INFORME DE SUPERVISION

Fecha del informe:	**Día: 28**	**Mes: 11**	**Año: 2025**
Número de informe	**002**		

1

1.Identificación	**Tipo de contrato:**	**Prestación de servicios**		**Otro**	**X**		**¿Cuál? Contrato interadministrativo**				**No. 008**
	Contratista:	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CIRCASIA							**Fecha de suscripción del contrato:**		31-03-2025
									Fecha de acta de inicio		31-03-2025
	Tipo de identificación: *	**CC**	**CE**	**PA**	**NIT X**	**Número:**	890000671-1				
	Objeto del contrato:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE CIRCASIA DURANTE LA VIGENCIA 2025.									
	Tipo de Modificación	Adición	N/A	Prórroga	N/A	Otro		¿Cuál ?			
	Número y Fecha de suscripción del modificatorio:	N/A									

*CC: Cédula de ciudadanía/ CE: Cédula de extranjería/PA: Pasaporte/NIT: Número de identificación tributaria

INFORME DE SUPERVISION

2. Información Financiera.

Valor del contrato: (Letras y números)		Trescientos diez millones novecientos sesenta y siete mil trescientos cincuenta y tres con veintitrés centavos				$310.967.353,23		
CDP		**CRP**		**NOMBRE DEL PROYECTO**		**Valor ($)**		
315		316		Fortalecimiento Juntos por tu salud 1 Circasia		$310.967.353,23		
CODIGO PRESUPUESTAL	**NOMBRE**	**FUENTE**	**SECTOR**	**PROGRAMA**	**PRODUCTO**	**CPC**	**BPIN**	**VALOR**
2.3.2.02.02.009	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	1.2.4.2.02 SGP-SALUD-SALUD PUBLICA	19 SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	1905 Salud Pública	1905014-	91122 – Servicios para la comunidad, sociales y personales	202500000000903-Fortalecimiento Juntos por tu Salud1 Circasia	**$243.066.540,00**
2.3.2.02.02.009	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	1.2.4.2.02 SGP-SALUD-SALUD PUBLICA	19 SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	1905 Salud Pública	1905014-	91122 – Servicios para la comunidad, sociales y personales	202500000000903-Fortalecimiento Juntos por tu Salud1 Circasia	**$67.500.813,23**
2.3.2.02.02.009	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	1.2.4.2.02 SGP-SALUD-SALUD PUBLICA	19 SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	1905 Salud Pública	1905022	91122 – Servicios para la comunidad, sociales y personales	202500000000903-Fortalecimiento Juntos por tu Salud1 Circasia	**$400.000**

CONTROL DE PAGOS

Informe No.	Vr/Contrato ($)	Valor Ejecutado ($)	Valor por Ejecutar ($)
001	$310.967.353,23	$174.973.604,51	$135.993.748,72
002	$310.967.353,23	$221.040.813,31	$89.926.539,92

Valor por pagar con el presente informe: Cuarenta y seis millones sesenta y siete mil doscientos ocho con ochenta centavos **$46.067.208,80** **CONTROL DE PAGOS – RP 316 del 31 de Marzo de 2025** **Producto 1905014 FUENTE 1.2.4.2.02 SE PAGARÁ $30.300.000** **Producto 1905014 FUENTE 1.2.4.2.02 SE PAGARÁ $15.767.208,80**	**Nota**
Periodo del informe:	01 de Octubre al 31 de Octubre 2025

INFORME DE SUPERVISION

3. Descripción de actividades

INFORME DE ACTIVIDADES				
Después de revisado el Informe de Actividades presentado por la Contratista, se puede concluir que viene cumpliendo a cabalidad con las obligaciones establecidas en el Contrato en el período indicado, toda vez que presenta los siguientes productos:				
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**	**PRODUCTO Y/O EVIDENCIA**	**FORMATO DE LA EVIDENCIA**	
			DIGITAL	**FÍSICO**
1.La Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Vicente de Paul deberá participar en reunión de aclaración y programación de acciones a desarrollar para dar cumplimiento al contrato interadministrativo; la cual se realizará dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores la firma del acta de inicio. En la misma debe participar el Coordinador del PIC (se debe aportar contrato debidamente legalizado del coordinador PIC de la ESE) y el Gerente de la ESE, se revisarán detalladamente los aspectos relacionados con las obligaciones específicas y generales del contratista consagrados en el contrato interadministrativo.	Cumplida Informe 1	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2. La Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Vicente de Paul deberá realizar las actividades correspondientes al PIC Municipal de conformidad a lo definido en el anexo técnico PIC 2025 y las fichas técnicas PIC 2025, teniendo en cuenta el siguiente cuadro resumen:	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.1 CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES COMUNITARIA Y SOCIALES **Lideres Revcom: 1** **Farmacias y Droguerías: 1**	En este periodo no realización acciones para dar cumplimiento a esta actividad	**N/A**	**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

2.2 CENTRO ESCUCHA: Urbano	La Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Vicente de Paul realizo en el mes de Octubre la Implementación y monitoreo de un Centro Escucha Comunitario en el área Urbana del municipio de Circasia Quindío, donde se ejecutaron acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación y referencia a otros servicios sectoriales e intersectoriales de acuerdo a la Ficha Técnica "CENTRO ESCUCHA COMUNITARIO (CE)" la Cual se encuentra definida por fases:	**N/A**	**N/A**	**N/A** 4
	FASE UNO: ALISTAMIENTO Realizo la Presentación de Cronograma del mes de Octubre de 2025	Cronograma del Mes de Octubre	**X**	**X**
	FASE DOS: CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNOSTICO Y EL PLAN DE TRABAJO			
	Diagnóstico comunitario: 1. Realizo la Matriz en la cual se define la metodología del Diagnóstico Estratégico "SiDiEs"; la cual incluye gráficos de articulación del con los actores sociales, institucionales y comunitarios del municipio, definición de problemáticas, fortalezas y temas generadores	Matriz de metodología del Diagnóstico Estratégico "SiDiEs"	**X**	
	2. Realizo el Avance de la sistematización de actividades de la Red Operativa	Formato Excel de Avance de la sistematización de actividades de la Red Operativa	**X**	
	3. DIAGNOSTICO MATRIZ METODOLÓGICA DEL SISTEMA DE ESTRATÉGICO SIDIES)	Documento Diagnostico "SiDiEs"	**X**	**X**
	FASE TRES: IDENTIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA RED OPERATIVA:			

INFORME DE SUPERVISION

	1.Realizo la Consolidación de Red a operativa del Centro Escucha	Relación de integrantes de la Red Operativa	X	
	2. Realizo las Acciones administrativas del del desarrollo e Implementación e la Centro Escucha	Seis actas que evidencian acciones administrativas de CE	X	X
	2. Realizo Una Reunión de Grupo Focal del Hogar del Anciano San Vicente del municipio de Circasia	Un Acta de reunión, ficha técnica del taller, registro de asistencia y Regis gistro fotográfico (diario de campo) con el Hogar del Anciano San Vicente	X	5 X
	FASE CUATRO: IMPLEMENTACIÓN			
	EL Centro de Escucha funciona en un espacio físico ubicado en una oficina externa al lado de los servicios farmacéuticos de la E.S.E San Vicente de Paul el cual cuenta con unos horarios determinados de atención (Lunes Miércoles y Viernes de 8:00 am a 12:00 pm y de 2:00 a 4:00 Pm) , de manera que la la comunidad sepa a dónde y cuándo acudir.	1.Trece Actas de Apertura y Cierre mensuales de Octubre de 2025 2. Hojas de primer contacto diligenciadas y activaciones de ruta 3.Formato de Verificación de ingreso y Egreso al Centro Escucha	X	X
	FASE CINCO: SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN			
	Realizo la Elaboración de informe mensual y de acuerdo a lo establecido en la planeación de la implementación de Centro Escucha	Informes Mensual de Octubre de 2025	X	X

INFORME DE SUPERVISION

2.3 ZONA DE ORIENTACION ESCOLAR Rural	La Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Vicente de Paul Desarrolló entre Abril y Septiembre la Implementación y monitoreo de una Zona de Orientación Escolar en la Institución Educativa Hojas Anchas y la Sede Rafael Uribe Uribe en el área Rural del Municipio de Circasia Quindío, donde se ejecutaron acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación y referencia a otros servicios sectoriales e intersectoriales de acuerdo a la Ficha Técnica "ZONAS DE ORIENTACIÓN ESCOLAR (ZOE)" la Cual Se encuentra definida por fases:	**N/A**	**N/A**	**6 N/A**
	FASE UNO: ALISTAMIENTO Realizo la Presentación del Cronograma del Mes de Octubre de 2025	Cronograma del Mes de Octubre de 2025	**X**	**X**
	FASE DOS: CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNOSTICO Y EL PLAN DE TRABAJO	**Cumplida**	**X**	**X**
	FASE TRES: IDENTIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA RED OPERATIVA:			
	1. Realizo la Consolidación de Red a operativa interna en la Institución Educativa Rafal Uribe Uribe y Hojas Anchas mediante el desarrollo de Diversos talleres	Actas, con registro fotográfico y registro de asistencia correspondientes a 2 talleres dirigidos a la Red Operativa con su respetiva ficha metodológica}	**X**	**X**
	FASE CUATRO: IMPLEMENTACIÓN			

INFORME DE SUPERVISION

	1.La Zona de Orientación escolar funciona en la Institución Educativa Hojas Anchas y Rafael Uribe Uribe en el área Rural del municipio de Circasia 4 días a la semana en campo y un día de sistematización de la información de manera que la comunidad sepa a dónde y cuándo acudir	**N/A**	**N/A**	**N/A** 7
	2..La E.S.E realizo Gestión de Casos a través de Escucha activa, acogida, Mediación, orientación y canalización de los estudiantes de la Institución Educativa Hojas Anchas y Rafael Uribe Uribe.	**2.**Formatos de remisión, y hojas de primer contacto	**X**	**X**
	3. La E.S.E realizo 6 talleres con la comunidad Educativa (estudiantes) de la Institución Educativa Hojas Anchas y Rafael Uribe Uribe en los siguientes temas: El Duelo: Soltar no es olvidar es aceptar con amor, Empatía, uso adecuado de dispositivos,	2. 6 actas con registro fotográfico y registro de asistencia que corresponden a 6 talleres realizados con los estudiantes con su respetiva ficha metodología	**X**	**X**
	4.La E.S.E realizo en el marco de Escuela de padres la recolección de la evidencia de la actividad del cuaderno viajero	Acta de reunión y evidencias del cuaderno viajero	**X**	**X**
	5**.** La E.S.E diligencio los formatos de asistencia de ingreso y egreso de la Institución Educativa Hojas Anchas y Rafael Uribe Uribe y realizo dos reportes mediante acta de reunión dado que se presentaron barreras en la visita programada la institución Educativa relacionadas con paro nacional de docentes y cierre de vía.	5.Formato de Verificación de ingreso y Egreso al Centro Escucha y Dos actas de reunión con registro de asistencia y registro fotográfico	**X**	**X**
	FASE CINCO: SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN			
	La E.S.E Realizo informe técnico del mes de Octubre de 2025 de la ZOE	Informe mensual de Octubre de 2025	**X**	**X**
2.4 TAMIZAJES EN SALUD MENTAL	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

2.4.1 RQC momento curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia hasta los 15 años de edad. URBANO: 80 RURAL: 80	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.4.2 ASSIST: Adolescentes y Jóvenes de 14 años hasta 29 años de edad URBANA: 80 **2.4.3 SRQ:** Adolescentes y Jóvenes de 14 años hasta 29 años de edad URBANA: 80	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**8** **N/A**
2.4.4 TAMIZAJE SM SRQ: De 30 años hasta 59 años de edad URBANA: 80	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.5 INFORMACION EN SALUD Salud Mental Performances (obra de teatro) URBANA 2 Entorno Educativo	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.6 INFORMACION EN SALUD Violencia de Genero Performances (obra de teatro) URBANA – Entorno comunitario: 1 RURAL – Entorno comunitario: 1	Cumplida: URBANA – Entorno comunitario: 1 Realizo un Performances (obra de teatro) de Violencia de Genero en el área rural en el Caserío de la Vereda la Pola en Entorno comunitario	1)Listado de asistencia con enfoque diferencial de la actividad 2) Registro fotográfico de la presentación 3) Video de la presentación 4) Acta de Reunión	**X**	**X**
2.7 NFORMACION EN SALUD Campaña Informativa – “Si tu estas las Drogas No” URBANA Cantidad 1	Se encuentra en desarrollo	**N/A**	**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

2.8 TAMIZAJE EN VIH - HEP - SIFILIS Y ENTREGA DE 12 PRESERVATIVOS Población Clave URBANA - RURAL Cantidad: 100	Se encuentra en desarrollo	**N/A**	**N/A**	**N/A** **9**
2.9 ADQUISICIÓN Y SUMINISTROS DE MEDICAMENTOS O INSUMOS DE USO Población Clave - Entrega de 12 preservativos por persona URBANA – RURAL Cantidad: 1200	Se encuentra en desarrollo	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.10 INFORMACION EN SALUD Salud Sexual y Reproductiva Performances (obra de teatro) Entorno Educativo del área urbana 2	Realizo dos Performances (obra de teatro) de Salud Sexual y Reproductiva en el entorno educativo del área Urbana del municipio de Circasia	**N/A**	**N/A**	**N/A**
	1. Institución Educativa IMET	1)Oficio a la IE para garantizar el espacio 2) Listado de asistencia con enfoque diferencial de la actividad 3) Registro fotográfico de la presentación 4) Video de la presentación	**X**	**X**
	2. Sede Francisco Londoño	1)Oficio a la IE para garantizar el espacio 2) Listado de asistencia con enfoque diferencial de la actividad 3) Registro fotográfico de la presentación 4) Video de la presentación	**X**	**X**
2.11 INFORMACION EN SALUD			**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

Semana Andina para la prevención del embarazo adolescente campaña Informativa URBANA - RURAL Cantidad 1	Cumplida	**N/A**		
2.12 INFORMACION EN SALUD 1 - 7 de agosto Conmemoración Semana de la Lactancia Materna campaña Informativa URBANA Cantidad 1	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**10** **N/A**
2.13 TAMIZAJE NUTRICIONAL A LA PRIMERA INFANCIA Menores de 5 Años Urbana Cantidad: 80	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.14 INFORMACION EN SALUD **SKETCHES VACUNACION** **URBANA** **Cantidad 4**	Programada para el Próximo Periodo	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.15 INFORMACION EN SALUD **Vacunación - Performances (obra de teatro)** **URBANA COMUNITARIA: 3** **RURAL EDUCATIVO: 1**	Programada para el Próximo Periodo	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.16 INFORMACION EN SALUD **Vacunación** **Perifoneo** **URBANA: 16** **RURAL: 16**	La E.S.E Realizo 16 perifoneos en vacunación en el área urbana del municipio de Circasia desde Abril a Octubre de 2025 Perifoneo de Vacunación el Área Rural se encuentra en Desarrollo	1) Certificación de la emisora (día, hora, tiempo y lugar) 2) Video de las zonas visitas	**X**	**X**

INFORME DE SUPERVISION

2.17 INFORMACION EN SALUD **2.17.1 - 26 de Junio Dia internacional de Lucha contra uso indebido y tráfico ilícito de drogas** campaña Informativa URBANA Cantidad 1	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**N/A** **11**
2.17.2 - 10 de septiembre Día Mundial para la Prevención del suicidio campaña Informativa URBANA Cantidad 1	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.17.3 - 10 de octubre Día Mundial de la Salud Mental campaña Informativa URBANA Cantidad 1	La Empresa Social del Estado - ESE Hospital San Vicente de Paul realizo una campaña informativa en el área urbana del municipio de Circasia en la cual se realizó inicialmente un recorrido institucional y comunitario donde se desarrolló una actividad de esperanza y cuidado con la entrega de tarjetas verdes con mensajes que inspiran bienestar y salud emocional recordando que cuidar la mente también es un acto amor propio, se realizó un video informativo recordando que todos necesitamos cuidar lo que sentimos y un Stan en la casa museo donde se realizó un proceso de sensibilización a la población sobre la importancia del bienestar emocional, la identificación temprana de señales de alerta y la difusión de las rutas detención disponibles en el municipio	1) campaña informativa atreves de redes sociales pantallazos 2) Acta de reunión del recorrido institucional y comunitario, registro de asistencia y registro fotográfico. 3) Registro de la convocatoria realizada para llevar a cabo la campaña informativa 4) Acta de reunión que contenga la descripción de la intervención realizada, Registro de asistencia con enfoque diferencial y Registro fotográfico 4) Infografías y otras herramientas lúdico-informativas. 4)	**X**	**X**

INFORME DE SUPERVISION

2.17.4 - 25 de noviembre como el Dia Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer	Esta actividad está programada para el próximo periodo	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.17.5 - 1 de diciembre Día Mundial de la respuesta al VIH / Sida campaña Informativa URBANA Cantidad 1	Esta actividad está programada para el próximo periodo	**N/A**	**N/A**	**N/A** **12**
2.18 INFORMACION EN SALUD Riesgo Cardiovascular Programa Radial URBANA – RURAL 8	La E.S.E realizo 3 Programas radiales sobre Riesgo Cardiovascular en la Emisora Local – Super Estación Latina 104.7 del municipio de Circasia 6.Accidente Cerebro Vascular (ACV) 7.Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 8.Dislipidemias (Colesterol y Triglicéridos Altos)	1) Socialización de programa radial para convocar a la comunidad y tener audiencia en la radio por medio de cuña radial y pieza publicitaria 2) Preparación y guion del tema con la interacción con el locutor 3) Acta del programa radial 4) CD: grabación del programa con un tiempo de duración de 30 minutos 5) Certificado de la emisora (fecha y tiempo de réplica) 6) Registro fotográfico Por cada programa radial	**X**	**X**
2.19 INFORMACION EN SALUD Cáncer URBANA: 1 RURAL: 1	La E.S.E realizo dos (2) campañas informativas a través de información en salud preventiva para la identificación del CANCER de mama, cuello uterino en mujeres y CANCER de prostata en hombres. URBANA: Parque principal RURAL: Caserío Vereda la Pola No se requirió activaciones de ruta	1) Estrategia comunicativa: piezas publicitarias, video 2) Socialización en redes sociales 3) Acta de reunión y listado de asistencia con enfoque diferencial 4) Material utilizado	**X**	**X**
2.20 INFORMACION EN SALUD	Esta actividad está programada para el próximo periodo		**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

Pólvora Performances (obra de teatro) URBANA: 1		**N/A**		
2.21 INFORMACION EN SALUD Tuberculosis URBANA Cantidad 1	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**13** **N/A**
2.22 INFORMACION EN SALUD Manejo de residuos - Difusión de mensajes clave para la salud Cantidad: 5000	Esta actividad está programada para el próximo periodo	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2.23 INFORMACION EN SALUD Tenencia responsable de mascotas Performances (obra de teatro) URBANA - COMUNITARIO: 3 URBANA - EDUCATIVO: 1 RURAL - COMUNITARIO: 1 RURAL EDUCATIVO: 1	La E.S.E realizo un Performances (obra de teatro) en Tenencia responsable de mascotas en el área urbana – entorno comunitario – casa museo Pendiente URBANA - COMUNITARIO: 2 URBANA - EDUCATIVO: 1 RURAL - COMUNITARIO: 1 RURAL EDUCATIVO: 1	1) Listado de asistencia con enfoque diferencial de la actividad 2) Registro fotográfico de la presentación 3) Video de la presentación 4)Acta de reunión	**X**	**X**
2.24 INFORMACION EN SALUD Tenencia responsable de mascotas URBANA – PERIFONEO 16	La E.S.E Realizo 16 perifoneos en Tenencia responsable de mascotas en el área urbana del municipio de Circasia	1) Certificación de la emisora (día, hora, tiempo y lugar) 2) Video de las zonas visitas	**X**	**X**

INFORME DE SUPERVISION

2.25 INFORMACION EN SALUD Dengue Performances (obra de teatro) URBANA - COMUNITARIO: 3 URBANA - EDUCATIVO: 1 RURAL - COMUNITARIO: 1 RURAL - EDUCATIVO: 1	Para el próximo periodo está programado el Performances (obra de teatro) de Dengue en el Entorno Educativo – Área Rural (1)	**N/A**	**N/A**	**N/A** **14**
2.26INFORMACION EN SALUD Dengue Perifoneo Cantidad: 16 de 3 horas cada uno URBANO - COMUNITARIO	Cumplida	**N/A**	**N/A**	**N/A**
3. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul presentará un cronograma durante los 5 días hábiles posteriores a la reunión de aclaración y programación de acciones, en el cual se identifique la programación del total de las actividades contratadas, el cual será concertado y aprobado por el supervisor del contrato y enviado a su correo electrónico. Las características propias de cada intervención se encuentran definidas en las Fichas Técnicas 2025 las cuales hacen parte integral del presente estudio previo; por lo tanto, las intervenciones de cada obligación deben desarrollarse de acuerdo a lo establecido en su contenido.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul presenta el cronograma den el cual se identifica la programación total de las actividades contratadas	Cronograma	**X**	

INFORME DE SUPERVISION

4. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a presentar al inicio de la ejecución del presente contrato una certificación de la cuenta bancaria exclusiva destinada al manejo de los recursos provenientes de la suscripción de este. Dicha cuenta deberá ser utilizada únicamente para la recepción y el manejo de los fondos asignados a la ejecución de las intervenciones contratadas, y los recursos allí depositados solo podrán ser empleados para el pago de los bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades estipuladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).	La E.S.E presenta la certificación de la cuenta bancaria exclusiva destinada al manejo de los recursos provenientes de la suscripción de este Contrato	Certificación de la cuenta bancaria	**X**	**15**
5. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a dar cumplimiento estricto a la ejecución de las actividades establecidas en el presente contrato, siguiendo las tecnologías definidas para su desarrollo, conforme a lo dispuesto en el Anexo Técnico de la Resolución 518 de 2015, la Resolución 0295 de 2023 y las condiciones técnicas, lineamientos y metas definidas por el municipio de Circasia. La ejecución de las actividades deberá realizarse en condiciones de eficiencia, idoneidad, responsabilidad, oportunidad y calidad, garantizando que se cumpla con los más altos estándares profesionales y técnicos en cada fase del desarrollo.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul durante este periodo dio cumplimiento estricto a la ejecución de las actividades establecidas en el presente contrato, siguiendo las tecnologías definidas para su desarrollo, conforme a lo dispuesto en el Anexo Técnico de la Resolución 518 de 2015, la Resolución 0295 de 2023 y las condiciones técnicas, lineamientos y metas definidas por el municipio de Circasia. La ejecución de las actividades se realizó en condiciones de eficiencia, idoneidad, responsabilidad, oportunidad y calidad, garantizando que se cumplieran con los más altos estándares profesionales y técnicos en cada fase del desarrollo	**N/A**	**N/A**	**N/A**
6. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, en el ejercicio de sus actividades, actuará con plena autonomía profesional y administrativa, sin perjuicio de las directrices y normativas aplicables, y será responsable por la correcta ejecución de las actividades bajo su propia responsabilidad, comprometiéndose a realizar las intervenciones en el marco de las competencias y atribuciones que le corresponden, así como a responder por cualquier incumplimiento de las disposiciones legales y contractuales relacionadas con las actividades objeto de este acuerdo.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, en el ejercicio de sus actividades, actuó con plena autonomía profesional y administrativa, sin perjuicio de las directrices y normativas aplicables, desarrollo la correcta ejecución de las actividades bajo su propia responsabilidad, y realizo las intervenciones en el marco de las competencias y atribuciones que le corresponden.	**N/A**	**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

7. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, en el ejercicio de sus actividades, deberá cumplir con la normatividad y reglamentación vigente del consentimiento informado para las actividades realizadas en cumplimiento de la calidad y seguridad en los servicios según las técnicas de fármaco y tecnovigilancia de las diferentes pruebas e intervenciones y deberá tener encuentra los protocolos en la toma, conservación y transporte de muestras, así como para la disposición de residuos y las normas de bioseguridad correspondientes según el tipo de intervención y prueba.	Durante este periodo no se desarrollaron actividades que requirieran formatos de Consentimiento y / o asentimiento informado	**N/A**	**N/A**	**N/A**
8. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, se compromete a entregar al Municipio de Circasia, en los plazos establecidos y en los formatos requeridos, los respectivos **soportes, registros, actas, seguimientos, evidencias y otros documentos técnicos en originales,** que permitan evidenciar de manera clara y detallada el cumplimiento de las actividades contratadas, las cuales están específicamente descritas en el **ANEXO TÉCNICO** que forma parte integral del presente contrato.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, realizo la entrega al Municipio de Circasia, en los plazos establecidos y en los formatos requeridos, los respectivos **soportes, registros, actas, seguimientos, evidencias y otros documentos técnicos en originales,** lo que permitió evidenciar de manera clara y detallada el cumplimiento de las actividades contratadas durante este periodo, las cuales están específicamente descritas en el **ANEXO TÉCNICO** que forma parte integral del presente contrato.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
9. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, se asegurará y garantizará que cuenta con la vinculación y/o disponibilidad del talento humano necesario para el desarrollo de actividades el plan de intervenciones colectivas (**PIC)**, que este personal es idóneo, capacitado y cuenta con las aptitudes necesarias para el desarrollo de las actividades requeridas, según lo previsto en el Numeral 18.1 del artículo 18 de La Resolución 518 de 2015 modificado por el artículo 6 de la Resolución 295 de 2023, y de acuerdo a lo establecido en el anexo técnico 2025. El cual será contratado bajo su cuenta y riesgo, por lo cual el municipio, no tendrá injerencia alguna sobre los mismos ni establecerá ningún tipo de relación legal con ellos.	1. Dos (2) psicólogas: 1.WENDY FAISURY HERNÁNDEZ ARANA CPS No. 051 de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 2.KATHERINE ARENAS HENAO CPS No. 052 de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025.	1. 2 Dos (2) Psicólogos Acta de Inicio 1.CPS No. 051 de 2025 – 21 de Abril de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 2.CPS No. 052 de 2025 – 21 de abril Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025.	**X**	**N/A**

	2. Dos (2) trabajadores sociales: 1.LEIDY SOFIA PARRA GALINDO CPS No. 053 de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 2.DANIELA LOAIZA VALENCIA CPS No. 054 de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025.	2. Dos (2) Trabajadores Sociales Acta de Inicio 1.CPS No. 053 DE 2025 – 21 de Abril de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 2.CPS No. 054 de 2025 – 21 de Abril de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025.		17
	Tres (3) enfermeras profesionales: 1.NATALIA SANCHEZ CIFUENTES CPS No. 047 de 2025 Adición del 01 de octubre al 20 de diciembre. 2.JOHANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ CPS No. 050 de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 3.VANESSA BOTERO ROJAS CPS No. 062 de 2025 Adición del 01 de noviembre al 20 de diciembre 2025.	3.Tres (3) enfermeras profesionales: Acta de Inicio 1.CPS No. 047 de 2025 – 01 abril de 2025 Adición del 01 de octubre al 20 de diciembre. 2.CPS No. 050 de 2025 – 21 abril de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 3.CPS No. 062 de 2025 – 06 mayo de 2025		
	Tres (3) auxiliares de Enfermería: 1.MARIA PAULA ORREGO JARAMILLO CPS No. 055 de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 2.LUZ ANGELA CORREA GIRALDO CPS No. 056 DE 2025	3. Tres aux. en enfermería: Acta de Inicio 1.CPS No. 055 de 2025 – 21 abril de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025.		

INFORME DE SUPERVISION

	Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 3.VALENTINA ARBOLEDA LOPEZ CPS No. 070 DE 2025 Adición del 01 de noviembre al 20 de diciembre 2025.	2.CPS No. 056 de 2025 – 21 abril de 2025 Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 3.CPS No. 070 de 2025 – 04 junio de 2025 Adición del 01 de noviembre al 20 de diciembre 2025.		18
10. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, se compromete a ejecutar las actividades del PIC con participación social, apoyándose y articulándose con grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias; organismos no gubernamentales y de base comunitaria.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, ejecuto las actividades del PIC de este periodo con participación social, donde se apoyó y articulo con, organizaciones y redes sociales y comunitarias; organismos no gubernamentales y de base comunitaria, lo cual está implícito en la ejecución de las actividades	**N/A**	**N/A**	**N/A**
11. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, garantizará la disponibilidad de las áreas de trabajo necesarias para la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), asegurando que dichas áreas cuenten con las condiciones físicas y sanitarias adecuadas para el desempeño de las labores. Estas áreas deberán ser aptas para que el talento humano asignado pueda planificar, monitorear y evaluar eficientemente los resultados de las intervenciones realizadas.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, garantizo la disponibilidad de las áreas de trabajo necesarias para la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), dichas áreas cuentan con las condiciones físicas y sanitarias adecuadas para el desempeño de las labores.	Registro Fotográfico de la Oficina PIC	**X**	**N/A**
12. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a diligenciar la herramienta denominada “Matriz de porcentaje de ejecución de intervenciones 2025”, esto con el fin de que la ESE realice mensualmente seguimiento y autoevaluación para identificar los avances en la ejecución del contrato. La misma debe ser enviada al correo electrónico del supervisor del contrato los primeros 5 días hábiles de cada mes con el objetivo de realizar seguimiento al avance de las intervenciones (El formato de la matriz será	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul realiza el diligenciamiento de la herramienta denominada “Matriz de porcentaje de ejecución de intervenciones 2025” de forma mensual para la herramienta denominada “Matriz de porcentaje de ejecución de intervenciones 2025 del desarrollo de las actividades PIC	“Matriz de porcentaje de ejecución de intervenciones 2025” de: Octubre	**X**	

entregado en la reunión de aclaración y programación de acciones).				
13. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, deberá disponer de todos los materiales, insumos médicos, sanitarios y demás recursos necesarios para el adecuado desarrollo de las actividades contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Estos materiales y recursos deberán ser proporcionados en cantidades suficientes y cumplir con los estándares de calidad.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, dispuso durante este periodo de todos los materiales, insumos médicos, sanitarios y demás recursos necesarios para el adecuado desarrollo de las actividades contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Estos materiales y recursos fueron proporcionados en cantidades suficientes y cumplir con los estándares de calidad.	**N/A**	**N/A**	**19** **N/A**
14. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, se obliga a **NO** utilizar insumos médicos y/o sanitarios deteriorados, o aquellos que por cualquier causa han perdido o disminuido seguridad, potencia o pureza. Los empaques exteriores e interiores de los productos deben de tener la descripción del contenido y estar en perfectas condiciones, el empaque debe mostrar claramente su fecha de vencimiento. El envase o recipiente que contiene el producto debe estar totalmente sellado en los casos que se requiera.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, en este periodo **NO** utilizo insumos médicos en el desarrollo de las actividades de este periodo	**N/A**	**N/A**	**N/A**
15. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, se compromete a cumplir con el parágrafo 1 del artículo 4 de la Resolución 295 de 2023, el cual modificó el artículo 14 de la Resolución 518 del 24 de Febrero del 2015, el cual define que la institución que sea contratada para ejecutar las acciones PIC no podrá subcontratarlas. La ESE contratara de manera directa al talento humano que realizara la ejecución de las intervenciones contratadas.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul, durante este periodo cumplió con el parágrafo 1 del artículo 4 de la Resolución 295 de 2023, el cual modificó el artículo 14 de la Resolución 518 del 24 de Febrero del 2015, El ESE contrato de manera directa al talento humano que realizara la ejecución de las intervenciones contratadas.	1. 2 Dos (2) Psicólogos Acta de Inicio CPS No. 051 de 2025 – 21 de Abril de 2025 CPS No. 052 de 2025 – 21 de abril. Adición a las dos psicólogas del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025.	**N/A**	**N/A**

		2. Dos (2) Trabajadores Sociales Acta de Inicio CPS No. 053 DE 2025 – 21 de Abril de 2025 CPS No. 054 de 2025 – 21 de Abril de 2025. Adición a las dos trabajadoras sociales del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. 3.Tres (3) enfermeras profesionales: Acta de Inicio CPS No. 047 de 2025 – 01 abril de 2025. Adición del 01 de octubre al 20 de diciembre 2025. CPS No. 050 de 2025 – 21 abril de 2025. Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. CPS No. 062 de 2025 – 06 mayo de 2025. Adición del 01 de noviembre al 20 de diciembre 2025. 3. Tres aux. en enfermería: Acta de Inicio CPS No. 055 de 2025 – 21 abril de 2025. Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025.		**20**

INFORME DE SUPERVISION

		CPS No. 056 de 2025 – 21 abril de 2025. Adición del 21 de octubre al 20 de diciembre 2025. CPS No. 070 de 2025 – 04 junio de 2025. Adición del 01 de noviembre al 20 de diciembre 2025.		21
16. La Empresa Social del Estado - ESE dispondrá de un coordinador para la ejecución de las acciones del PIC que serán contratadas; lo anterior según numeral 15.2 del artículo 15 de la Resolución 518 del 24 de Febrero del 2015. La entidad territorial, estima conveniente, se cuente con un Profesional de salud / profesional social / profesional con estudios en áreas de la salud con experiencia mínima de 6 meses en procesos de PIC o salud pública.	La Empresa Social del Estado - ESE cuenta con una coordinadora para la ejecución de las acciones del PIC la cual es Profesional de la salud y con experiencia de más de 6 meses en procesos de PIC.	1.Certificado del Contrato 2.Contrato de Prestación de Servicios 3.Hoja de Vida de la coordinadora de PIC 4. Adición al contrato	**X**	
17. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul deberá entregar certificado del talento humano que ejecutará las intervenciones colectivas, en donde especifique: Nombre completo, documento de identidad, perfil o profesión, modalidad de incorporación y vigencia del contrato; los 5 días hábiles posteriores a la reunión de aclaración y programación de acciones. El mismo debe ser enviado al correo electrónico del supervisor del contrato con los contratos y soportes de hojas de vida.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul realizo la entrega del certificado del talento humano que ejecutará las intervenciones colectivas, en donde especifique: Nombre completo, documento de identidad, perfil o profesión, modalidad de incorporación y vigencia del contrato;	Certificado del talento humano del mes de octubre	**X**	**N/A**
18. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a socializar la contratación y ejecución de las intervenciones colectivas al iniciar con los siguientes actores municipales: grupos de veeduría ciudadana, COPACO, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, Consejo de Política Social, Consejo de Gobierno Municipal, Asociaciones de Usuarios y talento humano de la ESE.	Se tiene programado para los próximos meses	**N/A**	**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

19. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a atender las recomendaciones del funcionario designado para ejercer la supervisión del contrato con el fin de lograr una adecuada ejecución del objeto contractual y el cumplimiento de los fines estatales.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul durante este periodo atendió las recomendaciones del funcionario designado para ejercer la supervisión del contrato con el fin de lograr una adecuada ejecución del objeto contractual y el cumplimiento de los fines estatales.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
20. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a responder oportunamente las solicitudes realizadas por el supervisor.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul respondió oportunamente las solicitudes realizadas por el supervisor.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
21. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a presentar con el informe de actividades las facturas correspondientes con códigos CUPS conforme a lo dispuesto en la Resolución 2336 de 2023 y las disposiciones en el artículo 6, numeral 18.9 de la Resolución 295 de 2023.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul presento junto el informe de actividades la factura correspondiente con códigos CUPS.	Factura con códigos CUPS .	**X**	**X**
22. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a enviar como documento adjunto a la cuenta de cobro el informe completo con seguimiento a indicadores, consolidados de coberturas y medición de impacto con los respectivos soportes indicados en las fichas técnicas 2025 (evidencias como actas, fotos, medios de comunicación, en medio físico y magnético de acuerdo con las actividades contratadas).	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul Presenta certificación firmada por la gerente de informe completo con seguimiento a indicadores, consolidados de coberturas y medición de impacto correspondiente a este periodo. Las (evidencias como actas, fotos, medios de comunicación, en medio físico y magnético de acuerdo con las actividades contratadas).se encuentran en cada una de las carpetas de cada producto.	1.Certificación firmada por la gerente de informe completo 2.Informe	**X**	
23. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a cumplir con los lineamientos del Ministerio de salud y protección social dispuestos para el Plan de Intervenciones colectivas a partir de la Resolución 295 de 2023.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se durante este periodo cumplió con los lineamientos del Ministerio de salud y protección social dispuestos para el Plan de Intervenciones colectivas a partir de la Resolución 295 de 2023.	**N/A**	**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

24. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a disponer de la capacidad operativa, en la zona Urbana y Rural, para la ejecución del contrato durante su vigencia.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul durante este periodo dispuso de la capacidad operativa, en la zona Urbana y Rural, para la ejecución del contrato.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
24. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a participar en los espacios de asistencia técnica, análisis, trabajo, seguimiento y evaluación convocados por el Plan territorial de Salud.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul participo en los espacios de asistencia técnica, análisis, trabajo, seguimiento y evaluación convocados por el Plan territorial de Salud.	**N/A**	**N/A**	**23** **N/A**
25. La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul se compromete a hacer ajustes a las actividades de acuerdo con los planes de contingencia o acciones nacionales, departamentales o municipales que ameriten para disminuir algún riesgo en salud.	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul esta comprometida en hacer ajustes a las actividades de acuerdo con los planes de contingencia o acciones nacionales, departamentales o municipales que ameriten para disminuir algún riesgo en salud que se requieran	**N/A**	**N/A**	**N/A**
OBLIGACIONES GENERALES	**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**	**PRODUCTO Y/O EVIDENCIA**	**FORMATO DE LA EVIDENCIA**	
			DIGITAL	**FÍSICO**
1. Cumplir el contrato a cabalidad, teniendo en cuenta lo señalado en los estudios previos, la invitación, la propuesta y el contrato.	Durante este periodo la E.S.E Cumplido con el contrato, teniendo en cuenta lo señalado en los estudios previos, la invitación, la propuesta y el contrato.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
2. Cumplir con las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensión, Parafiscales y Sistema General de Riesgos Laborales, cuando haya lugar a ello, y presentar los documentos respectivos que así lo acrediten, conforme lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003, la Ley 1562 de 2012, el decreto 723 de 2013, el Decreto 1273 de 2018 y demás normas concordantes	La Empresa Social del Estado – ESE Hospital San Vicente de Paul presenta las planillas de la E.S.E y de los miembros del equipo de PIC, el Certificado del contador, la Cedula, la Tarjeta Profesional, Certificado de contadores y el RUT	**1.** Planillas de la E.S.E y de los miembros del equipo de PIC. **2.** Documentos del contador **3.** Certificado de Parafiscales del contador **4.** RUT	**X**	**X**
3. Reportar al supervisor de manera inmediata, cualquier novedad o anomalía que pueda afectar la ejecución del contrato.	La E.S.E durante este periodo no reporto al supervisor alguna novedad o anomalía que pueda afectar la ejecución del contrato.	**N/A**	**N/A**	**N/A**

INFORME DE SUPERVISION

4. Guardar total reserva de la información que por razón de sus obligaciones y desarrollo de sus actividades obtenga.	La E.S.E Guardo total reserva de la información que por razón de sus obligaciones y desarrollo de sus actividades obtenga.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
5. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la Oficina Asesora de Planeación, a través del supervisor del contrato.	La E.S.E durante este periodo acato las instrucciones que durante el desarrollo del contrato impartió la Oficina Asesora de Planeación, a través del supervisor del contrato.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
6. Suscribir conjuntamente con el supervisor del contrato, el acta de inicio y actas que se requieran.	La E.S.E suscribió conjuntamente con el supervisor del contrato, el acta de inicio y actas que se requirieron en este periodo.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
7. Responder por los documentos físicos o magnéticos elaborados o entregados con ocasión de la ejecución del contrato, así como responder por la seguridad y el debido manejo de los documentos y registros propios de la Entidad, para que reposen en la dependencia correspondiente.	La E.S.E realizo entrega de los documentos físicos y magnéticos elaborados o entregados con ocasión de la ejecución del contrato durante este periodo, además respondió por la seguridad y el debido manejo de los documentos y registros propios de la Entidad, los cuales reposan en el Oficina de Planeación de la Alcaldía de Circasia.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
8. Suministrar al supervisor del contrato toda la información que le sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contrato, de acuerdo con los artículos 4° y 5° de la Ley 80 de 1993.	La E.S.E Suministro al supervisor del contrato toda la información que se le solicito para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contrato, de acuerdo con los artículos 4° y 5° de la Ley 80 de 1993.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
9. Obrar con lealtad y buena fe durante la ejecución del contrato, evitando dilaciones y trabas.	La E.S.E Obro con lealtad y buena fe durante la ejecución del contrato durante este periodo, evitando dilaciones y trabas.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
10. Rechazar las peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligar a hacer u omitir algún acto o hecho en contra de la ley. Cuando se presenten tales peticiones o amenazas el futuro contratista deberá informar inmediatamente de su ocurrencia a la entidad contratante y a las	La E.SE rechaza las peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligar a hacer u omitir algún acto o hecho en contra de la ley. Cuando se presenten tales peticiones o amenazas y tiene claro que en caso		**N/A**	**N/A**

demás autoridades competentes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios.	tal debe informar inmediatamente de su ocurrencia a la entidad contratante y a las demás autoridades competentes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios.	**N/A**		
11. Las demás que contribuyan a garantizar el cumplimiento del contrato y las que por su naturaleza le sean atribuibles conforme al objeto y alcance de este, en especial las señaladas en el artículo 5° de la ley 80 de 1993.	La E.S.E cumple con las demás que contribuyan a garantizar el cumplimiento del contrato y las que por su naturaleza le sean atribuibles conforme al objeto y alcance de este, en especial las señaladas en el artículo 5° de la ley 80 de 1993.	**N/A**	**N/A**	**25** **N/A**

4. Verificación aportes al Sistema Integral de Seguridad Social

Seguridad Social: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E	**1. No. de planilla: 9483461805**		**Pago Total: $25,595,100**	
	Periodo: MARZO	**EPS: $7,952,500**	**PENSIÓN: $10,238,700**	**ARL: $1,516,300**
	2. No. de planilla: 9484924574		**Pago Total: $25,890,400**	
	Periodo: ABRIL	**EPS: $8,185,500**	**PENSIÓN: $10,537,000**	**ARL: $1,352,3200**
	3. No. de planilla: 9486686568		**Pago Total: $26,619,800**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $8,170,400**	**PENSIÓN: $10,517,600**	**ARL: $1,451,300**
	4. No. de planilla: 9487547998		**Pago Total: $28,725,700**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $8,075,100**	**PENSIÓN: $10,420,800**	**ARL: $1,432,600**
	5. No. de planilla: 9489402991		**Pago Total: $29,559,100**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $9,199,400**	**PENSIÓN: $11,964,700**	**ARL: $1,517,400**
	6. No. de planilla: 9490802748		**Pago Total: $26,937,300**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $8,360,600**	**PENSIÓN: $10,765,400**	**ARL: $1,345,300**
	7. No. de planilla: 9493188744		**Pago Total: $27,703,300**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $8,387,800**	**PENSIÓN: $10,951,200**	**ARL: $1,244,700**
	8. No. de planilla: 9493961897		**Pago Total: $23,650,000**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $7,378,400**	**PENSIÓN: $9,507,900**	**ARL: $1,382,500**
Seguridad Social:	**1. No. de planilla: 33433325**		**Pago Total: $782.800**	

INFORME DE SUPERVISION

Jefe de Enfermería Coordinadora PIC Natalia Sánchez Cifuentes	**Periodo: ABRIL**	**EPS: $ 316.300**	**PENSIÓN: $ 404.800**	**ARL: $ 61.700**
	2. No. de planilla: 33444468		**Pago Total: $783.800**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $316.700**	**PENSIÓN: $405.300**	**ARL: $61.800**
	3. No. de planilla: 33814169		**Pago Total: $701.500**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $283.400**	**PENSIÓN: $362.800**	**ARL: $55.300**
	4. No. de planilla: 34410760		**Pago Total: $ 576.700**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $ 233.000**	**PENSIÓN: $ 298.200**	**ARL: $ 45.500**
	5. No. de planilla: 34870791		**Pago Total: $ 919.500**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $ 371.500**	**PENSIÓN: $475.500**	**ARL: $72.500**
	6. No. de planilla: 34878430		**Pago Total: $916.800**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $ 370.400**	**PENSIÓN: $474.100**	**ARL: $72.300**
	7. No. de planilla: 34878430		**Pago Total: $913.800**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $ 365.000**	**PENSIÓN: $467.200**	**ARL: $71.200**
Seguridad Social: Psicóloga Centro escucha Katherine Arenas Henao	**1. No. de planilla: 78157771**		**Pago Total: $147.000**	
	Periodo: ABRIL	**EPS: $59,400**	**PENSIÓN: $76,000**	**ARL: $11,600**
	2. No. de planilla: 78157860		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	3. No. de planilla: 78158084		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	4. No. de planilla: 79209844		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	5. No. de planilla: 80619303		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	6. No. de planilla: 80619303		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	7. No. de planilla: 81202869		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $178,0070**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
Seguridad Social: Trabajadora social	**1. No. de planilla: 78025834**		**Pago Total: $147,000**	
	Periodo: ABRIL	**EPS:**	**PENSIÓN:**	**ARL:**

INFORME DE SUPERVISION

Centro escucha Daniela Loaiza Valencia		**$59,400**	**$76,000**	**$11,600**
	2. No. de planilla: 78025849		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	3. No. de planilla: 79194139		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	4. No. de planilla: 79194678		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	5. No. de planilla: 80072836		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	6. No. de planilla: 80626116		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	7. No. de planilla: 81240725		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
Seguridad Social: Psicóloga ZOE Wendy Faisury Hernández Arana	**1. No. de planilla: 1072930196**		**Pago Total: $147,800**	
	Periodo: ABRIL	**EPS: $59,400**	**PENSIÓN: $ 76,000**	**ARL: $11,600**
	2. No. de planilla: 1072930551		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	3. No. de planilla: 1074152679		**Pago Total: $453,900**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	4. No. de planilla: 1074587693		**Pago Total: $443,300**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	5. No. de planilla: 1075598764		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	6. No. de planilla: 1075345855		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $227.800**	**PENSIÓN: $178.000**	**ARL: $34.700**
	7. **No. de planilla: 1076243053**		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $227.800**	**PENSIÓN: $178.000**	**ARL: $34.700**
	Observaciones: La planilla de la seguridad social de la contratista relaciona el valor a pagar (salud, pensión, arl), sin embargo, se evidencia pago total con interés de mora.			
Seguridad Social: Trabajadora social ZOE Leidy Sofia Parra Galindo	**1. No. de planilla: 78134486**		**Pago Total: $147,000**	
	Periodo: ABRIL	**EPS: $59,400**	**PENSIÓN: $76,000**	**ARL: $11,600**
	2. No. de planilla: 78134652		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	3. No. de planilla: 78134901		**Pago Total: 440,500**	

INFORME DE SUPERVISION

	Periodo: JUNIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	4. No. de planilla: 78720899		**Pago Total: $440.500**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	5. No. de planilla: 80005470		**Pago Total: $440.500**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	6. No. de planilla: 80633880		**Pago Total: $440.500**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	7. No. de planilla: 81313041		**Pago Total: $440.500**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
Seguridad Social: Enfermera Johana Marcela Ramírez González	**1. No. de planilla: 33025494**		**Pago Total: $441,000**	
	Periodo: ABRIL	**EPS: $178,200**	**PENSIÓN: $228,000**	**ARL: $34,800**
	2. No. de planilla: 33545316		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	3. No. de planilla 33818709		**Pago Total: $ 441.500**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $178,400**	**PENSIÓN: $228,300**	**ARL: $34,800**
	4. No. de planilla: 34178305		**Pago Total: $443,500**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $179,200**	**PENSIÓN: $229,300**	**ARL: $35,000**
	5. No. de planilla: 34623292		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	6. No. de planilla: 34662858		**Pago Total: $442,000**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $178,600**	**PENSIÓN: $228,500**	**ARL: $34,900**
	7. No. de planilla: 35151601		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
Seguridad Social: Enfermera Vanessa Botero Rojas	**1. No. de planilla: 7974773737**		**Pago Total: $424,700**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $179,700**	**PENSIÓN: $229,900**	**ARL: $15,100**
	2. No. de planilla: 7975594992		**Pago Total: $421,900**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $178,500**	**PENSIÓN: $228,400**	**ARL: $15,000**
	3. No. de planilla: 7978193891		**Pago Total: 421,200**	

INFORME DE SUPERVISION

	Periodo: JULIO	**EPS: $178,200**	**PENSIÓN: 228,000**	**ARL: 15,000**
	4. No. de planilla: 7988490320		**Pago Total: $426.700**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $180,500**	**PENSIÓN: $231,000**	**ARL: $15,200**
	5. No. de planilla: 7992181571		**Pago Total: 425,900**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $180,200**	**PENSIÓN: $230,600**	**ARL: $15,100**
	6. No. de planilla: 7992182746		**Pago Total: 424,100**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $179,400**	**PENSIÓN: $229,600**	**ARL: $15,100**
Seguridad Social: Aux en enfermería Luz Angela Correa Giraldo	**1. No. de planilla: 33405400**		**Pago Total: $441.000**	
	Periodo: ABRIL	**EPS: $ 178,200**	**PENSIÓN: $ 228,000**	**ARL: $34,800**
	2. No. de planilla: 33410433		**Pago Total: $445,800**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $180,100**	**PENSIÓN: $230,500**	**ARL: $35,200**
	3. No. de planilla: 33832818		**Pago Total: $445,500**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $180,000**	**PENSIÓN: $230,400**	**ARL: $35,100**
	4. No. de planilla: 34160551		**Pago Total: $444,800**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $179,700**	**PENSIÓN: $230,000**	**ARL: $35,100**
	5. No. de planilla: 34469402		**Pago Total: $446,000**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $180,200**	**PENSIÓN: $230,600**	**ARL: $35,200**
	6. No. de planilla: 8683616037		**Pago Total: $446,300**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $180,300**	**PENSIÓN: $230,800**	**ARL: $35,200**
	7. No. de planilla: 8639000328		**Pago Total: $445,400**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $180,000**	**PENSIÓN: $230,300**	**ARL: $35,100**
Seguridad Social: Aux en enfermería María Paula Orrego Jaramillo	**1. No. de planilla: 9484900830**		**Pago Total: $148,500**	
	Periodo: ABRIL	**EPS: $60,000**	**PENSIÓN: $76,700**	**ARL: $11,800**
	2. No. de planilla: 9487030638		**Pago Total: $442,700**	
	Periodo: MAYO	**EPS: $178,900**	**PENSIÓN: $228,900**	**ARL: $34,900**
	3. No. de planilla: 9487974591		**Pago Total: $443,700**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $179,300**	**PENSIÓN: $229,400**	**ARL: $35,000**
	4. No. de planilla: 9489276445		**Pago Total: $442,600**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $178,800**	**PENSIÓN: $228,900**	**ARL: $34,900**
	5. No. de planilla: 9490670531		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	6. No. de planilla: 9492077624		**Pago Total: $443,000**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS:**	**PENSIÓN:**	**ARL:**

INFORME DE SUPERVISION

		$179,000	**$229,100**	**$34,900**
	7. No. de planilla: 9492077624		**Pago Total: $443,000**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
Seguridad Social: Aux en enfermería Valentina Arboleda López	**1. No. de planilla: 9488642391**		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: JUNIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	2. No. de planilla: 9489631760		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: JULIO	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	3. No. de planilla: 9491069658		**Pago Total: $441,000**	
	Periodo: AGOSTO	**EPS: $178,200**	**PENSIÓN: $228,000**	**ARL: $34,800**
	4. No. de planilla: 9492496097		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: SEPTIEMBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**
	5. No. de planilla: 9493952244		**Pago Total: $440,500**	
	Periodo: OCTUBRE	**EPS: $178,000**	**PENSIÓN: $227,800**	**ARL: $34,700**

30

5. Información del supervisor

Nombre del Supervisor:	**MARLON ALEXIS VARGAS CHAVES**
Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación
Firma:	

6.Apoyo a la supervisión

Elaboró:	**SINDY JOHANNA BURBANO MORENO**	**Firma**
	MARIA CAMILA BOTERO	**Firma** Quela Botero.
Fecha de entrega:	**28-11-2025**	

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E CIRCASIA

CERTIFICA

Que el **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE CIRCASIA** con NIT 890.000.671-1 a la fecha se encuentra a paz y salvo, con los sistemas de salud, seguridad social y parafiscales del personal de planta y funcionarios contratados por medio de contrato de prestación de servicios para ejecutar Plan de Intervenciones Colectivas PIC.

La presente certificación se expide el 28 de noviembre de 2025.

ANA MARIA RINCON BETANCOURT
CONTADOR CONTRATISTA
T.P298616-T

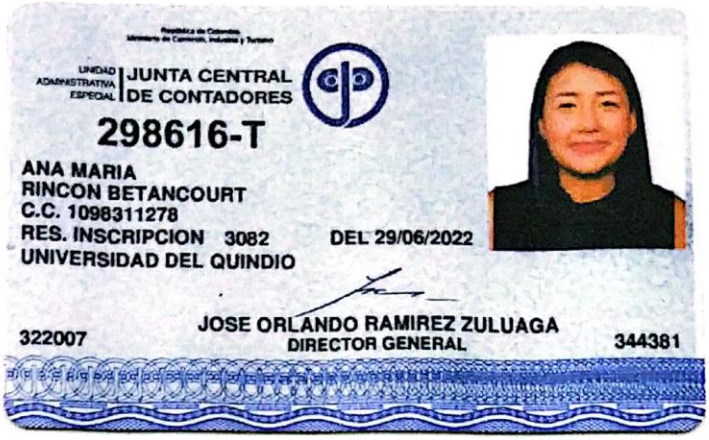
YULY STHEPHANY LLANO HENAO
GERENTE

Nota: *La Entidad no se encuentra obligado a tener revisor fiscal ya que no supera el tope máximo del presupuesto que establece el artículo 2.5.3.8.4.4.3 del Decreto 780 de 2016, compilado en el artículo 22 del Decreto 1876 de 1994, y el numeral 2 de la Circular única de la Superintendencia Nacional de Salud.*

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención all Usuario: 6500870 – Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.098.311.278
RINCON BETANCOURT
APELLIDOS
ANA MARIA
NOMBRES
Ana Maria Rincon
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1995
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
21-AGO-2013 CIRCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-2602000-00472156-F-1098311278-20130920
0034946430A 1
36992674



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

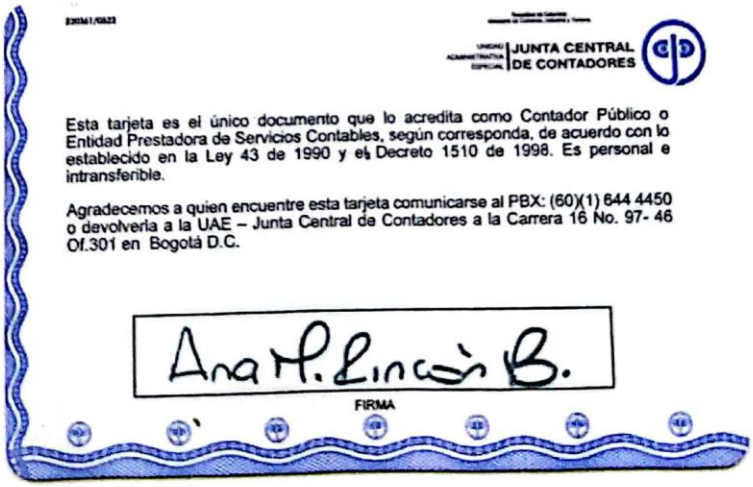
298616-T

ANA MARIA
RINCON BETANCOURT
C.C. 1098311278
RES. INSCRIPCION 3082 DEL 29/06/2022
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

322007

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

344381



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

Ana M. Rincón B.

FIRMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8D955B5C585C609A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ANA MARIA RINCON BETANCOURT** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1098311278 de CIRCASIA (QUINDIO) Y Tarjeta Profesional No 298616-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

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
NIT 890000671	1	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E. CIRCASIA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ACTIVOS	CALLE 10 NO. 12-57	CIRCASIA-QUINDIO	7584584	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: ACTIVOS (19 Afiliados)						$59,018,681	$9,507,900			$59,018,681	$7,378,400			$59,761,267	$2,391,300			$59,018,681	$1,382,500		$59,761,267	$2,989,900
Centro de Trabajo: RIESGO 3 (19 Afiliados)						$59,018,681	$9,507,900			$59,018,681	$7,378,400			$59,761,267	$2,391,300			$59,018,681	$1,382,500		$59,761,267	$2,989,900
Ciudad: CIRCASIA Depto: QUINDIO (19 Afiliados)						$59,018,681	$9,507,900			$59,018,681	$7,378,400			$59,761,267	$2,391,300			$59,018,681	$1,382,500		$59,761,267	$2,989,900
1	CC	65748646	ACOSTA MARTHA	230201	30	$2,098,171	$335,800	EPS010	30	$2,098,171	$262,300	CCF43	30	$2,397,102	$95,900	14-23	30	$2,098,171	$51,200	30	$2,397,102	$120,000
2	CC	24577521	ALCARAZ MARIA	25-14	1	$145,002	$23,300	EPS037	1	$145,002	$18,200	CCF43	1	$652,500	$26,100	14-23	1	$145,002	$3,600	1	$652,500	$32,700
3	CC	1098309052	ALZATE LINA	25-14	30	$2,339,433	$374,400	EPS005	30	$2,339,433	$292,500	CCF43	30	$2,638,364	$105,600	14-23	30	$2,339,433	$57,000	30	$2,638,364	$132,000
4	CC	1098306174	ANGEL RUBEN	25-14	30	$5,180,505	$828,900	EPS010	30	$5,180,505	$647,600	CCF43	30	$5,180,505	$207,300	14-23	30	$5,180,505	$126,200	30	$5,180,505	$259,200
5	CC	1004798856	ARANGO MARIA	230301	30	$5,045,811	$807,400	EPS010	30	$5,045,811	$630,800	CCF43	30	$5,045,811	$201,900	14-23	30	$5,045,811	$123,000	30	$5,045,811	$252,400
6	CC	24604192	ARBELAEZ ANA	25-14	30	$5,617,739	$898,900	EPS005	30	$5,617,739	$702,300	CCF43	30	$5,617,739	$224,800	14-23	30	$5,617,739	$136,900	30	$5,617,739	$281,000
7	CC	18491086	ARBOLEDA YULIAN	25-14	30	$3,423,649	$547,800	EPS005	30	$3,423,649	$428,000	CCF43	30	$3,423,649	$137,000	14-23	30	$3,423,649	$83,500	30	$3,423,649	$171,300
8	CC	18491565	ARCILA JOSE	231001	30	$2,407,445	$385,200	EPS010	30	$2,407,445	$301,000	CCF43	30	$2,706,376	$108,300	14-23	30	$2,407,445	$58,700	30	$2,706,376	$135,400
9	CC	4408236	BEDOYA JULIO	25-14	30	$2,971,089	$475,400	EPS005	30	$2,971,089	$371,400	CCF43	30	$2,971,089	$118,900	14-23	30	$2,971,089	$72,400	30	$2,971,089	$148,700
10	CC	24606411	GARCIA DIANA	25-14	30	$2,441,035	$390,600	EPS010	30	$2,441,035	$305,200	CCF43	30	$2,740,000	$109,600	14-23	30	$2,441,035	$59,500	30	$2,740,000	$137,000
11	CC	19596950	GARCIA LEON	25-14	30	$2,646,472	$423,500	EPS037	30	$2,646,472	$330,900	CCF43	30	$2,945,403	$117,900	14-23	30	$2,646,472	$64,500	30	$2,945,403	$147,400
12	CC	7528040	GIRALDO LIBANIEL	25-14	15	$882,158	$141,200	EPS037	15	$882,158	$110,300	CCF43	0	$0	$0	14-23	15	$882,158	$0	0	$0	$0
13	CC	7528040	GIRALDO LIBANIEL	25-14	15	$1,323,236	$211,800	EPS037	15	$1,323,236	$165,500	CCF43	15	$1,472,500	$58,900	14-23	15	$1,323,236	$32,300	15	$1,472,500	$73,700
14	CC	24603925	HERRERA RUTH	25-14	30	$2,098,171	$335,800	EPS037	30	$2,098,171	$262,300	CCF43	30	$2,397,102	$95,900	14-23	30	$2,098,171	$51,200	30	$2,397,102	$120,000
15	CC	42117302	IDROBO DIANA	25-14	30	$1,680,756	$269,000	EPS037	30	$1,680,756	$210,100	CCF43	30	$1,979,687	$79,200	14-23	30	$1,680,756	$41,000	30	$1,979,687	$99,000
16	CC	1094901607	LLANO YULY	230201	30	$6,378,249	$1,084,400	EPS005	30	$6,378,249	$797,300	CCF43	30	$6,378,249	$255,200	14-23	30	$6,378,249	$155,400	30	$6,378,249	$319,000
17	CC	1006514755	ORJUELA JUANITA	25-14	30	$4,781,121	$765,000	EPS041	30	$4,781,121	$597,700	CCF43	30	$4,781,121	$191,300	14-23	30	$4,781,121	$116,500	30	$4,781,121	$239,200
18	CC	1098309252	RESTREPO MARIA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF43	0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$0	0	$0	$0
19	CC	41928831	TRUJILLO DIANA	25-14	30	$3,888,435	$622,200	EPS037	30	$3,888,435	$486,100	CCF43	30	$3,888,435	$155,600	14-23	30	$3,888,435	$94,800	30	$3,888,435	$194,500
20	CC	24605389	ZAPATA MARTHA	25-14	30	$2,246,704	$359,500	EPS010	30	$2,246,704	$280,900	CCF43	30	$2,545,635	$101,900	14-23	30	$2,246,704	$54,800	30	$2,545,635	$127,400
Total			**Afiliados(19)**			$59,018,681	$9,507,900			$59,018,681	$7,378,400			$59,761,267	$2,391,300			$59,018,681	$1,382,500		$59,761,267	$2,989,900

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1926579978	9493961897	E	2025/11/20	2025/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$23,650,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$9,507,900	$0	$0	$9,507,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$385,200	$0	$0	$385,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	14	$6,667,300	$0	$0	$6,667,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$1,035,200	$0	$0	$1,035,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$1,420,200	$0	$0	$1,420,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,382,500	$0	$0	$1,382,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	19	$1,382,500	$0	$0	$1,382,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$2,391,300	$0	$0	$2,391,300
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	19	$2,391,300	$0	$0	$2,391,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$7,378,400	$0	$0	$7,378,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	6	$2,427,800	$0	$0	$2,427,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	7	$1,761,400	$0	$0	$1,761,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$597,700	$0	$0	$597,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$2,591,500	$0	$0	$2,591,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,793,700	$0	$0	$1,793,700
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	19	$1,793,700	$0	$0	$1,793,700
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,196,200	$0	$0	$1,196,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	19	$1,196,200	$0	$0	$1,196,200
TOTAL				**19**	**$23,650,000**	**$0**	**$0**	**$23,650,000**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	NATALIA SANCHEZ CIFUENTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1094940310
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	independiente
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-06
FECHA DE PAGO:	2025-11-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	35152349
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35152349
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 2.920.000	$ 0	$ 0	$ 4.200	$ 365.000	$ 369.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.920.000	$ 0	$ 0	$ 5.300	$ 467.200	$ 472.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.920.000	$ 0	$ 0	$ 900	$ 71.200	$ 72.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 10.400	$ 903.400	$ 913.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/12/2025

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-24, 02:57:13 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 81202869

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

PAGADA 2025-11-24 14:54:53.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KATHERINE ARENAS HENAO				
Documento	CC 1094915063	**Dirección**	CL 20A #13 B - 13 CALLE 20A # 15 -16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7340833		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ARMENIA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1094915063		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00				N	ARENAS HENAO KATHERINE	63001000 - 63		QUINDIO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.423.500	25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-24, 02:20:48 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 81240725

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

PAGADA 2025-11-24 14:19:18.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DANIELA LOAIZA VALENCIA				
Documento	CC 1094929643	**Dirección**	CL 20A #13 B - 13 CLL 20A # 15 -16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7340833		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ARMENIA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1094929643		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00				N	LOAIZA VALENCIA DANIELA	63001000 - 63		QUINDIO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS041		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-28, 07:15:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076243053

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 27/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WENDY FAISURY HERNANDEZ ARANA		
Documento	CC1098310272	**Dirección**	KM 5 #0 - 0 VIA PEREIRA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204257908
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CIRCASIA	**Departamento**	QUINDIO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1098310272	WENDY FAISURY HERNANDEZ ARANA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 3.100	$ 443.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-24, 02:47:15 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 81313041

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

PAGADA 2025-11-24 14:45:49.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY SOFIA PARRA GALINDO				
Documento	CC 1080930798	**Dirección**	CL 20A #13 B - 13 CALLE 20A # 15 -16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7340833		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ARMENIA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1080930798		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					PARRA GALINDO LEIDY SOFIA	63001000 - 63		QUINDIO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0				$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

PLANILLA NRO. 35151601 Tipo I 2025 10

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1094915791	JOHANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ	ÚNICO		0	2025-10	2025-10	35151601		PRIVADA	I	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CLL 8 BIS 604	CIRCASIA	190	QUINDIO	63	3104479537	0	JOHANARAMIREZG19@GMAIL.COM	8413	0	1	2025-11-24	2025-11-25

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS005	800251440	178000	0	0	0	0	0	178000	0	0	0	178000	0	0	0	0	178000	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	227800	0	0	0	0	0	0	227800	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	34700	0	0	0	34700	0	0	34700	0	0	0	34700

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	227800
SALUD	178000
RIESGOS LABORALES	34700
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	440500

PAGADO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1097396514
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VANESA BOTERO ROJAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CALLE 1 N 14 91 FUNDADORES	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7992182746**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		12			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1937129915

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 227.800	$ 1.800	$ 229.600
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 1.800**	**$ 229.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 178.000	$ 1.400	$ 0	$ 179.400
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 1.400**	**$ 0**	**$ 179.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.900	$ 14.900	$ 200	$ 0	$ 15.100
SUBTOTALES:									**$ 14.900**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 15.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1097396514	BOTERO ROJAS VANESSA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	109739651	$ 14.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 424.100

Planilla Pagada

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LUZ ANGELA CORREA GIRALDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1098306915
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-24
FECHA DE PAGO:	2025-11-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	8639000328
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8609454945
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 178.000	$ 180.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 2.500	$ 227.800	$ 230.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 400	$ 34.700	$ 35.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 4.900	$ 440.500	$ 445.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/12/2025

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 1098313424		MARIA PAULA ORREGO JARAMILLO	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 9 # 13-69	CIRCASIA-QUINDIO	7300000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1000001097	9493540733	I	2025/11/10	2025/11/21	BANCO DE BOGOTA	11	$443,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: CIRCASIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1098313424	ORREGO MARIA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

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 1098313424		MARIA PAULA ORREGO JARAMILLO	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 9 # 13-69	CIRCASIA-QUINDIO	7300000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1000001097	9493540733	I	2025/11/10	2025/11/21	BANCO DE BOGOTA	11	$443,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$300	$0	$35,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$300	$0	$35,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$3,200**	**$0**	**$443,700**

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 1092850765		ARBOLEDA LOPEZ VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 8 numero 13-58	CIRCASIA-QUINDIO	3113341403	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1000001077	9493952244	I	2025/11/19	2025/11/12	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: CIRCASIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1092850765	ARBOLEDA VALENTINA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

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 1092850765		ARBOLEDA LOPEZ VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 8 numero 13-58	CIRCASIA-QUINDIO	3113341403	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1000001077	9493952244	I	2025/11/19	2025/11/12	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141143563584

(415)7707212489984(8020) 000014114356358 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 0 0 0 0 6 7 1	1	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Circasia 1 9 0

41. Dirección principal
CL 10 12 57

42. Correo electrónico facturacionelectronica@esehsvp-circasia-quindio.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 3 1 9 0	3 1 6 2 8 9 2 7 7 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 9 2 0 2 0 1	6 8 1 0	2 0 2 1 0 7 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	6	7	1	4	4	2	4	8	5	2																

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 4

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BUSTOS RENTERIA CESAR AUGUSTO

985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141143563584

(415)7707212489984(8020) **000014114356358 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 0 0 0 0 6 7 1	1	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 2	
72. Número	0 1 5	
73. Fecha	1 9 9 3 0 8 3 0	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 1	
76. Fecha de registro	1 9 9 3 0 8 3 0	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	6 3	
79. Ciudad/Municipio	1 9 0	

Vigencia

80. Desde	1 9 9 3 0 8 3 0	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Ministerio de Salud y de la Protección Social — 1 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 4	2 0 2 3 0 2 0 6		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141143563584

(415)7707212489984(8020) **000014114356358 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 0 0 0 6 7 1	1	Impuestos y Aduanas de Armenia	1

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 3 2 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 9 4 9 0 1 6 0 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LLANO	HENAO	YULY	STHEPHANY

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141143563584

(415)7707212489984(8020) **000014114356358 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 0 0 0 6 7 1	1	Impuestos y Aduanas de Armenia	1

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 8 3 1 1 2 7 8	2	2 9 8 6 1 6 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
RINCON	BETANCOURT	ANA	MARIA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 0 6 2 9

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

COLOMBIA,
A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente hacemos constar que el HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - CIRCASIA identificado con Nit 8900006711 registra en nuestro sistema

Tipo Cuenta:	Ahorros
Número Cuenta:	0550136100210840
Fecha Apertura:	28/05/2024
Estado Cuenta:	Vigente

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado, a los 22 días del mes de Mayo de 2025

Cordialmente,

ALBERTO SANCHEZ BERMUDEZ
Ejecutivo Banca Territorial Eje Cafetero