El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contractualmente adquiridas en favor del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E acorde a lo pactado en la respectiva minuta, haciendo procedente el pago, correspondiente al mes del 01 de diciembre al 31 diciembre de 2025.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Nombre completo:	UNIR DESTINOS VIAJES Y TURISMO UNITOUR D SAS
Cédula de ciudadanía:	900292143
Número de contrato:	1439
Plazo del contrato:	Desde [07/07/2025] hasta [31/12/2025]
Objeto del contrato:	ARRIENDO DE INMUEBLE PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y ENCUENTROS DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL POR MEDIO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LOS EQUIPOS BASICOS DE ATENCION EN SALUD PARA LA ESE HOSPITAL DEPARRTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSALIA VIGENCIA 2025

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO	
Evaluación general:	☑ Cumplió a cabalidad ☐ No cumplió *(marcar lo correspondiente)*
Observaciones:	[Incluir comentarios si aplica, o escribir “Ninguna”]

La supervisión del contrato en cumplimiento de sus obligaciones verifico que el contratista cumplió a cabalidad con los aportes a seguridad social durante el periodo que da lugar a la cuenta de cobro, según planilla No. **9495283416** del mes **diciembre** del año **2025**.

Este certificado se expide a solicitud del interesado y para los fines que estime convenientes, en la ciudad de **Puerto Carreño** a los **31** días del mes de **diciembre** del año **2025.**

FIRMA DEL RESPONSABLE / SUPERVISOR
Nombre: LINA MARIA LOZANO MEDINA
Cargo: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Puerto Carreño - Vichada	**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.** **PROCESO DE GESTIÓN LOGÍSTICA** **CERTIFICACIÓN UNICA DE PAGO** ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS / SUMINISTROS	Control para el progreso Versión: 2 Código: GLO-FT-01 Fecha: 28/03/2022

INFORMACIÓN BÁSICA

CONTRATO No.	AÑO	BENEFICIARIO (NOMBRE COMPLETO)	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
1.439	2025	UNIR DESTINOS VIAJES Y TURISMO UNITOUR D SAS	CC	900.292.143

No. DE FACTURA / PAGO	FECHA INICIAL INFORME	FECHA FINAL INFORME	VALOR A COBRAR
DEST 515	1 De diciembre De 2025	31 de diciembre 2025	$ 2.000.000,00

CONCEPTO:	*Honorarios*		*Anticipo*		*Pago Parcial*	X	*Pago Total*		*Otro:*		*Cúal?*

NUMERO DE CUENTA BENEFICIARIO	286100051544	BANCO	Banco Davivienda

OBJETO DEL CONTRATO:

ARRIENDO DE INMUEBLE PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y ENCUENTROS DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL POR MEDIO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LOS EQUIPOS BASICOS DE ATENCION EN SALUD PARA LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSALIA VIGENCIA 2025.

SUPERVISOR/INTERVENTOR	DEPENDENCIA (Supervisor/Interventor)
LINA MARIA LOZANO MEDINA	COORDINADORA ADMINISTRATIVA EQUIPOS BASICOS DE SALUD

CUENTA CONJUNTA PARA MANEJO DE ANTICIPOS

No. DE CUENTA	N/A	TITULAR	N/A

CONTROL DE SALDOS DEL CONTRATO	TIPO DE ASIGNACIÓN Y VALOR		C.D.P.	FECHA EXP.	C.R.P.	FECHA EXP.
	Inicial	$ 12.000.000	2.339	18 - jun. / 2025	2.316	7 - jul. / 2025
	Adición	$ -				

LIQUIDACIÓN DEL SALDO CONTRACTUAL	VALORES DEL CONTRATO	HISTORIAL DE ANTICIPOS	
VALOR INICIAL	*$ 12.000.000,00*	FECHA	VALOR
+ ADICIÓN	*$ -*		$ -
= VALOR TOTAL	**$ 12.000.000,00**		$ -
- TOTAL PAGADO Y/O AMORTIZADO (ANTES DE ESTA FACTURA)	*$ 10.000.000,00*	HISTORIAL DE PAGOS PARCIALES	
= SALDO DISPONIBLE (ANTES DE ESTA FACTURA)	**$ 2.000.000,00**		$ -
- PAGADO Y/O AMORTIZADO EN EL PERIORO ACTUAL			$ -
- VALOR QUE SE AUTORIZA PAGAR EN ESTA FACTURA	*$ 2.000.000,00*		$ -
= SALDO FINAL (DESPUÉS DE ESTA FACTURA)		TOTAL HISTORIAL	**$ -**

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR:

Con la presente firma se avala el cumplimiento del presente contrato	A. **Cumplimiento del objeto del contrato:** Es recibir a entera satisfacción los servicios contratados.
	B. **Calidad del servicio:** Es la evaluación de los recursos humanos, técnicos, financieros y materiales indispensables para la prestación óptima del servicio.
LINA MARIA LOZANO MEDINA **SUPERVISOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO**	C. **Cumplimiento de las obligaciones contractuales:** Es la realización de los deberes y funciones propias del objeto contractual. (Tareas, Responsabilidades, Trabajos, Relaciones interpersonales, entre otros)
Con la presente firma se avala que presentó el informe en esta coordinación y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor.	D. **Copia:** Copia de todos los documentos soportes fueron enviados para archivo en la carpeta original del contrato a la subdirección administrativa y financiera
	E. **Informe Parcial:** Presento informe de actividades del mes contractual para que repose en el respectivo contrato, presento certificación de cumplimiento por parte del interventor, copia de pago de salud y pensiones, impuesto de timbre (si hay lugar a ello).
ALVARO ALBERTO CARDOSO CASTRO **Gerente**	F. **Informe Final:** A efectos el pago final esta condicionado a la presentación en la subdirección administrativa y financiera del informe final donde conste la ejecución del contrato y la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor.

UNIR DESTINOS VIAJES Y TURISMO UNITOUR D SAS
NIT 900.292.143-1
CRA 10 22 93
Tel: 3103640841
Yopal - Colombia
unirdestinos@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. DEST 515

Señores	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO CARREÑO		
NIT	842.000.004-4	**Teléfono**	(608) 85654009
Dirección	CL 18 10 43 BARR LA PRIMAVERA	**Ciudad**	Puerto Carreño - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/12/2025, 10:04
Expedición	22/12/2025, 10:04
Vencimiento	22/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	canon de arrendamiento Local Ubicado en el Municipio de SANTAROSALIA - VICHADA en el periodo comprendido entre el 1 al 31 diiembre de 2.025 con cargo al CONTRATODEARRENDAMIENTO DE INMUEBLE N° HDSJDDRE1439-2025	1.00	1,680,672.27	2,000,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Dos millones de pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2025-12-22 por $ 2,000,000.00

Total Bruto	1,680,672.27
IVA 19%	319,327.73
Total a Pagar	2,000,000.00

Observaciones:
canon de arrendamiento Local Ubicado en el Municipio de SANTAROSALIA - VICHADA en el periodo comprendido entre el 1 al 31 diiembre de 2.025 con cargo al CONTRATODEARRENDAMIENTO DE INMUEBLE N° HDSJDDRE1439-2025

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764087773687 aprobado en 20250127 prefijo DEST desde el número 1 al 10000 Vigencia: 24 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 7911 Actividades de las agencias de viaje Tarifa
CUFE: f8d4886e88c67287d788e27b05fe2ceb4fd0c2b359c89cf9fa2c6e072e9c55d47e23811a58f020d175eebe18632cb080

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

SILVIA JULIANA GOMEZ SOLER
asesorias contables

FORMATO CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA

El Suscrito contador Público, SILVIA JULIANA GOMEZ SOLER identificado con cédula de ciudadanía No 63.558.096 y tarjeta profesional No. 183450-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, certifica que la sociedad UNIR DESTINOS VIAJES Y TURISMO UNITOUR" D SAS identificada con NIT. 900.292143-1, en mi condición de Contador Público de UNIR DESTINOS VIAJES Y TURISMO UNITOUR" D SAS identificada con NIT. 900.292143-1, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de CASANARE, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía durante el mes de noviembre de 2025 mediante planilla de pago No 9495283416 del 08 de diciembre del 2025.

Y de la misma forma según lo establecido en la ley 1607 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto 862 de 2013 y lo contenido en articulo 114-1 del Estatuto Tributario parágrafo 3 y demás normas concordantes estamos exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA) y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los diez (10) días del mes de diciembre de 2024

LUIS CARLOS BENAVIDES RODRIGUEZ
C.C. 17.343.587
Representante Legal

SILVIA JULIANA GOMEZ SOLER
C.C. 63.558.096
Contador Público
Tarjeta Profesional No 183450-T

(57)310 364 0841
San Rafael de Morichal
CASA 21
silviajuliana13@hotmail.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4717320CA2F97B889

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 **SILVIA JULIANA GOMEZ SOLER** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 63558096 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 183450-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 6 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


República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
183450-T
SILVIA JULIANA
GOMEZ SOLER
C.C. 63558096
RESOLUCION INSCRIPCION 624
PECHA 06/11/2013
DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ
194925


183632
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.
www.ideas.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 63.558.096

GOMEZ SOLER

APELLIDOS

SILVIA JULIANA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1985

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

17-MAR-2003 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-4600100-00774540-F-0063558096-20151214 0047701310A 1 1793702085

Powered by CamScanner

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
NIT 900292143	1	UNIR DESTINOS VIAJES Y TURISMO UNITOURD SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFACASANARE	CRA 23 #9 - 84	YOPAL-CASANARE	5555555	Si

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	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COMFACASANARE (1 Afiliados)																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$14,900		$	$			$356,700
Centro de Trabajo: RIESGO2 (1 Afiliados)																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$14,900		$	$			$356,700
Ciudad: YOPAL Depto: CASANARE (1 Afiliados)																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$14,900		$	$			$356,700
1	CC	40393399	ROMERO LUDY																	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF69	30	$1,423,500	$57,000	14-29	30	$1,423,500	1.044%	$14,900	30	$	$	Si	$356,700
Total		**Afiliados(1)**																		$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$14,900		$	$0			$356,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1991644401	9495283416	E	2025/12/11	2025/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$356,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
LA EQUIDAD SEGUROS	14-29	830,008,686	1	1	$14,900	$0	$0	$14,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$57,000	$0	$0	$57,000
COMFACASANARE	CCF69	844,003,392	8	1	$57,000	$0	$0	$57,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$0	$0	$57,000
TOTAL				**1**	**$356,700**	**$0**	**$0**	**$356,700**