



Consulta directa informe individual

Seleccione los parámetros de consulta

Tipo de documento (*)	Cédula de ciudadanía	Número de identificación (*)	1024538593
Aportante	JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA		
☐ Rango fecha de pago	Fecha desde		
	Fecha hasta		
☒ Periodo de cotización	2024-10		
Tipo Reporte	☒ Activos		

Consultar

Número planilla	Periodo cotización	Tipo de planilla	Fecha pagada	Nombre empresa	Sucursal
75687471	2024-10	I	2025/01/21	JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA	

Página 1 de 1 10

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SECCIÓN 2515 REGIONAL 0016
UNIDAD EJECUTORA 10 E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL CAQUEZA

CONSECUTIVO N° 348

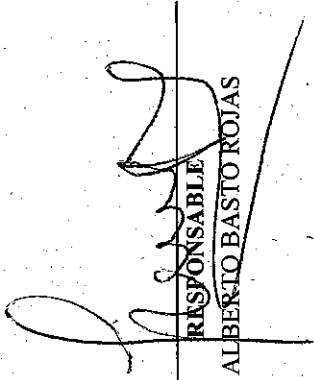
FECHA DE DISPONIBILIDAD 2025/01/10 4:16:36 PM FECHA DE VENCIMIENTO 2025/12/31 11:59:59 PM
AÑO FISCAL: 2025 ESTADO: Registrado

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA

Que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en el (los) siguiente(s) rubros presupuestal(es).

GASTO	RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR	DEBITOS	CREDITOS	VALOR ACTUAL
B3	2450209931010302	60	VIGENCIA ANTERIOR PIC DEPTAL: SERV. TECNICOS ASISTENCIALES	\$2,632,413.00	\$0.00	\$0.00	\$2,632,413.00
TOTAL:				\$2,632,413.00			\$2,632,413.00

OBJETO CDP : CXP CON CARGO A CTO 578 DE 2024


RESPONSABLE
LUIS ALBERTO BASTO ROJAS

Nombre reporte : PSRPGD/Disponibilidad

Usuario: 11407457

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
832001411

Compromiso

Estado : Registrado

Consecutivo : 246

Fecha : 10/01/2025

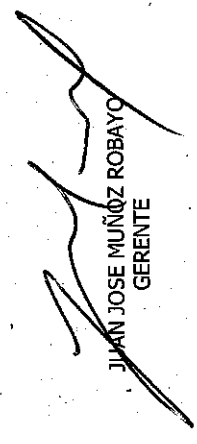
Tercero: 1024538593 JOHANA PAOLA VIVAS NIVIA

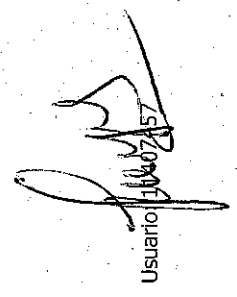
Documento: Otro CXP CON CARGO A CTO 578 DE 2024

Detalle : CXP CON CARGO A CTO 578 DE 2024

Se hizo el registro de el (los) siguiente(s) compromiso(s):

RUBROS						
Disponibilidad	Código	Nombre	Recurso	Tipo de Gasto	Valor Inicial	Total Final
348	24502090310	VIGENCIA ANTERIOR PIC DEPTAL; SERV. TECNICOS ASISTENCIALES	60 - VENTA DE SERVICIOS DE SALUD CON S. DE FONDOS	83 - ADQUISICION DE SERVICIOS DE OPERACION COMERCIAL	\$2,632,413.00	\$2,632,413.00
Total Compromiso :					\$2,632,413.00	\$2,632,413.00


JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO
GERENTE


Usuario: 10007157

Nombre reporte : PSRPGCompromiso