2025 11 13 7,137,853.00

LABORATORIO CLINICO MARTHA LUCIA HOYOS G

SIETE MILLONES CIENTO TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS MCTE **********

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA

NIT. 890001098

COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,690

Fecha : 13/noviembre/2025 **Pagado a :** 900319795-2 LABORATORIO CLINICO MARTHA LUCIA HOYOS GUTIER

La Suma de : SIETE MILLONES CIENTO TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS MCTE **********

Valor $ 7,137,853.00

Banco : 12 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 6993126738 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE OTROS SERVICIOS
No. 27,238.00 **Fact** AXM215198 **Valor Bruto $**7,593,753.00 **Valor Neto $** 7,137,853.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1398	1266	732	735	212020200900401	OTROS SERVICIOS DIVERSOS HOS	7,593,753.00

TOTAL IMPUESTOS		TOTAL DESCUENTOS	
RETENCION SERVICIOS DECLARANTE	$ 304,000.00	ESTAMPILLA I	$ 151,900.00

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006005	BANCOLOMBIA CTA6993126738	0.00	7,137,853.00
240722001	ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	0.00	151,900.00
243605001	Servicios Declarantes	0.00	304,000.00
249055001	SERVICIOS	7,593,753.00	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA RECOLECCION Y EL PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO PATOLOGIA Y CITOLOGIA REQUERIDOS POR LA INSTITUCION

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:47 Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA
NIT. 890001098

Fecha: 20/10/2025 Hora: 16:17

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC	No FACTURA
OTROS SERVICIOS	27,238	18/sept./2025	18/sept./2025	AXM215198

Obligación: 1,266 **Registro:** 732

TERCERO

NIT: 900319795 2 **NOMBRE:** LABORATORIO CLINICO MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ S.A.S
TEL: 3155482665 **DIRECCION :** CALLE 17 NORTE 14-39 ARMENIA 1

OBSERVACIONES

P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA RECOLECCIÓN Y EL PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO* PATOLOGÍA Y CITOLOGIA

VALORES

BRUTO :	7,593,753.00
DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS	
NETO :	7,593,753.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	7,593,753.00

VALOR NETO EN LETRAS

SIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS MCTE

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
249055001	SERVICIOS	0.00	7,593,753.00
589090001	OTROS GASTOS DIVERSOS	7,593,753.00	0.00

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM 215198

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764098039628 que habilita desde AXM 212894 hasta AXM 300000. Vence 2026-09-02

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	890001098 5	18/09/2025	17/11/2025
Cedula Paciente:		**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:		LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito ESE
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
CR 5 1 43	Filandia	6067582080

Item	Código	Descripción		Cantidad	Valor Unitario	Total
1	412503	Laboratorio Clínico general	Relación 215198	1	7.593.753	7.593.753

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

SIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**7.593.753**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**7.593.753**
TOTAL FACTURA	**7.593.753**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 18/09/2025 08:52:04

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131 Armenia

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: ae0d5dfc66248403472aa7de649226f8e8636861615dd27477de3ddf7d8366970015e6e9cf8f217668100bb00c056ece --Fecha y Hora de Expedición : 18/09/2025 8:53:42 a. m.

2025 10 22 7,565,756.00

LABORATORIO CLINICO MARTHA LUCIA HOYOS G

SIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS MCTE **********

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA

NIT. 890001098

COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,551

Fecha : 22/octubre/2025 **Pagado a :** 900319795-2 LABORATORIO CLINICO MARTHA LUCIA HOYOS GUTIER

La Suma de : SIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS MCTE **********

Valor $ 7,565,756.00

Banco : 12 BANCOLOMBIA

Cuenta : 01 6993126738 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE OTROS SERVICIOS

No. 27,239.00 **Fact** AXM215058 **Valor Bruto** $8,048,756.00 **Valor Neto $** 7,565,756.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1248	1267	732	735	212020200900401	OTROS SERVICIOS DIVERSOS HOS	8,048,756.00

TOTAL IMPUESTOS		TOTAL DESCUENTOS	
RETENCION SERVICIOS DECLARANTE	$ 322,000.00	ESTAMPILLA I	$ 161,000.00

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006005	BANCOLOMBIA CTA6993126738	0.00	7,565,756.00
240722001	ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	0.00	161,000.00
243605001	Servicios Declarantes	0.00	322,000.00
249055001	SERVICIOS	8,048,756.00	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA RECOLECCION Y EL PROCESAMIENTOS DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO PATOLOGIA Y CITOLOGIA

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:04

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ

Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA
NIT. 890001098

Fecha: 20/10/2025 Hora: 16:19

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC	No FACTURA
OTROS SERVICIOS	27,239	18/sept./2025	18/sept./2025	AXM215058

Obligación: 1,267 **Registro:** 732

TERCERO

NIT: 900319795 2 **NOMBRE:** LABORATORIO CLINICO MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ S.A.S
TEL: 3155482665 **DIRECCION :** CALLE 17 NORTE 14-39 ARMENIA 1

OBSERVACIONES

P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA RECOLECCIÓN Y EL PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO* PATOLOGÍA Y CITOLOGIA

VALORES

BRUTO :	8,048,756.00
DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS	
NETO :	8,048,756.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	8,048,756.00

VALOR NETO EN LETRAS

OCHO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS MCTE

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
249055001	SERVICIOS	0.00	8,048,756.00
589090001	OTROS GASTOS DIVERSOS	8,048,756.00	0.00

22551

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM 215058

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764098039628 que habilita desde AXM 212894 hasta AXM 300000. Vence 2026-09-02

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	890001098 5	08/09/2025	07/11/2025
Cedula Paciente:		**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO:**
Nombre Paciente:		LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito ESE
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
CR 5 1 43	Filandia	6067582080

Item	Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	412503	Laboratorio Clínico general Relación 215058	1	8.048.756	8.048.756

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

OCHO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**8.048.756**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**8.048.756**
TOTAL FACTURA	**8.048.756**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 08/09/2025 10:54:26

Rdo: 09-09-2025
hora: 9:03
Hyde Giraldo

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131 Armenia

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: b5a7ac05e05e60d475630393bb0667a26b1de02a97056708ec9fcb03278e94175dece8ceb22a38f51dc816592e73dd70 –Fecha y Hora de Expedición : 08/09/2025 10:56:03 a. m.

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA
NIT. 890001098

Fecha: 10/11/2025 Hora: 10:14

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
HONOR CONTRATISTAS URGENCIAS	27,281	28/oct./2025	28/oct./2025	DS3665

Obligación: 1,309 **Registro:** 759

TERCERO

NIT: 93411916 3 **NOMBRE:** CORTES ISAZA LUIS FELIPE
TEL: 7495756 **DIRECCION :** CALLE 5N 20 00 CIUDADELA SORREI 1

OBSERVACIONES

P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL REQUERIDO POR LA INSTITUCION.

VALORES

BRUTO :	4,896,000.00
DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :	
NETO :	4,896,000.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	4,896,000.00

VALOR NETO EN LETRAS

CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
249054001	HONORARIOS	0.00	4,896,000.00
730102003	HONORARIOS ASISTENCIALES	4,896,000.00	0.00

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E. Filandia Quindío	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR	CÓDIGO: GAF-R-05 PAGINA 1 VERSIÓN: 03 FECHA:2021-03-23

N° **DS 3665**

Fecha de Emisión OCTUBRE 28 DE 2025

Beneficiario del Pago LUIS FELIPE CORTES ISAZA

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E
NIT: 890.001.098-5
Carrera 5 N°1-43
(6) 7582080 -7582080

Cedula de Ciudadanía N° 93.411.916

Unidades	Descripción	Precio u.	Precio Total
1	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 213 AL SERVICIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE	$ 4.896.000	$ 4.896.000

Resolución facturación documento soporte N°18764099208985
Autorización desde el 3590 hasta el 5.000
Del 26 de septiembre de 2025 al 26 de septiembre 2026
Resolución 000165/2023 artículo 684-2

Firma y C.C.93.411.916

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | Recaudo de Estampillas

RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/10/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04 **Recibo Nº** **8352500206804**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 97.900

PAGADO

Total a Pagar $ 97.900

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 93411916
Nombre LUIS FELIPE CORTES ISAZA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002068O4(3900)0000000097900(96)20251104

VALOR BASE	$ 4.896.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 19.584.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.896.000
FECHA CONTRATO	03/10/2025
NRO. CONTRATO	213
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Contribuyente

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº **8352500206804**

Fecha de Expedición 2025/10/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 97.900

PAGADO

Total a Pagar $ 97.900

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 93411916
Nombre LUIS FELIPE CORTES ISAZA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002068O4(3900)0000000097900(96)20251104

VALOR BASE	$ 4.896.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 19.584.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.896.000
FECHA CONTRATO	03/10/2025
NRO. CONTRATO	213
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Soporte trámite

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº **8352500206804**

Fecha de Expedición 2025/10/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 97.900

PAGADO

Total a Pagar $ 97.900

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 93411916
Nombre LUIS FELIPE CORTES ISAZA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002068O4(3900)0000000097900(96)20251104

VALOR BASE	$ 4.896.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 19.584.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.896.000
FECHA CONTRATO	03/10/2025
NRO. CONTRATO	213
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Soporte Entidad

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93411916
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS FELIPE CORTES ISAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 6 N 23 NDOMINO LOS ANGELES	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			46248337 20	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025
DIAS DE MORA			3		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/10/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	8894297355

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	$ 585.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 585.400	$ 1.100	$ 586.500
SUBTOTALES:										$ 585.400	$ 1.100	$ 586.500

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	$ 457.400	$ 0	$ 900	$ 0	$ 457.400	$ 900	$ 0	$ 458.300
SUBTOTALES:													$ 457.400	$ 900	$ 0	$ 458.300

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 89.200	$ 89.200	$ 200	$ 0	$ 89.400
SUBTOTALES:									$ 89.200	$ 200	$ 0	$ 89.400

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 EN EL EXTERIOR	ESTUDIANTE	RESIDENTE TRIBUTARIA	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	COF ADMIN	COF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDUC TOTAL APORTE
1	CC 93411916	CORTES ISAZA LUIS FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 3.832.400				NO							01-30										230301 - PORVENIR	30	$ 3.658.536	$ 585.400	$ 0				$ 585.400	Normal	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 3.658.536	$ 457.400	$ 0	$ 457.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.658.536	$ 93411918	$ 89.200	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.134.200

Planilla Pagada

2025 11 06 4,896,000.00

CORTES ISAZA LUIS FELIPE

CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE
****

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA

NIT. 890001098

COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,646

Fecha : 06/noviembre/2025 **Pagado a :** 93411916-3 CORTES ISAZA LUIS FELIPE

La Suma de : CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE ********** **Valor $** 4,896,000.00

Banco : 12 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 6993126738 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE HONOR CONTRATISTAS URGENCIAS
No. 27,281.00 **Fact** DS3665 **Valor Bruto $**4,896,000.00 **Valor Neto $** 4,896,000.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1353	1309	759	758	212020200900201	HONORARIOS PERSONAL ASISTE	4,896,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006005	BANCOLOMBIA CTA6993126738	0.00	4,896,000.00
249054001	HONORARIOS	4,896,000.00	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA URGENCIAS ATENCION DE PARTOS HOSPITALIZACIONDE LA ESE

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:28

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

ACTA DE SUPERVISIÓN No 1

Contrato No 213 de 03 de octubre al 31 de diciembre de 2025

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ,

CONTRATISTA: LUIS FELIPE CORTÉS ISAZA

CC: 93.411.916

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, ATENCIÓN DE PARTOS, HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE O EXTRAMURALES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD O DEMANDA DE LA COMUNIDAD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO

CUANTÍA DEL CONTRATO: DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($19.584.000)

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: No. 758

REGISTRO PRESUPUESTAL: No. 759

En consideración del supervisor, el contratista realizó las siguientes actividades correspondientes al mes de octubre de 2025:

- Practica exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Formuló, dosificó y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Remitió los usuarios complicados a instituciones de mayor nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.
- Reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.

De acuerdo a lo anterior y revisado el informe de actividades, se aprueba el pago correspondiente al mes de octubre de 2025

VALOR INICIAL	$ 19.584.000
VALOR POR EJECUTAR	$ **19.584.000**
VALOR MES	$ 4.896.000
VALOR POR EJECUTAR	$ 14.688.000

VALOR A PAGAR: CUATRO MILLONES OCHOSIENTOS NOVENTAY SEIS MIL PESOS ($4.896.000) Correspondiente a las actividades realizadas durante el mes de octubre de 2025

Documentos anexos:

1. Informe de actividades
2. Pago de seguridad social
3.

SALUD: EPS SURA
PENSIÓN: PORVENIR
ARP: SURA

Estos documentos reposan en el comprobante de egreso y en la hoja de vida respectivamente.

Se expide el presente visto bueno, para que se proceda a la cancelación respectiva de su pago por las actividades realizadas.

Dado en Filandia el día (28) del mes de octubre de 2025

EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ
SUPERVISOR

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E. Filandia Quindío	**INFORME DE ACTIVIDADES**	Código : COGC001
		Versión : 2
		Página 1 de 2
		Fecha 29-04-2025

FECHA DEL INFORME: OCTUBRE 28 DE 2025
PERIODO: DEL 03 AL 31 DE OCTUBRE DE 2025
SITIO DE EJECUCIÓN: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - MUNICIPIO DE FILANDIA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUIS FELIPE CORTÉS ISAZA	**CC: 93.411.916**

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ

CLASE DE CONTRATO, NÚMERO Y FECHA: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 213 DE 2025

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, ATENCIÓN DE PARTOS, HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE O EXTRAMURALES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD O DEMANDA DE LA COMUNIDAD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO

VALOR DEL CONTRATO:VEINTINUEVE MILLONES CIENTO DOCE MIL PESOS MDA/CTE ($29.112.000)

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y tiempo pactados y en desarrollo del mismo, realizar entre otras las siguientes actividades, así: 1. Realizar la consulta médica general, de hospitalización y urgencias, consulta externa, actividades extramurales y domiciliarias de manera integral. 2. Brindar información clara al paciente y su familia con el fin que exista entendimiento óptimo y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. 3. Escuchar con respeto las inquietudes del paciente independiente del tipo y contenido de sus preguntas, sin generar juicios de valor frente a creencias o conocimientos, con el fin de dar la orientación necesaria. 4. Cumplir con las normas definidas para el diligenciamiento de historias clínicas, acogiéndose a los formatos y contenidos establecidos, garantizando la calidad entendida como ordenamiento, veracidad del dato, calidad del diagnóstico, correlación técnico científico en los contenidos, descripción del procedimiento, interpretación de paraclínicos y orientación al paciente a través del aplicativo CNT. Además de la elaboración de formatos y fichas de interés en salud publica 5. Realizar adecuada codificación de los diagnósticos y de los datos necesarios para generar una buena calidad del RIPS. 6. identificación y remisión de los pacientes a los programas de prevención establecidos por la E.S.E 7. Participar activamente en los comités establecidos por la empresa cuando sea requerido. 8. Aplicar las técnicas de bioseguridad en todos los procedimientos con el fin de evitar accidentes de trabajo, contaminación y/o infecciones cruzadas. 9. Cumplir con los lineamientos, protocolos, y disposiciones nacionales, departamentales y municipales y adoptadas por la E.S.E relacionados con el proceso de atención para la detección, atención y manejo de casos sospechosos de infección cruzada por el SARS-CoV-2. El uso inadecuado e irracional de los elementos de protección personal dará terminación unilateral del contrato.10. Dar cumplimiento a protocolos, guías y/o normas establecidas por la E.S.E. 11. Participar activamente en la entrega de turnos, rondas de servicios y elaboración de censo diario. 12. Realizar epicrisis de la atención brindada y certificados de nacido vivo y/o defunción, y toda la demás documentación que sea pertinente.13. Reportar en forma oportuna las enfermedades de notificación obligatoria. 14. Asistir a las capacitaciones y entrenamientos definidos por la entidad y el líder de area.15. Realizar la referencia de los usuarios de acuerdo a las guías y protocolos de manejos y a la normatividad legal vigente. 16. Participación y apoyo en los requerimientos realizados durante las
Visitas de los entes de control 17. Explicar lo descrito en el consentimiento informado, confirmando que ha sido entendido por el paciente y/o responsable y hacer que suscriba el documento.

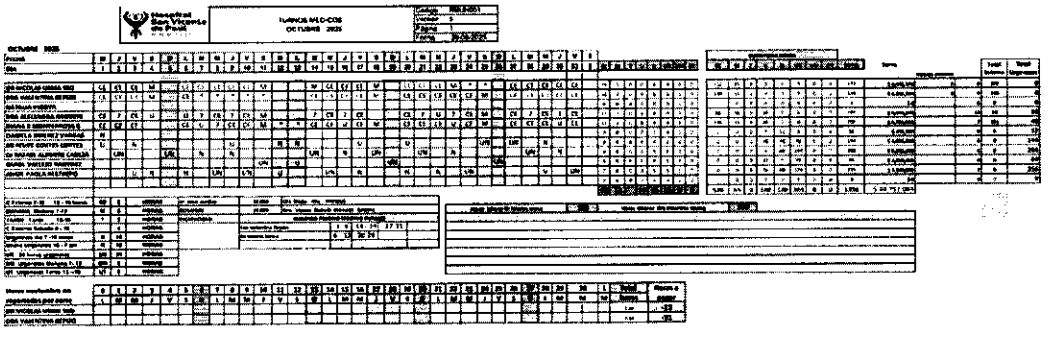
Hospital San Vicente de Paúl E.S.E. Filandia Quindío	INFORME DE ACTIVIDADES	Código : COGC001 Versión : 2 Página 2 de 2 Fecha 29-04-2025

VALOR PAGADO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:
SALUD: $ 445.200 **PENSIÓN:** $ 569.800 **ARL:** $ 86.800 **PLANILLA No**: 4624833720

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se practican exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Se formuló, dosificó y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Se realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Se remitió los usuarios complicados a instituciones de mayor nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Se participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.
- Se reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.

TOTAL HORAS: **144** horas	**VALOR HORA:** $34.000	**TOTAL:** $ 4.896.000



Luis Felipe Cortes Isaza
C.C 93.411.916
Contratista

2025 10 02 6,664,000.00

MONTERROSA RODRIGUEZ DIANA KATHERINE

SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE
****

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA NIT. 890001098	COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,452

Fecha : 02/octubre/2025 **Pagado a :** 1094271070-0 MONTERROSA RODRIGUEZ DIANA KATHERINE

La Suma de : SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ********** ********** **Valor $** 6,664,000.00

Banco : 12 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 6993126738 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE HONOR CONTRATISTAS URGENCIAS
No. 27,149.00 **Fact** DS3593 **Valor Bruto $**4,590,000.00 **Valor Neto $** 4,590,000.00

Codigo **Descripcion** **Valor**

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1139	1177	281	259	212020200900201	HONORARIOS PERSONAL ASISTE	4,590,000.00

POR CONCEPTO DE HONOR CONTRATISTAS URGENCIAS
No. 27,150.00 **Fact** DS-3593 **Valor Bruto $**2,074,000.00 **Valor Neto $** 2,074,000.00

Codigo **Descripcion** **Valor**

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1138	1178	574	576	212020200900201	HONORARIOS PERSONAL ASISTE	2,074,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006005	BANCOLOMBIA CTA6993126738	0.00	6,664,000.00
249054001	HONORARIOS	6,664,000.00	0.00

Recibí: _____
Nombre: _____
C.C. No. _____ de _____
Firma: _____

Huella dactilar

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 10:21

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA NIT. 890001098	**COMPROBANTE DE EGRESO No.** 22,452

Fecha : 02/octubre/2025 **Pagado a :** 1094271070-0 MONTERROSA RODRIGUEZ DIANA KATHERINE

La Suma de : SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ********** ********** **Valor $** 6,664,000.00

Banco : 12 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 6993126738 **Cheque :** PE

OBSERVACIONES: P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL REQUERIDO POR LA INSTITUCION.

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 10:21

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA
NIT. 890001098

Fecha: 04/10/2025 Hora: 11:19

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA ING.	NO. FACTURA
HONOR CONTRATISTAS URGENCIAS	27,149	29/sept./2025	29/sept./2025	DS3593

Obligación: 1,177 **Registro:** 281

TERCERO

NIT: 1094271070 0 **NOMBRE:** MONTERROSA RODRIGUEZ DIANA KATHERINE
TEL: 3107024705 **DIRECCION :** BARRIO ORO NEGRO CALLE 45 001

OBSERVACIONES

P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL REQUERIDO POR LA INSTITUCION

VALORES

BRUTO :	4,590,000.00
DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS	
NETO :	4,590,000.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	4,590,000.00

VALOR NETO EN LETRAS

CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS MCTE

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
249054001	HONORARIOS	0.00	4,590,000.00
730102003	HONORARIOS ASISTENCIALES	4,590,000.00	0.00

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA
NIT. 890001098

Fecha: 04/10/2025 Hora: 11:21

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC	No FACTURA
HONOR CONTRATISTAS URGENCIAS	27,150	29/sept./2025	29/sept./2025	DS-3593

Obligación: 1,178 **Registro:** 574

TERCERO

NIT: 1094271070 0 **NOMBRE:** MONTERROSA RODRIGUEZ DIANA KATHERINE
TEL: 3107024705 **DIRECCION :** BARRIO ORO NEGRO CALLE 45 001

OBSERVACIONES

P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL REQUERIDO POR LA INSTITUCION

VALORES

BRUTO :	2,074,000.00
DESCUENTOS :	0.00
NETO :	2,074,000.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	2,074,000.00

IMPUESTOS

VALOR NETO EN LETRAS

DOS MILLONES SETENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
249054001	HONORARIOS	0.00	2,074,000.00
730102003	HONORARIOS ASISTENCIALES	2,074,000.00	0.00

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E.	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR	CÓDIGO: GAF-R-05
		PAGINA 1
		VERSIÓN: 03
		FECHA:2021-03-23

N° **DS** **3593**

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E
NIT: 890.001.098-5
Carrera 5 N°1-43
(6) 7582080 -7582080

Fecha de Emisión 29 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Beneficiario del Pago DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ

Cedula de Ciudadanía N° 1094271070

Unidades	Descripción	Precio u.	Precio Total
1	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N°. 101 AL SERVICIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE	$ 6.664.000	$6.664.000

Resolución facturación documento soporte N°18764099208985
Autorización desde el 3590 hasta el 5.000
Del 26 de septiembre de 2025 al 26 de septiembre de 2026
Resolución 000165/2023
artículo 684-2

Firma y C.C.1094271070

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/09/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/10/06 **Recibo Nº** **8352500181838**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$ 133.300

Total a Pagar **$ 133.300**

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094271070
Nombre DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525001818 38(3900)0000000133300(96)20251006

VALOR BASE	$ 6.664.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 40.800.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.664.000
FECHA CONTRATO	01/04/2025
NRO. CONTRATO	101
NUMERO ORDEN DE PAGO	6

Contribuyente

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500181838**

Fecha de Expedición 2025/09/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/10/06

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$ 133.300

Total a Pagar **$ 133.300**

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094271070
Nombre DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525001818 38(3900)0000000133300(96)20251006

VALOR BASE	$ 6.664.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 40.800.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.664.000
FECHA CONTRATO	01/04/2025
NRO. CONTRATO	101
NUMERO ORDEN DE PAGO	6

Soporte trámite

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500181838**

Fecha de Expedición 2025/09/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/10/06

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$ 133.300

Total a Pagar **$ 133.300**

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094271070
Nombre DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525001818 38(3900)0000000133300(96)20251006

VALOR BASE	$ 6.664.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 40.800.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.664.000
FECHA CONTRATO	01/04/2025
NRO. CONTRATO	101
NUMERO ORDEN DE PAGO	6

Soporte Entidad

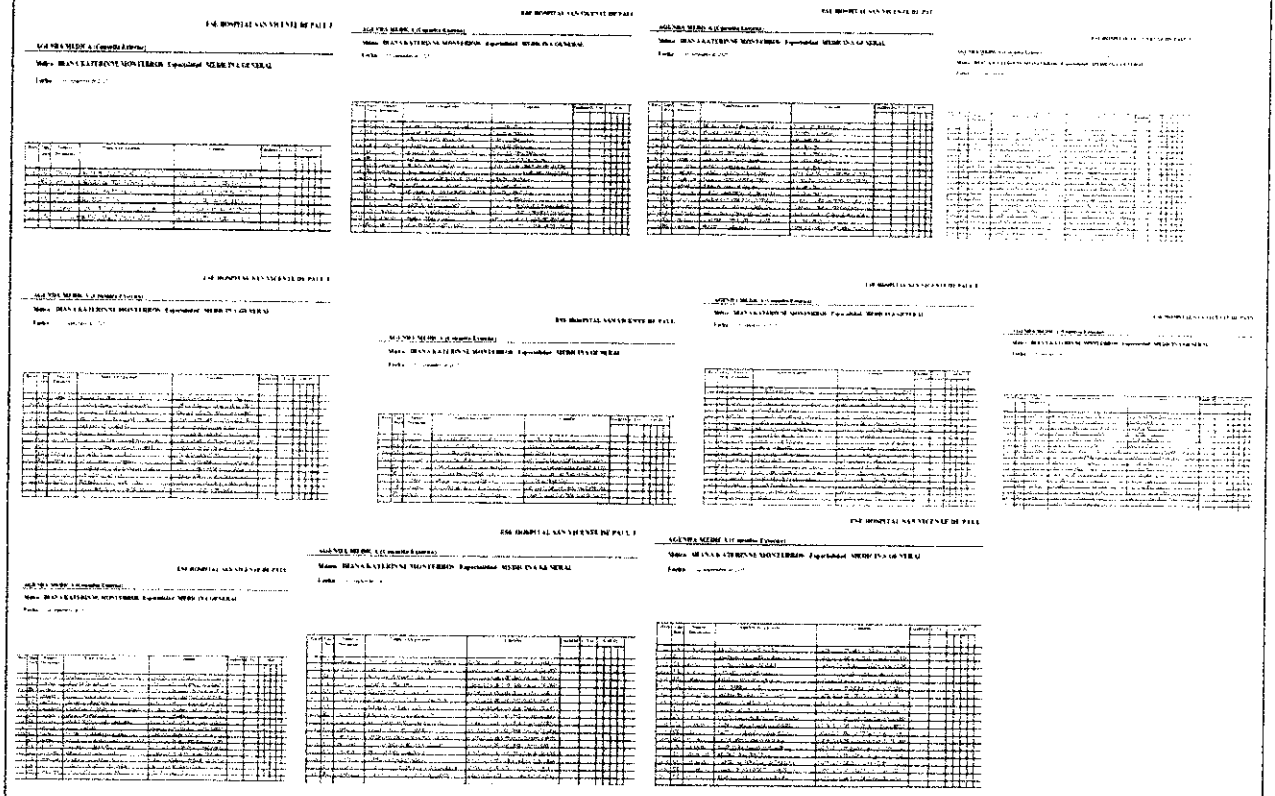
Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

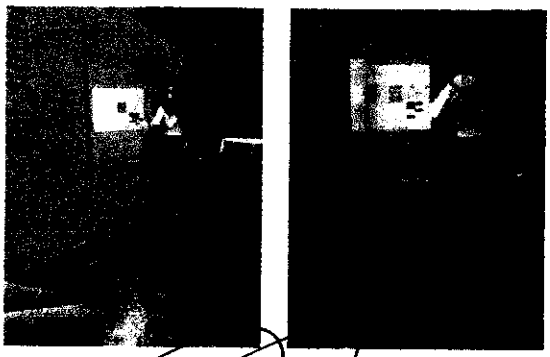
ASOPAGOS
S.A.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1094271070 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-08	230301	800224808	PORVENIR	1	14	433.100	3.900	437.000
Período salud:	2025-08	EPS005	800251440	SANITAS	1	14	338.300	3.000	341.300
Planilla Nro.:	34510687 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	14	66.000	600	66.600
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	14	0	0	0
Fecha transacción:	2025-09-29	PASENA	899999034	SENA	0	14	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	14	0	0	0
Transacción:	1811535028	PAESAP	899999054	ESAP	0	14	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	14	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 844.900





DIANA KATERINNE MONTERROSA
C.C. 1.094.271.070
Contratista

ACTA DE SUPERVISIÓN # 06

Al Contrato No 101 del 01 de abril al 31 de julio de 2025 con adición desde el 01 de agosto al 30 de septiembre de 2025

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELÁEZ

CONTRATISTA: DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ

CC: 1094271070

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, ATENCIÓN DE PARTOS, HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE O EXTRAMURALES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD O DEMANDA DE LA COMUNIDAD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO

CUANTÍA DEL CONTRATO: VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($27.200.000).

CUANTÍA DE LA ADICIÓN: TRECE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 13.620.000)

CUANTIA DEL CONTRATO + ADICION: CUARENTA MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE ($ 40.820.000)

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: No. 259 del 25 de marzo

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL DE LA ADICION: No. 576

REGISTRO PRESUPUESTAL: No. 281 del 1 de abril de 2025

REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION: No. 574

En consideración de la Supervisora, el contratista realizó las siguientes actividades correspondientes al mes de septiembre de 2025

- Practica exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Se formuló, dosifico y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Se realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Se remitió a los usuarios complicados a instituciones de mayor nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.

- Se reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.

De acuerdo a lo anterior y revisado el informe de actividades, se aprueba el pago correspondiente al mes de septiembre de 2025

VALOR INICIAL	$ 27.200.000
VALOR ADICIÓN	$ 13.600.000
VALOR POR EJECUTAR + ADICION	$ 11.424.000
VALOR MES	$ 6.664.000
VALOR POR EJECUTAR	$ 4.760.000

VALOR A PAGAR: SEIS MILLONES SEISCIENTOS SECENTA Y CUATRO MIL ($ 6.664.000) Correspondiente a las actividades realizadas durante el mes de septiembre de 2025

Documentos anexos:

1. Informe de actividades
2. Pago de seguridad social

SALUD: EPS SANITAS
PENSIÓN: PORVENIR
ARP: POSITIVA

Estos documentos reposan en el comprobante de egreso y en la hoja de vida respectivamente.

Se expide el presente visto bueno, para que se proceda a la cancelación respectiva de su pago por las actividades realizadas.

Dado en Filandia el día 29 de septiembre de 2025

EDWIN HAROLD JARAMILLO PELÁEZ

SUPERVISOR

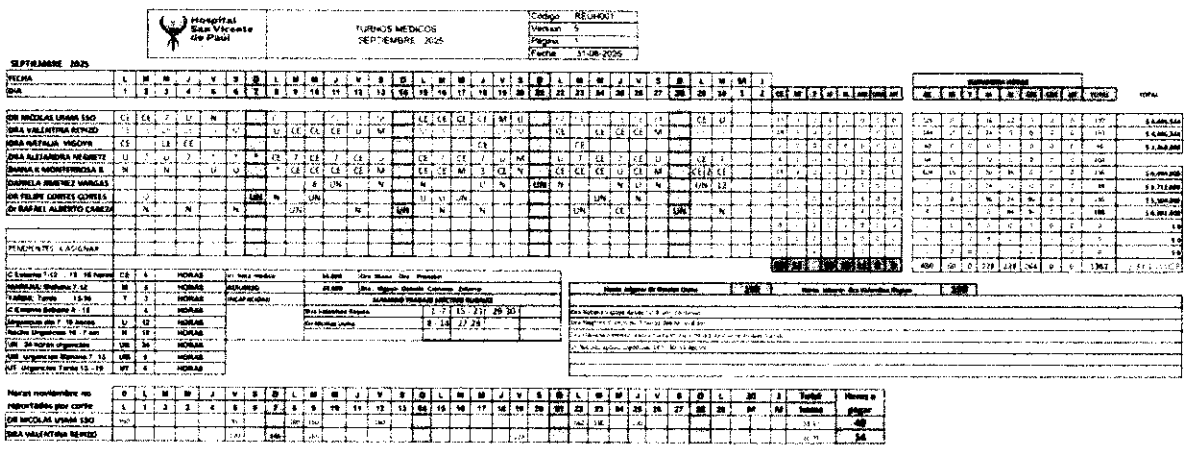
Hospital San Vicente de Paúl E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES**	Código : COGC001
		Versión : 2
		Página 1 de 4
		Fecha 30-04-2023

FECHA DEL INFORME:SEPTIEMBRE DE 2025 **PERIODO:** 01 DE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025 **SITIO DE EJECUCIÓN**: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - MUNICIPIO DE FILANDIA
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA KATERINNE MONTERROSA **CC: 1.094.271.070**
SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELÁEZ
CLASE DE CONTRATO, NÚMERO Y FECHA: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.101 DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, ATENCIÓN DE PARTOS, HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE O EXTRAMURALES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD O DEMANDA DE LA COMUNIDAD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO
VALOR DEL CONTRATO: VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($27.200.000). **VALOR ADICION:** TRECE MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE ($ 13.620.000)
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y tiempo pactados y en desarrollo del mismo, realizar entre otras las siguientes actividades, así: 1. Realizar la consulta médica general, de hospitalización y urgencias, consulta externa, actividades extramurales y domiciliarias de manera integral. 2. Brindar información clara al paciente y su familia con el fin que exista entendimiento óptimo y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. 3. Escuchar con respeto las inquietudes del paciente independiente del tipo y contenido de sus preguntas, sin generar juicios de valor frente a creencias o conocimientos, con el fin de dar la orientación necesaria. 4. Cumplir con las normas definidas para el diligenciamiento de historias clínicas, acogiéndose a los formatos y contenidos establecidos, garantizando la calidad entendida como ordenamiento, veracidad del dato, calidad del diagnóstico, correlación técnico científico en los contenidos, descripción del procedimiento, interpretación de paraclínicos y orientación al paciente a través del aplicativo CNT. Además de la elaboración de formatos y fichas de interés en salud pública 5. Realizar adecuada codificación de los diagnósticos y de los datos necesarios para generar una buena calidad del RIPS. 6. identificación y remisión de los pacientes a los programas de prevención establecidos por la E.S.E 7. Participar activamente en los comités establecidos por la empresa cuando sea requerido. 8. Aplicar las técnicas de bioseguridad en todos los procedimientos con el fin de evitar accidentes de trabajo, contaminación y/o infecciones cruzadas. 9. Cumplir con los lineamientos, protocolos, y disposiciones nacionales, departamentales y municipales y adoptadas por la E.S.E relacionados con el proceso de atención para la detección, atención y manejo de casos sospechosos de infección cruzada por el SARS-CoV-2. El uso inadecuado e irracional de los elementos de protección personal dará terminación unilateral del contrato.10. Dar cumplimiento a protocolos, guías y/o normas establecidas por la E.S.E. 11. Participar activamente en la entrega de turnos, rondas de servicios y elaboración de censo diario. 12. Realizar epicrisis de la atención brindada y certificados de nacido vivo y/o defunción, y toda la demás documentación que sea pertinente.13. Reportar en forma oportuna las enfermedades de notificación obligatoria. 14. Asistir a las capacitaciones y entrenamientos definidos por la entidad y el líder de área.15. Realizar la referencia de los usuarios de acuerdo a las guías y protocolos de manejos y a la normatividad legal vigente. 16. Participación y apoyo en los requerimientos realizados durante las visitas de los entes de control 17. Explicar lo descrito en el consentimiento informado, confirmando que ha sido entendido por el paciente y/o responsable y hacer que suscriba el documento.
VALOR PAGADO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: **SALUD:** $ 341.300 **PENSIÓN:** $ 437.000 **ARL:** $ 66.600 **PLANILLA N°:** 34510687

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se practican exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Se formuló, dosificó y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Se realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Se remitió a los usuarios complicados a instituciones de junior nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.
- Se reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.
- Participe en las diferentes capacitaciones de la institución, y en la gobernación del Quindío.

C.EXTERNA:	196 horas	VALOR HORA:	$34.000	TOTAL:	$ 6.664.000



2025 10 31 6,939,600.00

MONTERROSA RODRIGUEZ DIANA KATHERINE

SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE
****

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA

NIT. 890001098

COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,564

Fecha : 31/octubre/2025 **Pagado a :** 1094271070-0 MONTERROSA RODRIGUEZ DIANA KATHERINE

La Suma de : SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE ********** * **Valor $** 6,939,600.00

Banco : 01 DAVIVIENDA
Cuenta : 01 52302192-1 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE HONOR CONTRATISTAS URGENCIAS
No. 27,282.00 **Fact** DS3666 **Valor Bruto $**6,970,000.00 **Valor Neto $** 6,939,600.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1263	1310	760	759	212020200900201	HONORARIOS PERSONAL ASISTE	6,970,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS
RETENCION SERVICIOS DECLARANTE $ 30,400.00	

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	DAVIVIENDA 005-2302-1291	0.00	6,939,600.00
243605001	Servicios Declarantes	0.00	30,400.00
249054001	HONORARIOS	6,970,000.00	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA URGENCIAS ATENCION DE PARTOS HOSPITALIZACIONDE LA ESE

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:13

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA
NIT. 890001098

Fecha: 10/11/2025 Hora: 10:16

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC	No FACTURA
HONOR CONTRATISTAS URGENCIAS	27,282	29/oct./2025	29/oct./2025	DS3666

Obligación: 1,310 **Registro:** 760

TERCERO

NIT: 1094271070 0 **NOMBRE:** MONTERROSA RODRIGUEZ DIANA KATHERINE
TEL: 3107024705 **DIRECCION :** BARRIO ORO NEGRO CALLE 45 001

OBSERVACIONES

P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL REQUERIDO POR LA INSTITUCION.

VALORES

BRUTO :	6,970,000.00
DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :	
NETO :	6,970,000.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	6,970,000.00

VALOR NETO EN LETRAS

SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL PESOS MCTE

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
249054001	HONORARIOS	0.00	6,970,000.00
730102003	HONORARIOS ASISTENCIALES	6,970,000.00	0.00

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E. | Filandia Quindío	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FILANDIA	
	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR	CÓDIGO: GAF-R-05
		PAGINA 1
		VERSIÓN: 03
		FECHA:2021-03-23

N° **DS** **3666**

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E
NIT: 890.001.098-5
Carrera 5 N°1-43
(6) 7582080 -7582080

Fecha de Emisión OCTUBRE 29 DE 2025

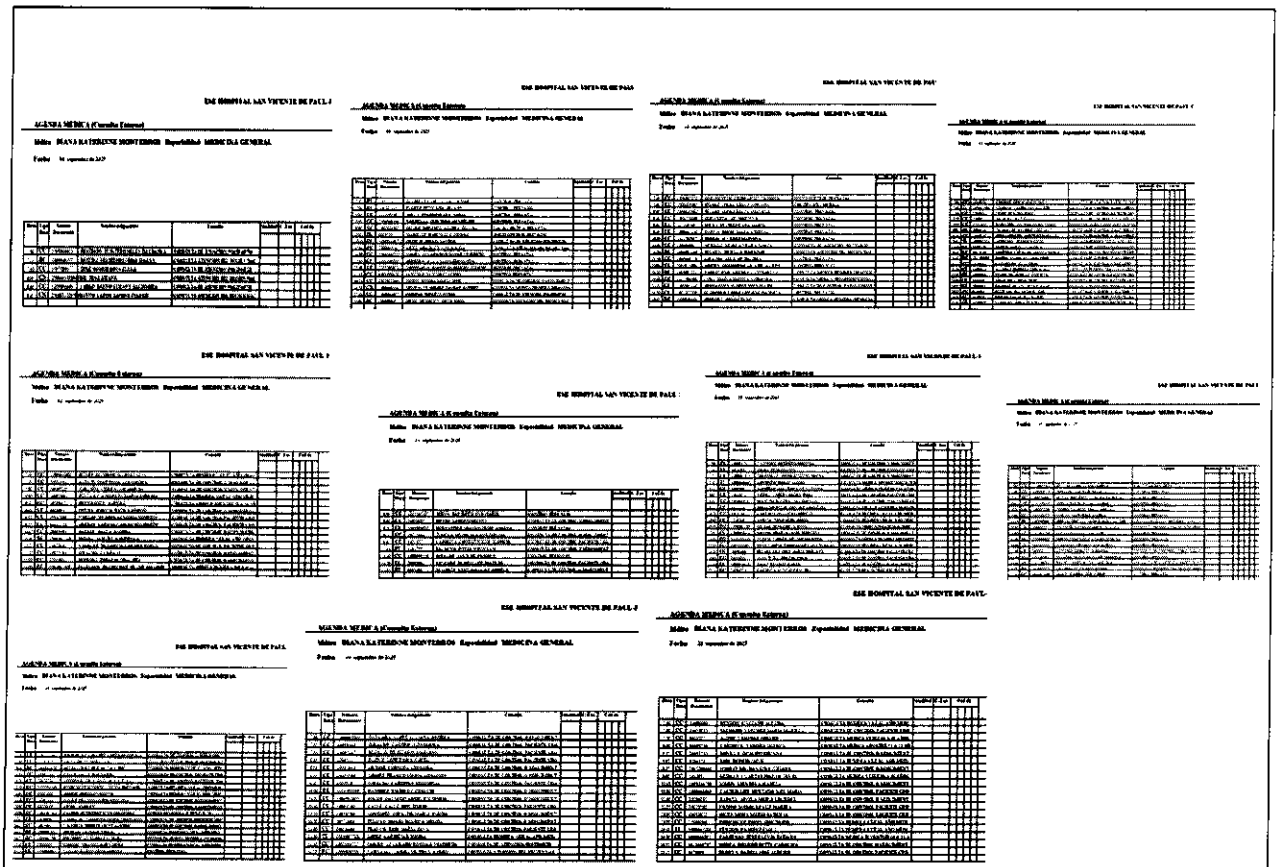
Beneficiario del Pago DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ

Cedula de Ciudadanía N° 1094271070

Unidades	Descripción	Precio u.	Precio Total
1	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N°.214 AL SERVICIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE	$ 6.970.000	$6.970.000

Resolución facturación documento soporte N°18764099208985
Autorización desde el 3590 hasta el 5.000
Del 26 de septiembre de 2025 al 26 de septiembre de 2026
Resolución 000165/2023
artículo 684-2

Firma y C.C.1094271070



DIANA KATERINNE MONTERROSA
C.C. 1.094.271.070
Contratista

ASOPAGOS
s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1094271070 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2025-08	230301	800224808	PORVENIR	1	14	433.100	3.900	437.000
Periodo salud:	2025-08	EPS005	800251440	SANITAS	1	14	338.300	3.000	341.300
Planilla Nro.:	34510687 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	14	66.000	600	66.600
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	14	0	0	0
Fecha transacción:	2025-09-29	PASENA	899999034	SENA	0	14	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	14	0	0	0
Transacción:	1811535028	PAESAP	899999054	ESAP	0	14	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	14	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 844.900

PAGADO

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/10/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04 **Recibo Nº** **8352500208344**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 139.400

Total a Pagar $ 139.400

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094271070
Nombre DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002083 44(3900)0000000139400(96)20251104

VALOR BASE	$ 6.970.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 20.400.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.970.000
FECHA CONTRATO	03/10/2025
NRO. CONTRATO	214
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Contribuyente

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500208344**

Fecha de Expedición 2025/10/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 139.400

Total a Pagar $ 139.400

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094271070
Nombre DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002083 44(3900)0000000139400(96)20251104

VALOR BASE	$ 6.970.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 20.400.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.970.000
FECHA CONTRATO	03/10/2025
NRO. CONTRATO	214
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Soporte trámite

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500208344**

Fecha de Expedición 2025/10/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 139.400

Total a Pagar $ 139.400

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094271070
Nombre DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002083 44(3900)0000000139400(96)20251104

VALOR BASE	$ 6.970.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 20.400.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.970.000
FECHA CONTRATO	03/10/2025
NRO. CONTRATO	214
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Soporte Entidad

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

ACTA DE SUPERVISIÓN # 01

Al Contrato No 214 del 03 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELÁEZ

CONTRATISTA: DIANA KATERINNE MONTERROSA RODRIGUEZ

CC: 1094271070

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, ATENCIÓN DE PARTOS, HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE O EXTRAMURALES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD O DEMANDA DE LA COMUNIDAD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO

CUANTÍA DEL CONTRATO: VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($20.400.000)

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: No. 759

REGISTRO PRESUPUESTAL: No. 760

En consideración de la Supervisora, el contratista realizó las siguientes actividades correspondientes a los días del 03 al 31 de octubre de 2025

- Practica exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Se formuló, dosifico y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Se realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Se remitió a los usuarios complicados a instituciones de mayor nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.

- Se reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron.

- factor de riesgo para la población evitando la propagación.

De acuerdo a lo anterior y revisado el informe de actividades, se aprueba el pago correspondiente a los días del 03 al 31 de octubre de 2025

VALOR INICIAL	$ 20.400.000
VALOR POR EJECUTAR	$ 20.400.000
VALOR MES	$ 6.970.000
VALOR POR EJECUTAR	$ 13.430.000

VALOR A PAGAR: SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL ($ 6.970.000) Correspondiente a las actividades realizadas durante los días del 03 al 31 de octubre de 2025
Documentos anexos:

1. Informe de actividades
2. Pago de seguridad social

SALUD: EPS SANITAS
PENSIÓN: PORVENIR
ARP: POSITIVA

Estos documentos reposan en el comprobante de egreso y en la hoja de vida respectivamente.

Se expide el presente visto bueno, para que se proceda a la cancelación respectiva de su pago por las actividades realizadas.

Dado en Filandia el día 29 de octubre de 2025

EDWIN HAROLD JARAMILLO PELÁEZ

SUPERVISOR

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E. | Filandia Quindío	**INFORME DE ACTIVIDADES**	Código : COGC001
		Versión : 2
		Página 1 de 4
		Fecha 29-04-2025

FECHA DEL INFORME:OCTUBRE 31 DE 2025
PERIODO: 03 DE AL 31 DE OCTUBRE DE 2025
SITIO DE EJECUCIÓN: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - MUNICIPIO DE FILANDIA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA KATERINNE MONTERROSA **CC:** 1.094.271.070

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELÁEZ

CLASE DE CONTRATO, NÚMERO Y FECHA: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.214 DE 2025

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, ATENCIÓN DE PARTOS, HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE O EXTRAMURALES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD O DEMANDA DE LA COMUNIDAD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO

VALOR DEL CONTRATO: VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($20.400.000).

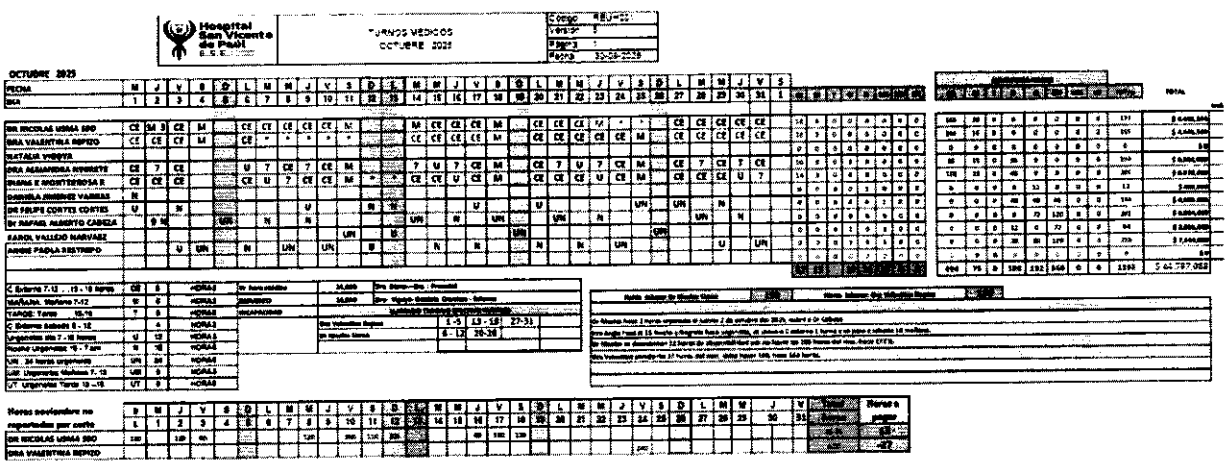
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y tiempo pactados y en desarrollo del mismo, realizar entre otras las siguientes actividades, así: 1. Realizar la consulta médica general, de hospitalización y urgencias, consulta externa, actividades extramurales y domiciliarias de manera integral. 2. Brindar información clara al paciente y su familia con el fin que exista entendimiento óptimo y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. 3. Escuchar con respeto las inquietudes del paciente independiente del tipo y contenido de sus preguntas, sin generar juicios de valor frente a creencias o conocimientos, con el fin de dar la orientación necesaria. 4. Cumplir con las normas definidas para el diligenciamiento de historias clínicas, acogiéndose a los formatos y contenidos establecidos, garantizando la calidad entendida como ordenamiento, veracidad del dato, calidad del diagnóstico, correlación técnico científico en los contenidos, descripción del procedimiento, interpretación de paraclínicos y orientación al paciente a través del aplicativo CNT. Además de la elaboración de formatos y fichas de interés en salud pública 5. Realizar adecuada codificación de los diagnósticos y de los datos necesarios para generar una buena calidad del RIPS. 6. identificación y remisión de los pacientes a los programas de prevención establecidos por la E.S.E 7. Participar activamente en los comités establecidos por la empresa cuando sea requerido. 8. Aplicar las técnicas de bioseguridad en todos los procedimientos con el fin de evitar accidentes de trabajo, contaminación y/o infecciones cruzadas. 9. Cumplir con los lineamientos, protocolos, y disposiciones nacionales, departamentales y municipales y adoptadas por la E.S.E relacionados con el proceso de atención para la detección, atención y manejo de casos sospechosos de infección cruzada por el SARS-CoV-2. El uso inadecuado e irracional de los elementos de protección personal dará terminación unilateral del contrato.10. Dar cumplimiento a protocolos, guías y/o normas establecidas por la E.S.E. 11. Participar activamente en la entrega de turnos, rondas de servicios y elaboración de censo diario. 12. Realizar epicrisis de la atención brindada y certificados de nacido vivo y/o defunción, y toda la demás documentación que sea pertinente.13. Reportar en forma oportuna las enfermedades de notificación obligatoria. 14. Asistir a las capacitaciones y entrenamientos definidos por la entidad y el líder de área.15. Realizar la referencia de los usuarios de acuerdo a las guías y protocolos de manejos y a la normatividad legal vigente. 16. Participación y apoyo en los requerimientos realizados durante las visitas de los entes de control 17. Explicar lo descrito en el consentimiento informado, confirmando que ha sido entendido por el paciente y/o responsable y hacer que suscriba el documento.

VALOR PAGADO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:
SALUD: $ 341.000 **PENSIÓN:** $ 437.000 **ARL:** $ 66.600 **PLANILLA N°:** 34510687

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se practican exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Se formuló, dosificó y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Se realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Se remitió a los usuarios complicados a instituciones de junior nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.
- Se reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.
- Participe en las diferentes capacitaciones de la institución, y en la gobernación del Quindío.

C.EXTERNA:	205 horas	VALOR HORA:	$34.000	TOTAL:	$ 6.970.000



2025 10 02 6,392,000.00

JIMENEZ VARGAS DANIELA

SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS MCTE
****

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA

NIT. 890001098

COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,506

Fecha : 02/octubre/2025 **Pagado a :** 1094970443-3 JIMENEZ VARGAS DANIELA

La Suma de : SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ********** ********** **Valor $** 6,392,000.00

Banco : 12 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 6993126738 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE HONORARIOS PIC
No. 27,211.00 **Fact** DS3649 **Valor Bruto $**6,392,000.00 **Valor Neto $** 6,392,000.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1199	1239	734	732	212020200900201	HONORARIOS PERSONAL ASISTE	6,392,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006005	BANCOLOMBIA CTA6993126738	0.00	6,392,000.00
249054001	HONORARIOS	6,392,000.00	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL REQUERIDO POR LA INSTITUCION.

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 11:33

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA
NIT. 890001098

Fecha: 08/10/2025 Hora: 12:56

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC	No. FACTURA
HONORARIOS PIC	27,211	30/sept./2025	30/sept./2025	DS3649

Obligación: 1,239 **Registro:** 734

TERCERO

NIT: 1094970443 3 **NOMBRE:** JIMENEZ VARGAS DANIELA
TEL: **DIRECCION :** ARMENIA QUINDIO 001

OBSERVACIONES

P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL REQURIDO POR LA INSTITUCION

IMPUESTOS

VALOR NETO EN LETRAS

SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS MCTE

VALORES

BRUTO :	6,392,000.00
DESCUENTOS :	0.00
NETO :	6,392,000.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	6,392,000.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
249054001	HONORARIOS	0.00	6,392,000.00
731302001	Generales	6,392,000.00	0.00

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E.	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR	CÓDIGO: GAF-R-05
		PAGINA 1
		VERSIÓN: 03
		FECHA:2021-03-23

N° **DS 3649**

Fecha de Emisión SEPTIEMBRE 30 DE 2025

Beneficiario del Pago DANIELA JIMENEZ VARGAS

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E
NIT: 890.001.098-5
Carrera 5 N°1-43
(6) 7582080 -7582080

Cedula de Ciudadanía N° 1.094.970.443

Unidades	Descripción	Precio u.	Precio Total
1	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N°212 AL SERVICIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE	$ 6.392.000	$6.392.000

Resolución facturación documento soporte N°18764099208985
Autorización desde el 3590 hasta el 5.000
Del 26 de septiembre de 2025 al 26 de septiembre de 2026
Resolución 000165/2023, artículo 684-2023

Firma y C.C. 1.094.970.443 Daniela Jimenez.

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/09/30 **Fecha Limite de Pago** 2025/10/06 **Recibo Nº** **8352500182698**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$ 127.800

Total a Pagar **$ 127.800**

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094970443
Nombre DANIELA JIMENEZ VARGAS
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525001826 98(3900)0000000127800(96)20251006

VALOR BASE	$ 6.392.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.392.000
FECHA CONTRATO	11/09/2025
NRO. CONTRATO	212
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Contribuyente

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500182698**
Fecha de Expedición 2025/09/30 **Fecha Limite de Pago** 2025/10/06

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 127.800

Total a Pagar **$ 127.800**

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094970443
Nombre DANIELA JIMENEZ VARGAS
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525001826 98(3900)0000000127800(96)20251006

VALOR BASE $ 6.392.000
VALOR TOTAL CONTRATO $ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO $ 6.392.000
FECHA CONTRATO 11/09/2025
NRO. CONTRATO 212
NUMERO ORDEN DE PAGO 1

Soporte trámite

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500182698**
Fecha de Expedición 2025/09/30 **Fecha Limite de Pago** 2025/10/06

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 127.800

Total a Pagar **$ 127.800**

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1094970443
Nombre DANIELA JIMENEZ VARGAS
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525001826 98(3900)0000000127800(96)20251006

VALOR BASE $ 6.392.000
VALOR TOTAL CONTRATO $ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO $ 6.392.000
FECHA CONTRATO 11/09/2025
NRO. CONTRATO 212
NUMERO ORDEN DE PAGO 1

Soporte Entidad

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1094970443		DANIELA JIMENEZ VARGAS	INDEPENDIENTE	Principal	BARRIO LA SOLEDAD MANZANA 6 CASA 12	MONTENEGRO-QUINDIO	3145455388	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1809745724	9492573778	I	2025/10/10	2025/09/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																														
Ciudad: MONTENEGRO Depto: QUINDIO (1 Afiliados)																														
1	CC	1094970443	JIMENEZ DANIELA	X																230201	30	EPS005	30		0	14-23	30	2.436%	0	No
Total Afiliados(1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1094970443		DANIELA JIMENEZ VARGAS	INDEPENDIENTE	Principal	BARRIO LA SOLEDAD MANZANA 6 CASA 12	MONTENEGRO-QUINDIO	3145455388	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1809745724	9492573778	I	2025/10/10	2025/09/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

ACTA DE SUPERVISIÓN No 1

Contrato No 212 del 11 de septiembre al 30 de noviembre de 2025

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ

CONTRATISTA: DANIELA JIMENEZ VARGAS

CC: 1.094.970.443

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR APOYO COMO MÉDICO GENERAL, EN CONSULTA MEDICA AMBULATORIA INTRA Y EXTRAMURAL, APOYO AL DESARROLLO DEL PLAM DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, Y APOYO AL SERVICIO DE URGENCIAS SI ESTE LO REQUIERE; DE ACUERDO AL MODELO DE ATENCION DE LA E.S.E. ASI COMO VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE METAS CON LAS DIFERENTES EAPBS CONTRATADAS CON LA E.S.E.

CUANTÍA DEL CONTRATO: QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($15.000.000)

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: No. 732

REGISTRO PRESUPUESTAL: No.734

En consideración del supervisor, el contratista realizó las siguientes actividades correspondientes a los días del 11 al 30 de septiembre de 2025

- Practica exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Formuló, dosificó y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Remitió los usuarios complicados a instituciones de mayor nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.
- Reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.

De acuerdo a lo anterior y revisado el informe de actividades, se aprueba el pago correspondiente a los días del 11 al 30 de septiembre de 2025

VALOR INICIAL	$ 15.000.000
VALOR A EJECUTAR	$ 15.000.000
VALOR MES	$ 6.392.000
VALOR POR EJECUTAR	$ 8.608.000

VALOR A PAGAR: SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE ($6.392.000) Correspondiente a las actividades realizadas durante los días del 11 al 30 de septiembre de 2025

Documentos anexos:

1. Informe de actividades
2. Pago de seguridad social
3.

SALUD: SANITAS
PENSIÓN: PROTECCION
ARP: POSITIVA

Estos documentos reposan en el comprobante de egreso y en la hoja de vida respectivamente.

Se expide el presente visto bueno, para que se proceda a la cancelación respectiva de su pago por las actividades realizadas.

Dado en Filandia el día (30) del mes de septiembre de 2025

EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ
SUPERVISOR

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES**	Código : COGC001 Versión : 2 Página 1 de 2 Fecha 29-04-2025

FECHA DEL INFORME: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

PERIODO: DEL 11 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

SITIO DE EJECUCIÓN: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - MUNICIPIO DE FILANDIA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DANIELA JIMENEZ VARGAS	**CC:** 1.094.970.443

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ

CLASE DE CONTRATO, NÚMERO Y FECHA:
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No.212 DEL 11 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR APOYO COMO MÉDICO GENERAL, EN CONSULTA MEDICA AMBULATORIA INTRA Y EXTRAMURAL, APOYO AL DESARROLLO DEL PLAM DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, Y APOYO AL SERVICIO DE URGENCIAS SI ESTE LO REQUIERE; DE ACUERDO AL MODELO DE ATENCION DE LA E.S.E. ASI COMO VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE METAS CON LAS DIFERENTES EAPBS CONTRATADAS CON LA E.S.E.

VALOR DEL CONTRATO: QUINCE MILLONES DE PESOS M/ CTE ($15.000.000 M/CTE)

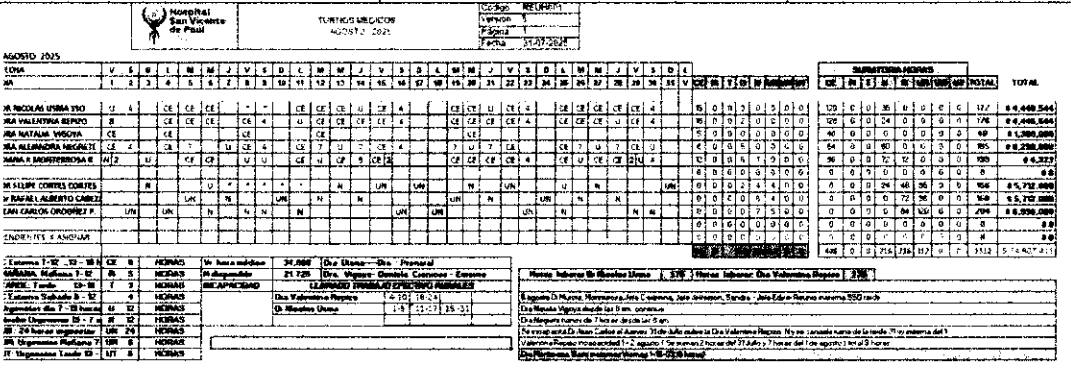
VALOR PAGADO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:
EPS: $250.000 **ARL:** $ 48.800 **PENSION:** $ 320.000 **PLANILLA No:** 9492573778

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y tiempo pactados y en desarrollo del mismo, realizar entre otras las siguientes actividades, así: 1. Realizar la consulta médica general, de hospitalización y urgencias, consulta externa, actividades extramurales y domiciliarias de manera integral. 2. Brindar información clara al paciente y su familia con el fin que exista entendimiento óptimo y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. 3. Escuchar con respeto las inquietudes del paciente independiente del tipo y contenido de sus preguntas, sin generar juicios de valor frente a creencias o conocimientos, con el fin de dar la orientación necesaria. 4. Cumplir con las normas definidas para el diligenciamiento de historias clínicas, acogiéndose a los formatos y contenidos establecidos, garantizando la calidad entendida como ordenamiento, veracidad del dato, calidad del diagnóstico, correlación técnico científico en los contenidos, descripción del procedimiento, interpretación de paraclínicos y orientación al paciente a través del aplicativo CNT. Además de la elaboración de formatos y fichas de interés en salud publica 5. Realizar adecuada codificación de los diagnósticos y de los datos necesarios para generar una buena calidad del RIPS. 6. identificación y remisión de los pacientes a los programas de prevención establecidos por la E.S.E 7. Participar activamente en los comités establecidos por la empresa cuando sea requerido. 8. Aplicar las técnicas de bioseguridad en todos los procedimientos con el fin de evitar accidentes de trabajo, contaminación y/o infecciones cruzadas. 9. Cumplir con los lineamientos, protocolos, y disposiciones nacionales, departamentales y municipales y adoptadas por la E.S.E relacionados con el proceso de atención para la detección, atención y manejo de casos sospechosos de infección cruzada por el SARS-CoV-2. El uso inadecuado e irracional de los elementos de protección personal dará terminación unilateral del contrato.10. Dar cumplimiento a protocolos, guías y/o normas establecidas por la E.S.E. 11. Participar activamente en la entrega de turnos, rondas de servicios y elaboración de censo diario. 12. Realizar epicrisis de la atención brindada y certificados de nacido vivo y/o defunción, y toda la demás documentación que sea pertinente.13. Reportar en forma oportuna las enfermedades de notificación obligatoria. 14. Asistir a las capacitaciones y entrenamientos definidos por la entidad y el líder de area.15. Realizar la referencia de los usuarios de acuerdo a las guías y protocolos de manejos y a la normatividad legal vigente. 16. Participación y apoyo en los requerimientos realizados durante las visitas de los entes de control 17. Explicar lo descrito en el consentimiento informado, confirmando que ha sido entendido por el paciente y/o responsable y hacer que suscriba el documento.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se practican exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Se formuló, dosificó y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Se realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Se remitió los usuarios complicados a instituciones de mayor nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Se participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.
- Se reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.

URGENCIAS:	188 horas	VALOR HORA:	$34.000	TOTAL:	$ 6.392.000



Daniela Jimenez.

DANIELA JIMENEZ VARGAS
CC. 1.094.970.443
Contratista

2025 11 06 7,344,000.00

RESTREPO JARAMILLO ANGIE PAOLA

SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE
****

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA

NIT. 890001098

COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,649

Fecha : 06/noviembre/2025 **Pagado a :** 1112106829-2 RESTREPO JARAMILLO ANGIE PAOLA

La Suma de : SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ********** **Valor $** 7,344,000.00

Banco : 12 BANCOLOMBIA
Cuenta : 01 6993126738 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE HONORARIOS CONSULTA EXTERNA
No. 27,307.00 **Fact** DS3728 **Valor Bruto $**7,344,000.00 **Valor Neto $** 7,344,000.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1356	1335	821	813	212020200900201	HONORARIOS PERSONAL ASISTE	7,344,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006005	BANCOLOMBIA CTA6993126738	0.00	7,344,000.00
249054001	HONORARIOS	7,344,000.00	0.00

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS REQUERIDO POR LA INSTITUCION.

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:40

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-FILANDIA
NIT. 890001098

Fecha: 10/11/2025 Hora: 12:36

Usuario Imprime: GCRISTINAORTIZ
Usuario Responsable: GCRISTINAORTIZ

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC	No FACTURA
HONORARIOS CONSULTA EXTERNA	27,307	29/oct./2025	29/oct./2025	DS3728

Obligación: 1,335 **Registro:** 821

TERCERO

NIT: 1112106829 2 **NOMBRE:** RESTREPO JARAMILLO ANGIE PAOLA
TEL: 3164536538 **DIRECCION :** CL 19 Norte # 15 - 66 BL 6 APTO 504 001

OBSERVACIONES

P/R LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO GENERAL EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS REQUERIDO POR LA INSTITUCION.

VALORES

BRUTO :	7,344,000.00
DESCUENTOS :	0.00

IMPUESTOS

VALOR NETO EN LETRAS

SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE

NETO :	7,344,000.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	7,344,000.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
249054001	HONORARIOS	0.00	7,344,000.00
731002003	HONORARIOS CONSULTA EXTERNA	7,344,000.00	0.00

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E. | Filandia Quindío	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FILANDIA	
	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR	CÓDIGO: GAF-R-05
		PAGINA 1
		VERSIÓN: 03
		FECHA:2021-03-23

N° **DS** **3728**

Fecha de Emisión OCTUBRE 29 DE 2025

Beneficiario del Pago ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO

Cédula de Ciudadanía N° 1.112.106.829

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL E.S.E
NIT: 890.001.098-5
Carrera 5 N°1-43
(6) 7582080 -7582080

Unidades	Descripción	Precio u.	Precio Total
1	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°. 262 AL SERVICIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL ESE	$ 7.344.000	$ 7.344.000

Resolución facturación documento soporte N°18764099208985
Autorización desde el 3590 hasta el 5.000
Del 26 de septiembre de 2025 al 26 de septiembre de 2026
Resolución 000165/2023
artículo 684-2

Firma y C.C. 1.112.106.829

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/10/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04 **Recibo Nº** **8352500207824**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 146.900

Total a Pagar $ 146.900

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1112106829
Nombre ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002078 24(3900)0000000146900(96)20251104

VALOR BASE	$ 7.344.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 20.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 7.344.000
FECHA CONTRATO	08/10/2025
NRO. CONTRATO	262
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Contribuyente

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500207824**

Fecha de Expedición 2025/10/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 146.900

Total a Pagar $ 146.900

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1112106829
Nombre ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002078 24(3900)0000000146900(96)20251104

VALOR BASE	$ 7.344.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 20.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 7.344.000
FECHA CONTRATO	08/10/2025
NRO. CONTRATO	262
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Soporte trámite

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500207824**

Fecha de Expedición 2025/10/29 **Fecha Limite de Pago** 2025/11/04

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 146.900

Total a Pagar $ 146.900

Con destino a: **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Filandia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 1112106829
Nombre ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525002078 24(3900)0000000146900(96)20251104

VALOR BASE	$ 7.344.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 20.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 7.344.000
FECHA CONTRATO	08/10/2025
NRO. CONTRATO	262
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Soporte Entidad

Formato RE.OP-14L 17/12/2024 V 0.0

enlace operativo

SuAporte | Informe Histórico Detallado

Periodo Cotización 202510 **Número planilla** 81326220
Periodo Servicio 202510
Tipo Planilla N: PLANILLA CORRECCIONES

Periodo de consulta del informe: 202510
Fecha Pagada: 29/10/2025

Fecha de Creación del Informe: miércoles, 29 de octubre de 2025 01:18:49 PM

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO				
Documento	CC1112106829	**Dirección**	CL 8 #12 - 12		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7315575		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CIRCASIA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1112106829		
Tipo de Cotizante	59	00	
Extranjero		**Residente**	

Días AFP	0	**Días EPS**	0
Días ARP	0	**Días CCF**	0

Salario	$ 2.857.600

Nombres y Apellidos	**(Cod) Ciudad - Departamento**
RESTREPO JARAMILLO ANGIE PAOLA	63190000 - 63

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							C								

III. APORTES POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO

Código AFP	25-14
Código AFP Traslado	
COLPENSIONES	
IBC AFP	$ 1.434.100
Total Cotización AFP	$ 229.500
Fondo de Solidaridad Pensional	$ 0
Fondo de Subsistencia Pensional	$ 0

Código EPS	EPS037
Código EPS Traslado	
NUEVA EPS	
IBC EPS	$ 1.434.100
Aporte EPS	$ 179.200
Aporte UPC	$ 0

ARL SURA	
IBC ARP	$ 1.434.100
Aporte ARP	$ 35.000

Código CCF	NIN-CC
NINGUNA CCF	
IBC CCF	$ 0
Aporte CCF	$ 0

IV. Parafiscales

Aporte Ministerio	$ 0
Aporte ICBF	$ 0
Aporte SENA	$ 0
Aporte ESAP	$ 0

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.

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

EXPERTOS en PILA

enlace operativo

SuAporte | Informe Histórico Detallado

Periodo Cotización 202510 **Número planilla** 81317359
Periodo Servicio 202510
Tipo Planilla I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo de consulta del Informe: 202510
Pagada 28/10/2025

Fecha de Creación del Informe: miércoles, 29 de octubre de 2025 01:18:49 PM

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO				
Documento	CC1112106829	**Dirección**	CL 8 #12 - 12		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7315575		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CIRCASIA	**Departamento**	QUINDIO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1112106829		
Tipo de Cotizante	59	00	
Extranjero		**Residente**	

Días AFP	30	**Días EPS**	30
Días ARP	30	**Días CCF**	0

Salario	$ 1.423.500

Nombres y Apellidos	**(Cod) Ciudad - Departamento**
RESTREPO JARAMILLO ANGIE PAOLA	63190000 - 63

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

III. APORTES POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO

Código AFP	25-14
Código AFP Traslado	
COLPENSIONES	
IBC AFP	$ 1.423.500
Total Cotización AFP	$ 227.800
Fondo de Solidaridad Pensional	$ 0
Fondo de Subsistencia Pensional	$ 0

Código EPS	EPS037
Código EPS Traslado	
NUEVA EPS	
IBC EPS	$ 1.423.500
Aporte EPS	$ 178.000
Aporte UPC	$ 0

ARL SURA	
IBC ARP	$ 1.423.500
Aporte ARP	$ 34.700

Código CCF	NIN-CC
NINGUNA CCF	
IBC CCF	$ 0
Aporte CCF	$ 0

IV. Parafiscales

Aporte Ministerio	$ 0
Aporte ICBF	$ 0
Aporte SENA	$ 0
Aporte ESAP	$ 0

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.

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

EXPERTOS en PILA

ACTA DE SUPERVISIÓN No 1

Contrato No 262 del 08 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ

CONTRATISTA: ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO

CC: 1.112.106.829

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR APOYO COMO MÉDICO GENERAL, EN CONSULTA MEDICA AMBULATORIA INTRA Y EXTRAMURAL, APOYO AL DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, Y APOYO AL SERVICIO DE URGENCIAS SI ESTE LO REQUIERE; DE ACUERDO AL MODELO DE ATENCION DE LA E.S.E. ASI COMO VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE METAS CON LAS DIFERENTES EAPBS CONTRATADAS CON LA E.S.E.

CUANTÍA DEL CONTRATO: VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE ($20.000.000)

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: No. 813

REGISTRO PRESUPUESTAL: No.821

En consideración del supervisor, el contratista realizó las siguientes actividades correspondientes a los días del 08 al 31 de octubre de 2025

- Practica exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Formuló, dosificó y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Remitió los usuarios complicados a instituciones de mayor nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.
- Reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.

De acuerdo a lo anterior y revisado el informe de actividades, se aprueba el pago correspondiente a los días del 08 al 31 de octubre de 2025

VALOR INICIAL	$ 20.000.000
VALOR A EJECUTAR	$ 20.000.000
VALOR MES	$ 7.344.000
VALOR POR EJECUTAR	$ 12.656.000

VALOR A PAGAR: SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($7.344.000) Correspondiente a las actividades realizadas durante los días del 08 al 31 de octubre de 2025

Documentos anexos:

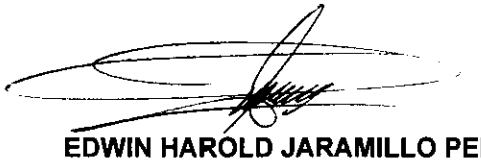
1. Informe de actividades
2. Pago de seguridad social
3.

SALUD: NUEVA EPS
PENSIÓN: COLPENSIONES
ARP: ARL SURA

Estos documentos reposan en el comprobante de egreso y en la hoja de vida respectivamente.

Se expide el presente visto bueno, para que se proceda a la cancelación respectiva de su pago por las actividades realizadas.

Dado en Filandia el día (29) del mes de octubre de 2025



EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ
SUPERVISOR

Hospital San Vicente de Paúl E.S.E. | Filandia Quindío	**INFORME DE ACTIVIDADES**	Código : COGC001
		Versión : 2
		Página 1 de 2
		Fecha 29-04-2025

FECHA DEL INFORME: 31 DE OCTUBRE DE 2025

PERIODO: DEL 08 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2025

SITIO DE EJECUCIÓN: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - MUNICIPIO DE FILANDIA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO | **CC:** 1.112.106.829

SUPERVISOR: EDWIN HAROLD JARAMILLO PELAEZ

CLASE DE CONTRATO, NÚMERO Y FECHA:
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No.262 DEL 08 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR APOYO COMO MÉDICO GENERAL, EN CONSULTA MEDICA AMBULATORIA INTRA Y EXTRAMURAL, APOYO AL DESARROLLO DEL PLAM DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, Y APOYO AL SERVICIO DE URGENCIAS SI ESTE LO REQUIERE; DE ACUERDO AL MODELO DE ATENCION DE LA E.S.E. ASI COMO VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE METAS CON LAS DIFERENTES EAPBS CONTRATADAS CON LA E.S.E.

VALOR DEL CONTRATO: VEINTE MILLONES DE PESOS M/ CTE ($20.000.000 M/CTE)

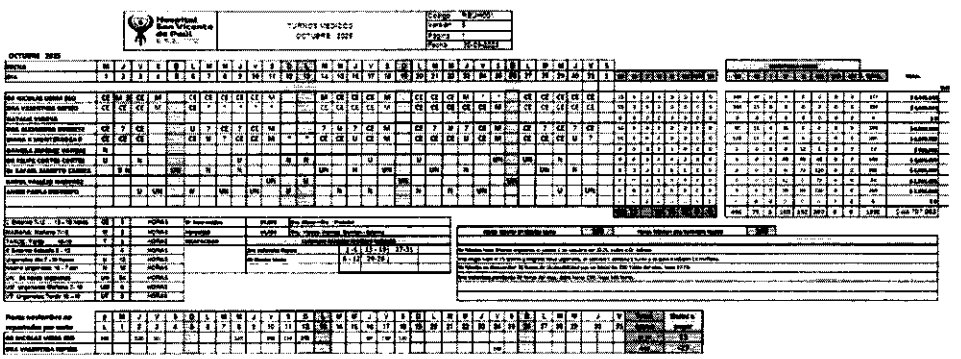
VALOR PAGADO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:
EPS: $ 178.000 **ARL:** $ 34.700 **PENSION:** $ 227.800 **PLANILLA No:** 81317359
PLANILLA CORREGIDA EPS: 179.200 **PENSION:** 229.500 **ARL:** 35.000 **PLANILLA No:** 81326220

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y tiempo pactados y en desarrollo del mismo, realizar entre otras las siguientes actividades, así: 1. Realizar la consulta médica general, de hospitalización y urgencias, consulta externa, actividades extramurales y domiciliarias de manera integral. 2. Brindar información clara al paciente y su familia con el fin que exista entendimiento óptimo y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. 3. Escuchar con respeto las inquietudes del paciente independiente del tipo y contenido de sus preguntas, sin generar juicios de valor frente a creencias o conocimientos, con el fin de dar la orientación necesaria. 4. Cumplir con las normas definidas para el diligenciamiento de historias clínicas, acogiéndose a los formatos y contenidos establecidos, garantizando la calidad entendida como ordenamiento, veracidad del dato, calidad del diagnóstico, correlación técnico científico en los contenidos, descripción del procedimiento, interpretación de paraclínicos y orientación al paciente a través del aplicativo CNT. Además de la elaboración de formatos y fichas de interés en salud publica 5. Realizar adecuada codificación de los diagnósticos y de los datos necesarios para generar una buena calidad del RIPS. 6. identificación y remisión de los pacientes a los programas de prevención establecidos por la E.S.E 7. Participar activamente en los comités establecidos por la empresa cuando sea requerido. 8. Aplicar las técnicas de bioseguridad en todos los procedimientos con el fin de evitar accidentes de trabajo, contaminación y/o infecciones cruzadas. 9. Cumplir con los lineamientos, protocolos, y disposiciones nacionales, departamentales y municipales y adoptadas por la E.S.E relacionados con el proceso de atención para la detección, atención y manejo de casos sospechosos de infección cruzada por el SARS-CoV-2. El uso inadecuado e irracional de los elementos de protección personal dará terminación unilateral del contrato.10. Dar cumplimiento a protocolos, guías y/o normas establecidas por la E.S.E. 11. Participar activamente en la entrega de turnos, rondas de servicios y elaboración de censo diario. 12. Realizar epicrisis de la atención brindada y certificados de nacido vivo y/o defunción, y toda la demás documentación que sea pertinente.13. Reportar en forma oportuna las enfermedades de notificación obligatoria. 14. Asistir a las capacitaciones y entrenamientos definidos por la entidad y el líder de area.15. Realizar la referencia de los usuarios de acuerdo a las guías y protocolos de manejos y a la normatividad legal vigente. 16. Participación y apoyo en los requerimientos realizados durante las visitas de los entes de control 17. Explicar lo descrito en el consentimiento informado, confirmando que ha sido entendido por el paciente y/o responsable y hacer que suscriba el documento.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se practican exámenes de medicina general basada en la clínica médica, realizando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento acorde, para la recuperación de la salud al usuario, en el servicio
- Se formuló, dosificó y ordenó el suministro de medicamentos de manera pertinente
- Se realizó evolución clínica de pacientes hospitalizados, tratamiento pertinente según tiempo de hospitalización, modificación en casos necesarios, así como realización de alta hospitalaria con su respectivo tratamiento ambulatorio y realización de epicrisis
- Se remitió los usuarios complicados a instituciones de mayor nivel de complejidad, conforme a las directrices establecidas.
- Se participó en la capacitación activa de pacientes, para dirigirlos hacia programas de promoción y prevención, y así mejorar la salud de la comunidad.
- Se reportó a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en aquellas situaciones que fueron factor de riesgo para la población evitando la propagación.

URGENCIAS:	216 horas	**VALOR HORA:**	$34.000	**TOTAL:**	$ 7.344.000



ANGIE PAOLA RESTREPO JARAMILLO
CC. 1.112.106.829
Contratista