

		HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. PROCESO DE GESTIÓN LOGÍSTICA CERTIFICACIÓN UNICA DE PAGO ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS / SUMINISTROS		 Versión: 2 Código: GLO-FT-01 Fecha: 28/03/2022	
INFORMACIÓN BÁSICA					
CONTRATO No.	AÑO	BENEFICIARIO (NOMBRE COMPLETO)		TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
237	2026	BLANCA ERCILIA BRAVO CORTES		C.C.	21.248.970
No. DE FACTURA / PAGO	FECHA INICIAL INFORME		FECHA FINAL INFORME		VALOR A COBRAR
2	1 De febrero De 2026		28 De febrero De 2026		\$ 3.000.000,00
CONCEPTO:	Honorarios	X	Anticipo	Pago Parcial	Pago Total
NUMERO DE CUENTA BENEFICIARIO		52231149333		BANCO	BANCOLOMBIA
OBJETO DEL CONTRATO:					
PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.					
SUPERVISOR / INTERVENTOR			DEPENDENCIA (Supervisor / Interventor)		
LAURA YISETH REYES CANO			SUBGERENTE ADMINISTRATIVO		
CUENTA CONJUNTA PARA MANEJO DE ANTICIPOS (No Diligenciar para OPS)					
No. DE CUENTA	N/A		TITULAR	N/A	
VALORES DEL CONTRATO	TIPO DE ASIGNACIÓN Y VALOR		# C.D.P.	FECHA EXP. CDP	# C.R.P.
	Valor Inicial	\$ 9.000.000	354	16 - ene. / 2026	291
	Valor Adición				
DESCRIPCIÓN		VALORES		ACUMULADO DE ANTICIPOS / PAGOS PARCIALES	
+ VALOR INICIAL		\$ 9.000.000,00		FECHA	VALOR
+ ADICIÓN					\$ -
= VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 9.000.000,00			\$ -
- VALOR PAGADO Y/O AMORTIZADO		\$ 3.000.000,00			\$ -
= VALOR DISPONIBLE DEL CONTRATO		\$ 6.000.000,00			\$ -
- PAGO O ABONO ANTICIPADO DE LA FACTURA ACTUAL		\$ -			\$ -
- VALOR QUE SE AUTORIZA PAGAR EN ESTA FACTURA		\$ 3.000.000,00			\$ -
= VALOR / SALDO FINAL DEL CONTRATO		\$ 3.000.000,00		TOTAL ACUMULADO	\$ -
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR:					
Con la firma del Supervisor se avala el cumplimiento de las actividades por parte del contratista y se autoriza para pago.			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.		
LAURA YISETH REYES CANO			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)		
SUPERVISOR / INTERVENTOR DEL CONTRATO			D. Copia: Copia de todos los documentos soportes fueron enviados para archivo en la carpeta original del contrato a la subdirección administrativa y financiera		
Con la firma del Señor (a) Gerente se autoriza al Tesorero (a) para que se realice el pago de la presente factura, pago sujeto a disponibilidad de recursos.			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).		
			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.		
ALVARO ALBERTO CARDOSO CASTRO					
GERENTE					

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Puerto Carreño - Vichada		HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA PRESENTACIÓN DE INFORME DE CONTRATISTAS ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN			 Versión: 2 Código: GLO-FT-04 Fecha: 28/03/2022		
Contrato N°.	237	CDP N°.	354	CRP N°.	291	Tipo Informe:	Periódico
Contratista:	BLANCA ERCILIA BRAVO CORTES				Informe de actividades N°.	2	
Fecha Inicial Informe N°. 2:	1 de febrero de 2026			Fecha Final Informe N°. 2:	28 de febrero de 2026		
Supervisor:	LAURA YISETH REYES CANO			Dependencia Supervisor:	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO		
Objeto del contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.						
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA				ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA			
1	Manejo del aplicativo para el registro de informacion de registro civil de los nacidos vivos en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.			Verifico que los Nacidos Vivos que realiza el medico en el aplicativo del Ruaf esten bien hechos.			
2	Realizar inscripcion en el aplicativo de la SRC-WEB al estado civil de nacimientos de los nacidos vivos en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, según lo contemplado en el acuerdo de cooperacion entre Registraduria y Hospital para la implementacion del sistema de informacion de registro civil.			Realizó los registros civiles en el aplicativo del SRC-WEB a los niños nacidos en el Hosptal San Juan de Dios, para que puedan salir con su respectivo Registro Civil y con su afiliacion al regimen de Salud.			
3	Reportar y realizar proceso de canalizacion de serviciosde salud (áreas de SIAU, trabajo social), del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, ante las necesidades y/o novedades encontradas en los usuarios.			estoy pendiente si algun usuario tiene alguna necesidad, para avisar a la ofocina de Siau y a trabajo social del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.			
4	Ser garante de trato digno a los usuarios atendidos en el Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.			Doy el mejor trato digno y respetuoso que los usuarios que han sido atendido en el Hospital San Juan de Dios E.S.E. puedan tener.			
5	Preservar el buen el buen nombre, la dignidad y el respeto a la intimidad de las personas atendidas.			Trato con mucha dignidad y respeto a los usuarios, a los medicos y todos los compañeros de trabajo para dejar el nombre de la entidad en alto ante todos.			
6	NA			NA			
7	NA			NA			
8	NA			NA			
9	N/A			N/A			
10	N/A			N/A			

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Puerto Carreño - Vichada	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA PRESENTACIÓN DE INFORME DE CONTRATISTAS ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		 Versión: 2 Código: GLO-FT-04 Fecha: 28/03/2022
	EVIDENCIAS: En caso de que las actividades desarrolladas lo ameriten, <i>Relacionelas a continuación y anexelas al final.</i>		
EVIDENCIA 1	EVIDENCIA 2	EVIDENCIA 3	EVIDENCIA 4
N/A	N/A	N/A	N/A
DETALLE DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES			
ITEM - ENTIDAD	MES PAGADO	VALOR PAGADO	RECOMENDACIONES
Salud <i>Nueva EPS</i>	FEBRERO	\$ 218.900,00	La seguridad social debe estar al día con corte al último mes vencido. (Sujeto a Vigencia de la Norma) - Recuerde Anexar el Resumen de la Planilla Pagada.
Pensión <i>Colpensiones</i>	FEBRERO	\$ 280.200,00	
Riesgos Profesionales <i>Positiva</i>	FEBRERO	\$ 42.700,00	
Parafiscales (ICBF - SENA - CAJA DE COMPENSACION)	N/A	\$ -	NÚMERO DE PLANILLA
Total Cotización:		\$ 541.800,00	6001874934 Fecha de Pago: 13 - feb / 2026
En constancia de lo anterior, se firma el presente informe en dos (2) copias originales con destino a: (Tesorería - Jurídica)			



BLANCA ERCILIA BRAVO CORTES
CONTRATISTA

LAURA YISETH REYES CANO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOTA: Corresponde al supervisor revisar que las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato sean ejecutadas, reportadas en el informe y con los soportes correspondientes, así como el seguimiento técnico, administrativo y financiero según los establecidos en la LEY 1474 de 2011.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21248970
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BLANCA ERCILIA BRAVO CORTES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO CARREÑO DEPARTAMENTO:	VICHADA
DIRECCIÓN:	BARRIO CAMILO TELÉFONO:	5654000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6001874934	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 60765022

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 42.700
SUBTOTAL:			1	\$ 42.700

VALOR SIN MORA:	\$ 541.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 541.800