



Calle 7 No 10A - 16  
utilgraficas@hotmail.com  
tel 8242605 cel 3154987713 -14

NIT 25292842-8  
Régimen Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA  
Resolución DIAN N° 18764105225400  
Fecha 29/01/2026 - 29/07/2026  
Autorización de Facturación Electrónica del FE4299 al  
FE5000 cobramos intereses de mora segun codigo de  
comercio  
Email: utilgraficas@hotmail.com  
Teléfono: 6028242605

| Departamento | Fecha |    |      |
|--------------|-------|----|------|
| Cauca        | 13    | 03 | 2026 |

FACTURA ELECTRÓNICA  
DE VENTA

N° FE4350

**Nombre o Razón Social:** HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE  
**Dirección:** CL 15 17 A 196  
**Email:** facelectronica@hosusana.gov.co  
**Vencimiento:** Marzo 18 del 2026  
**Fecha de pago:** 18/03/2026  
**Total de Lineas:** 3

**NIT:** 891501676-1  
**Departamento:** Cauca  
**Forma de Pago:** Crédito  
**Hora emisión:** 16:35:54

**Fecha de firmado:** 13/03/2026 16:35:57  
**Teléfono:** 8386363  
**Medio de pago:** Otro  
**Moneda:** COP Colombia, Pesos

| #                                                                                                                                                                                                                                    | CÓDIGO | CANT      | DESCRIPCIÓN                          | U. M. | IMPUESTOS |         |                | VR UNIT.          | TOTAL            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|--------------------------------------|-------|-----------|---------|----------------|-------------------|------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                      |        |           |                                      |       | NOM.      | % o VAL | MONTO          |                   |                  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                    | 015463 | 17.435,00 | FOTOCOPIA A UNA TINTA                | NIU   | IVA       | 19%     | \$835.121,85   | \$252,10084       | \$4.395.378,1454 |
| 2                                                                                                                                                                                                                                    | 45554  | 1.500,00  | FOTOCOPIA A COLOR (4x0) TAMAÑO CARTA | NIU   | IVA       | 19%     | \$215.546,22   | \$756,302521      | \$1.134.453,7815 |
| 3                                                                                                                                                                                                                                    | 401522 | 32.000,00 | FOTOCOPIA BLANCO Y NEGRO DOBLE CARA  | NIU   | IVA       | 19%     | \$2.810.084,03 | \$462,184874      | \$14.789.915,968 |
| <b>Notas:</b><br>CR(24,180,500.00)<br>Crédito 5 días                                                                                                                                                                                 |        |           |                                      |       |           |         |                | <b>Subtotal:</b>  | \$20.319.747,89  |
|                                                                                                                                                                                                                                      |        |           |                                      |       |           |         |                | <b>Cargos:</b>    | \$0.00           |
|                                                                                                                                                                                                                                      |        |           |                                      |       |           |         |                | <b>Descuento:</b> | \$0.00           |
| <b>SON:</b> (veinticuatro millones ciento ochenta mil cuatrocientos noventa y nueve pesos noventa y nueve centavos)<br><b>CUFE:</b> 88f3296bf298df165172ed3eabfadc5796818a1b1ee07f5b4924e46cddb4bfece0823f5c421bd7a5c0a9f99249e64ac6 |        |           |                                      |       |           |         |                | <b>IVA:</b>       | \$3.860.752,10   |
|                                                                                                                                                                                                                                      |        |           |                                      |       |           |         |                | <b>Total:</b>     | \$24.180.499,99  |

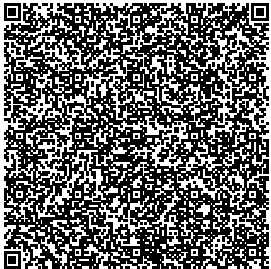
| IMPUESTO  | BASE            | TARIFA / VALOR NOMINAL | IMPORTE        |
|-----------|-----------------|------------------------|----------------|
| IMPUESTOS |                 |                        |                |
| 01 IVA    | \$20.319.747,89 | 19,00%                 | \$3.860.752,10 |

favor consignar. en el banco davivienda cuenta corriente 196160011991

**Firma Digital:** PVK+78EWRR5g0/9xuhhMbiQmWylEFmP9Pa1RFpemmlvYUvWwpY3q7gqzH6zKrp  
RjoZIXfmCa4PriqFwOAA5xZunzl7/pwa+Jfjd+mkNRMc9SYke  
Vilwhitkr7F/4Xt QDb6pSegrofgNYX0eLUHSQrXJHF44OCF+CB56Nu7Z1a0jSaOZ47A11FP+OKTMsGg Nz8ysJRM5glRBoOta/9uSi8HXBhMc1Dq53  
/uigEwTCvY6VQcKVx15jeGY+XmOLF i786YwUbAhZkgT2Du2HiO//Nq0Glad7tr6+H9kJ/EF/PPNYgl7VoMIBaDYT3Kh1 hzBcq84WuGVhym5ObZSR  
YQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES  
PARAFISCALES ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003  
(PERSONAS NATURALES)**

**MARIA ALEJANDRA PRADO VILLAQUIRAN** identificada con cedula de ciudadanía No. 25.292.842 de Popayán, propietaria del establecimiento de comercio SURTIDORA Y COMERCIALIZADORA UTILGRÁFICAS

CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Me encuentro al día, a la fecha de cierre del presente proceso, con los pagos por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar en los seis (6) últimos meses. Declaro bajo la gravedad de juramento que me encuentro exonerada del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano Familiar (ICBF), al cumplir los requisitos del artículo 65 de la Ley 1819 de diciembre 29 de 2016, que adiciona 114-1 al estatuto tributario. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dado en el municipio de Popayán a los 13 días del mes de Marzo del 2026.



MARIA ALEJANDRA PRADO VILLAQUIRAN  
PROPIETARIA SURTIDORA Y COMERCIALIZADORA UTILGRÁFICAS  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25.292.842 DE POPAYÁN



Calle 7 No 10 A 16  
B/Valencia - Popayán



(602) 824 2605  
315 4987713 -14  
312 7763883



utilgraficas@hotmail.com  
utilgraficasl@gmail.com

RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |                 |                                   |          |        |                          |                 |                        |                 |
|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------|--------|--------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| IDENTIFICACIÓN                | DV              | RAZÓN SOCIAL                      | CLASE    | CÓDIGO | ARL                      | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO               | TIPO DE EMPRESA |
| CC 25292842                   | 0               | MARIA ALEJANDRA PRADO VILLAQUIRAN | I        | 01     | POSITIVA - 14-23         | SUCURSAL        | 4761                   | Natural         |
| MUN-DEP                       | DIRECCIÓN       |                                   | TELÉFONO |        | EMAIL                    |                 | EXENTO DE PARAFISCALES |                 |
| 19-1                          | CALLE 6 10 A 29 |                                   | 8242605  |        | UTILGRAFICAS@HOTMAIL.COM |                 | N                      |                 |



| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN |                    |                   |                 |            |                   |              |           |            |                |                  |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|------------|-------------------|--------------|-----------|------------|----------------|------------------|
| PERÍODO PENSIÓN                   | PERÍODO SALUD      | PLANILLA          | TIPO PLANILLA   | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO  |
| 2026-02                           | 2026-02            | 36338818          | I               | 2026-03-09 | TODOS LOS CENTROS | TODOS        | TODOS     | 1.266.900  | 0              | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS                      | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA |            |                   |              |           |            |                |                  |
| 1                                 | 36338818           | 2026-03-10        | Pagada          |            |                   |              |           |            |                |                  |

| EMPLEADO |             |                                   |           |                      | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      | DÍAS |     |     | PENSIÓN |     |                     |           |         | SALUD |       |                          | CCF       |         |                | RIESGOS |     | TARIFA    | PARAF  | SENA    | ICBF | ESAP | MIN  | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |      |         |
|----------|-------------|-----------------------------------|-----------|----------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|---------|-----|---------------------|-----------|---------|-------|-------|--------------------------|-----------|---------|----------------|---------|-----|-----------|--------|---------|------|------|------|-----------|----------------|-------|------------------------|---------------------|------|---------|
| N.       | ID          | EMPLEADO                          | SALARIO   | MODALIDAD DE SALARIO | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF     | ARL | NOMBRE              | IBC       | Cot     | FNSOL | FNSUB | NOMBRE                   | IBC       | Cot     | NOMBRE         | IBC     | Cot | IBC       | Cot.   | ARL     | IBC  | Cot. | Cot. |           |                |       |                        |                     | Cot. | Cot.    |
| 1        | CC 25292842 | PRADO VILLAQUIRAN MARIA ALEJANDRA | 4.287.800 |                      |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0   |      |      | 30  | 30  | 0       | 30  | COLPENSION ES-25-14 | 4.287.800 | 686.100 | 0     | 0     | NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037 | 4.287.800 | 536.000 | SIN CCF-SINCCF | 0       | 0   | 4.287.800 | 44.800 | 0,01044 | 0    | 0    | 0    | 0         | 0              | 59    | 0                      | 1.266.900           | N    | 2141001 |

RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |                 |                                   |          |        |                          |                 |                        |                 |
|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------|--------|--------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| IDENTIFICACIÓN                | DV              | RAZÓN SOCIAL                      | CLASE    | CÓDIGO | ARL                      | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO               | TIPO DE EMPRESA |
| CC 25292842                   | 0               | MARIA ALEJANDRA PRADO VILLAQUIRAN | I        | 01     | POSITIVA - 14-23         | SUCURSAL        | 4761                   | Natural         |
| MUN-DEP                       | DIRECCIÓN       |                                   | TELÉFONO |        | EMAIL                    |                 | EXENTO DE PARAFISCALES |                 |
| 19-1                          | CALLE 6 10 A 29 |                                   | 8242605  |        | UTILGRAFICAS@HOTMAIL.COM |                 | N                      |                 |



| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN |                    |                   |                 |            |                   |              |           |            |                |                  |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------|------------|-------------------|--------------|-----------|------------|----------------|------------------|
| PERÍODO PENSIÓN                   | PERÍODO SALUD      | PLANILLA          | TIPO PLANILLA   | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO  |
| 2026-02                           | 2026-02            | 36338818          | I               | 2026-03-09 | TODOS LOS CENTROS | TODOS        | TODOS     | 1.266.900  | 0              | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS                      | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA |            |                   |              |           |            |                |                  |
| 1                                 | 36338818           | 2026-03-10        | Pagada          |            |                   |              |           |            |                |                  |

| TOTALES IBC |           |             |           |           |
|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 4.287.800   | 4.287.800 | 4.287.800   | 0         | 0         |

| SUBSISTEMA              | CÓDIGO | NIT       | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|-------------------------|--------|-----------|----|-----------|-----------------|-----------|----------------|------------------------------------|---------------|
| AFP(Administradoras: 1) |        |           |    | 1         | 686.100         | 0         | 0              | 0                                  | 686.100       |
| COLPENSIONES            | 25-14  | 900336004 | 7  | 1         | 686.100         | 0         | 0              | 0                                  | 686.100       |
| EPS(Administradoras: 1) |        |           |    | 1         | 536.000         | 0         | 0              | 0                                  | 536.000       |
| NUEVA E.P.S. S.A.       | EPS037 | 900156264 | 2  | 1         | 536.000         | 0         | 0              | 0                                  | 536.000       |
| ARP(Administradoras: 1) |        |           |    | 1         | 44.800          | 0         | 0              | 0                                  | 44.800        |
| POSITIVA                | 14-23  | 860011153 | 6  | 1         | 44.800          | 0         | 0              | 0                                  | 44.800        |
| Gran Total              |        |           |    |           | 1.266.900       | 0         | 0              | 0                                  | 1.266.900     |

---

## DAVIVIENDA

---

Desde BANCO\_DAVIVIENDA@davivienda.com <BANCO\_DAVIVIENDA@davivienda.com>

Fecha Lun 9/03/2026 9:34 AM

Para utilgraficas@hotmail.com <utilgraficas@hotmail.com>



Apreciado(a) MARIA ALEJANDRA:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta Corriente terminada (o) en \*\*\*\*1991:

Fecha: 2026/03/09

Hora: 09:33:54

Valor Transacción: \$1,266,900

Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,

Lugar de Transacción: PSE ASOPAGOS

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

BANCO DAVIVIENDA S.A.

|                                                                                  |                                                           |                                                                                   |                                                     |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|  | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b>  |  | <b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                             |
|                                                                                  | <b>FORMATO Informe de Contratista<br/>Trámite de pago</b> |                                                                                   | <b>Página 1 de 5</b>                                | <b>Código: SLV-<br/>FIN-VSC-16-<br/>F01</b> |
|                                                                                  |                                                           |                                                                                   | <b>Versión: 1</b>                                   | <b>SLV-DES-01-<br/>F01</b>                  |

| TIPO DE INFORME                                                                |   |       |  | No. DE CONTRATO                                  | PERIODO DEL INFORME            |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|--------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
|                                                                                |   |       |  |                                                  | DESDE<br>(dd/mm/año)           | HASTA<br>(dd/mm/año) |
| PARCIAL                                                                        | X | FINAL |  | 069-2026                                         | N/A                            | N/A                  |
| CONTRATANTE                                                                    |   |       |  | HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA                |                                |                      |
| N° PROCESO CONTRATACIÓN SECOP                                                  |   |       |  | HSLV-CD-069-2026                                 |                                |                      |
| CONTRATISTA                                                                    |   |       |  | MARIA ALEJANDRA PRADO VILLAQUIRAN                |                                |                      |
| No. DE IDENTIFICACIÓN                                                          |   |       |  | CC 25.292.842                                    | EXPEDIDA EN                    | POPAYÁN              |
| No. TELÉFONO y/o CELULAR                                                       |   |       |  | 3154987714                                       |                                |                      |
| SUPERVISOR y/o INTERVENTOR                                                     |   |       |  | DIEGO ERNEY CAMPO SANCHEZ                        |                                |                      |
| No. DE IDENTIFICACIÓN                                                          |   |       |  | CC 10.548.920                                    | EXPEDIDA EN                    | POPAYÁN              |
| No. TELÉFONO y/o CELULAR                                                       |   |       |  | 3176439650                                       |                                |                      |
| REGISTRO PRESUPUESTAL                                                          |   |       |  | 82                                               | VALOR TOTAL<br>DEL<br>CONTRATO | \$40.000.000         |
| FORMA DE PAGO                                                                  |   |       |  | CUOTAS<br>PARCIALES                              | PAGO No.                       | 1                    |
| VALOR A PAGAR                                                                  |   |       |  | \$24.180.499,99                                  |                                |                      |
| <b>PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA NATURAL)</b>                                 |   |       |  |                                                  |                                |                      |
| Sistema de Seguridad Social<br>(IBC 40%)                                       |   |       |  | \$4.287.800                                      | PERIODO<br>COTIZADO            | 2026-02              |
| EPS                                                                            |   |       |  | NUEVA EPS                                        | VALOR<br>PAGADO                | \$536.000            |
| ARL                                                                            |   |       |  | POSITIVA SEGUROS                                 | VALOR<br>PAGADO                | \$44.800             |
| AFP                                                                            |   |       |  | COLPENSIONES                                     | VALOR<br>PAGADO                | \$686.100            |
| VALOR TOTAL PLANILLA                                                           |   |       |  | \$1.266.900                                      | PLANILLA No.                   | 36338818             |
| Certificación de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales |   |       |  | PERSONAS JURÍDICAS (REVISOR FISCAL Y/O CONTADOR) |                                |                      |

¡Pensando en ti, doy lo mejor de mí!

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E Nit: 891501676-1

Calle 15 No. 17 A - 196 La Ladera, Tel: 8211721-8309780 Telefax. 8381151

Página: [www.hosusana.gov.co](http://www.hosusana.gov.co)

|                                                                                  |                                                   |                                                                                   |                                             |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
|  | REPUBLICA DE COLOMBIA-<br>DEPARTAMENTO DEL CAUCA  |  | HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br>VALENCIA E.S.E. |                                    |
|                                                                                  | FORMATO Informe de Contratista<br>Trámite de pago |                                                                                   | Página 2 de 5                               | Código: SLV-<br>FIN-VSC-16-<br>F01 |
|                                                                                  |                                                   |                                                                                   | Versión: 1                                  | SLV-DES-01-<br>F01                 |

### SEGUIMIENTO FINANCIERO

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO  | 40.000.000    |
| OTOR SI N°                  |               |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO    | 40.000.000    |
| VALOR EJECUTADO             | 24.180.499,99 |
| VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME | 24.180.499,99 |
| SALDO A EJECUTAR            | 15.819.500,01 |

### OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicio de fotocopiado y anillado de documentos del Hospital Susana López de Valencia E.S.E

### ESPECIFICACIONES TECNICAS REQUERIDAS

### OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES                                                                        | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SOPORTE                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir con el objeto del contrato, de conformidad a las especificaciones técnicas. | Durante el periodo reportado se prestó el servicio de fotocopiado y anillado de documentos requeridos por las diferentes dependencias del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., atendiendo las solicitudes previamente autorizadas por el supervisor del contrato. Las actividades se desarrollaron conforme a las especificaciones técnicas establecidas, garantizando la calidad, legibilidad y organización de los documentos reproducidos. | Fotocopiado de los documentos solicitados, previa autorización del supervisor del contrato. |

¡Pensando en ti, doy lo mejor de mí!

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E Nit: 891501676-1  
Calle 15 No. 17 A - 196 La Ladera, Tel: 8211721-8309780 Telefax. 8381151  
Página: [www.hosusana.gov.co](http://www.hosusana.gov.co)

|                                                                                   |                                                           |                                                                                                                                                        |                                                     |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|  | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b>  | <br><b>HOSPITAL</b><br><small>Susana Lopez de Valencia E.S.E.</small> | <b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                             |
|                                                                                   | <b>FORMATO Informe de Contratista<br/>Trámite de pago</b> |                                                                                                                                                        | <b>Página 3 de 5</b>                                | <b>Código: SLV-<br/>FIN-VSC-16-<br/>F01</b> |
|                                                                                   |                                                           |                                                                                                                                                        | <b>Versión: 1</b>                                   | <b>SLV-DES-01-<br/>F01</b>                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| No ceder ni subcontratar los servicios objeto del presente contrato, con persona natural o jurídica alguna los derechos y obligaciones emanadas del presente contrato, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte del Hospital. | Durante el periodo reportado, la ejecución de las actividades relacionadas con el servicio de fotocopiado y anillado de documentos se realizó directamente por la contratista, garantizando el cumplimiento de las obligaciones contractuales. En ningún momento se cedieron ni se subcontrataron los servicios objeto del contrato a terceros, dando cumplimiento a lo establecido en las condiciones contractuales. | Cumple                                                                     |
| Responder por la custodia de los documentos recibidos por el Hospital.                                                                                                                                                                                 | Durante la ejecución del contrato se garantizó el adecuado manejo, custodia y conservación de los documentos entregados por las diferentes dependencias del hospital para su reproducción, evitando su pérdida, deterioro o uso indebido.                                                                                                                                                                             | Se entregan los documentos fotocopiados a la persona encargada             |
| Entregar de manera oportuna el fotocopiado y anillado de los diferentes documentos y entregar a cada uno de los procesos y subprocesos del Hospital                                                                                                    | Las copias y documentos anillados solicitados por las diferentes áreas del hospital fueron entregados de manera oportuna, conforme a los requerimientos realizados, contribuyendo al desarrollo eficiente de las actividades administrativas y asistenciales de la institución.                                                                                                                                       | Se realizan remisiones de acuerdo a las ordenes solicitadas.               |
| Llevar un registro de los folios entregados y con nombre del responsable.                                                                                                                                                                              | Se mantuvo un control de las solicitudes recibidas y de los documentos fotocopiados y entregados, identificando el área o funcionario responsable de cada requerimiento, con el fin de garantizar la trazabilidad y                                                                                                                                                                                                   | Entrega de fotocopias de los documentos solicitados de acuerdo al proceso. |

¡Pensando en ti, doy lo mejor de mí!

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E Nit: 891501676-1

Calle 15 No. 17 A - 196 La Ladera, Tel: 8211721-8309780 Telefax. 8381151

Página: [www.hosusana.gov.co](http://www.hosusana.gov.co)

|                                                                                  |                                                           |  |                                                     |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|  | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b>  |  | <b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                             |
|                                                                                  | <b>FORMATO Informe de Contratista<br/>Trámite de pago</b> |  | <b>Página 4 de 5</b>                                | <b>Código: SLV-<br/>FIN-VSC-16-<br/>F01</b> |
|                                                                                  |                                                           |  | <b>Versión: 1</b>                                   | <b>SLV-DES-01-<br/>F01</b>                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | control del servicio prestado. Se recibe la orden y se entrega las copias a las personas indicadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                         |
| Contar con equipos y herramientas necesarias para el cumplimiento del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Para la adecuada ejecución del contrato se dispuso de los equipos de fotocopiado, anilladoras y materiales necesarios, permitiendo atender de manera eficiente los requerimientos realizados por las dependencias del hospital.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cumple                                                                                                                                                  |
| Mantener reserva y confidencialidad respecto a la información a la que tenga acceso o conocimiento en el ejercicio de sus funciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Durante la prestación del servicio se garantizó la reserva y confidencialidad de la información contenida en los documentos suministrados por el hospital, evitando su divulgación o uso indebido y dando cumplimiento a los principios de manejo responsable de la información institucional.                                                                                                                                                                                                                                        | Cumple                                                                                                                                                  |
| El contratista deberá acatar el Sistema de Gestión Ambiental (SGA) del Hospital Susana López de Valencia, conocer su política y los objetivos ambientales; adquirir el compromiso de gestionar los aspectos ambientales asociados a las actividades derivadas de la ejecución del contrato (manejo adecuado de sustancias químicas, emisiones de gases de efecto invernadero -GEI y/o potenciales agotadores de ozono – PAO , generación de residuos sólidos) y garantizar el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones como proveedor del servicio, | En el desarrollo de las actividades contractuales se dio cumplimiento a los lineamientos del Sistema de Gestión Ambiental del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., promoviendo el uso adecuado de los recursos y el manejo responsable de los residuos generados durante la prestación del servicio, en concordancia con la política ambiental institucional. Se acata en todo lo dispuesto por la norma ISO 14001:2015 del sistema de gestión ambiental (SGS) del Hospital, conociendo su política y los objetivos ambientales. | Se conoce mediante capacitaciones y se propende por un manejo adecuado de residuos sólidos en los puestos de trabajo de mi establecimiento de comercio. |

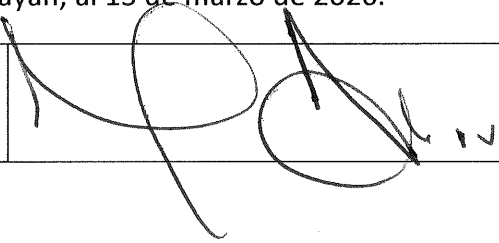
¡Pensando en ti, doy lo mejor de mí!

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E Nit: 891501676-1

Calle 15 No. 17 A - 196 La Ladera, Tel: 8211721-8309780 Telefax. 8381151

Página: [www.hosusana.gov.co](http://www.hosusana.gov.co)

|                                                                                  |                                                           |                                                                                                                                                            |                                                     |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|  | <b>REPUBLICA DE COLOMBIA-<br/>DEPARTAMENTO DEL CAUCA</b>  | <br><b>HOSPITAL</b><br><small>Susana López de Valencia<br/>E.S.E.</small> | <b>HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE<br/>VALENCIA E.S.E.</b> |                                             |
|                                                                                  | <b>FORMATO Informe de Contratista<br/>Trámite de pago</b> |                                                                                                                                                            | <b>Página 5 de 5</b>                                | <b>Código: SLV-<br/>FIN-VSC-16-<br/>F01</b> |
|                                                                                  |                                                           |                                                                                                                                                            | <b>Versión: 1</b>                                   | <b>SLV-DES-01-<br/>F01</b>                  |

|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| como proveedor del servicio, según la normatividad ambiental aplicable vigente, así como también garantizar la adherencia al mejoramiento continuo de la certificación ISO 14001:2015 de la cual la institución es acreedora. | Hospital, conociendo su política y los objetivos ambientales.                        |                                |
|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |                                |
|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |                                |
| <b>DOCUMENTOS ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | <b>No. FOLIOS, CD'S, DVD'S</b> |
| Planilla de seguridad social                                                                                                                                                                                                  |                                                                                      | 1                              |
| Certificado de pago seguridad social                                                                                                                                                                                          |                                                                                      | 1                              |
| Carta juramentada pago parafiscales                                                                                                                                                                                           |                                                                                      | 1                              |
| Informe                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      | 5                              |
| Dado en la ciudad de Popayán, al 13 de marzo de 2026.                                                                                                                                                                         |                                                                                      |                                |
| <b>FIRMA CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                      |  |                                |