	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7			
Hospital E.S.E. CASTILLA LA NUEVA	VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO			MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA
	CÒDIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÒN	VERSION	Documento Controlado
	TH-FVC-13	01-04-2024	6	Página 1 de 1

1. DATOS QUE INTEGRAN LA CUENTA - CONTRATISTA:	
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:	
CONSECUTIVO NUMÉRICO DE LA CUENTA:	004 - FINAL
CONTRATO No.	2026-028
CONTRATISTA:	ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.006.863.092
DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS CENTRALES
PERÍODO DE COBRO:	DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2026
NOVEDAD:	ACTA ADICION Y PRORROGA No.1 SUSCRITA EL 13/02/2026
Nota: El CONTRATISTA deberá integrar los datos de identificación del contrato, de igual forma, deberá integrar la cuenta de cobro conforme a las exigencias del contrato según la cláusula *"FORMA DE PAGO"* y, los requerimientos y anexos establecidos en la cláusula de las *"OBLIGACIONES ESPECÍFICAS."*.	

2. DATOS DE REVISIÓN – SUPERVISOR - CONTRATACIÓN:			
LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA CUENTA DE COBRO			
ITEM	SI	NO	NA
Factura Electrónica o Documento Equivalente:	X		
Informe de Gestión Contratista:	X		
Acta de ingreso al Almacén:			X
Certificación de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales. Planilla de seguridad social:	X		
Certificado de Cumplimiento del Coordinador del Área:			X

REGISTRO DE RECEPCIÓN			
FECHA DE RECEPCIÓN:	30/04/26	NÚMERO DE FOLIOS:	( )
FUNCIONARIO A QUIEN SE RADICA LA CUENTA:		ANJHY TATIANA MARTINEZ CHISCO	
FIRMA DE RECIBIDO:			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRA MAGNOLIA GARCIA CHAVARRO	
FIRMA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN (SUPERVISOR):		Sandra Garcia	
Nota: La recepción de la cuenta implica única y exclusivamente la verificación de las formalidades y el contenido, se entiende que la cuenta queda plenamente radicada cuando esta cumple y no requiere correcciones. De existir correcciones, la cuenta no se tomará como radicada.			

3. VERIFICACION REQUISITOS PARA EL PAGO - TESORERÍA				
DOCUEMNTOS	SI	NO	NA	Vo. Bo. RESPONSABLE
Informe de Supervisión:				
Certificado de Supervisión:	X			
Obligación presupuestal:				
Causación Contable:				
Comprobante de Pago (Egreso)				
Certificación Bancaria:				No requiere firma
Acta de Terminación y/o Liquidación (Cuando Aplique):				No requiere firma
FIRMA APROBACIÓN:		FECHA DE APROBACIÓN:		

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No 16

Decreto 522 de 2003 art 3, Art 617 del Estatuto Tributario

FECHA: 30 DE ABRIL DE 2026	
DATOS DEL COMPRADOR O CONTRATANTE	**DATOS DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO**
Razón Social: **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E**	Nombre: **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO**
NIT: **900.004.059-7**	Identificación: **1.006.863.092**
Teléfono: **6751118**	Teléfono: 318 469 19 68
Dirección: **CRA 8 N° 15 VIA CACAYAL- CASTILLA LA NUEVA**	Dirección: VEREDA ARENALES FINCA EL DIAMANTE
	Cod. Actividad: **8699**

Descripción	**cantidad**	**V. Unitario**	**V. Total**
CONTRATO **2026-028** CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE SEGÚN PERIODO COMPRENDIDO DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2026.	1	$ 2.300.000	$ 2.300.000
SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE.		**$ 2.300.000**	

OBSERVACIONES:
CERTIFICO QUE PAGUE SALUD, PENSIONES Y ARL CON NÚMERO DE LA PLANILLA: **73396917**
Cuenta de ahorros N° 705077089 de Banco de Bogotá.

Certifico que mis ingresos mencionados en el artículo 103 del Estatuto Tributario, las realizo como persona natural y manifiesto que no he contratado o vinculado más de dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad para desarrollar el objeto y las obligaciones contractuales con el Hospital de Castilla la Nueva ESE.
Por lo anterior solicito que se me aplique la retención en la fuente, teniendo en cuenta el artículo 383 del Estatuto Tributario.

Alejandra Sepúlveda B

ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO
1.006.863.092 DE CASTILLA LA NUEVA - META

INFORME DE GESTIÓN DE CONTRATISTA N. 04 - FINAL

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO							
CONTRATO No.	2026-028	**VALOR $**	$ 4.600.000	**SUPERVISOR**	SANDRA MAGNOLIA GARCIA		
ADICIÓN	100%	**VALOR ADICIÓN**	$ 4.600.000	**VALOR TOTAL**	$ 9.200.000		
CONTRATISTA	ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO			**C.C Y/O Nit**	1.006.863.092		
NOVEDADES	ACTA ADICION Y PRORROGA No 1 SUSCRITA EL 13/02/2026						
DEPENDENCIA	DIRECCION DE SERVICIOS CENTRALES						
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.						
PLAZO INICIAL	DOS (2) MESES	**FECHA INICIACIÓN**	01/01/2026	**FECHA TERMINACIÓN**	28/02/2026		
PRORROGA	DOS (2) MESES	**FECHA INICIACIÓN**	01/03/2026	**FECHA TERMINACIÓN**	30/04/2026		

2. INFORME DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES REALIZADAS	
2.1 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	**2.2 DESARROLLO DE LAS OBLICACIÓNES ESPECÍFICAS EN EL PERÍODO CONTRACTUAL**
1 Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio.	1. Inicie la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio
2. Apoyar en la recepción técnica de medicamentos adquiridos por EL HOSPITAL	2. Verifiqué la ficha tecnica de los mediquimantes y dispositivos medicos, posteriormente diligencié el formato de recepcion tecnica.
3. Apoyar en el control del stock de medicamentos y el carro de paro en el servicio de urgencias.	3. Dispensé en calidad de reposición los medicamentos para el stock de urgencias y carros de paro.
4. Realizar la facturación de medicamentos para entrega a los pacientes hospitalizados y verificar la devolución de los mismos.	4. Facturé los medicamentos ordenados a los pacientes del área de hospitalización y verifiqué la devolución de los mismos.
5. Apoyar en el reporte mensual de medicamentos de control especial a la Secretaría Departamental de Salud.	5. Supervisé el diligenciamiento del formato reglamentario para la entrega del medicamento de control especial.
6. Apoyar en los requerimientos de medicamentos e insumos médicos a los proveedores mensuales, teniendo en cuenta la ficha técnica, el material solicitado y las condiciones de entrega del contrato de suministro.	6. Respaldé en los requerimientos de medicamentos e insumos médicos a los proveedores mensuales, teniendo en cuenta la ficha técnica, el material solicitado y las condiciones de entrega del contrato de suministro.
7 Abastecer el consumo de medicamentos e insumos en el servicio de urgencias a diario.	7. Se mantuvo abastecido a diario el consumo de medicamentos e insumos en el servicio de urgencias.
8. Realizar entrega medicamentos según la orden médica a pacientes que consultan por el servicio de consulta externa.	8. Se dispenso correctamente la entrega de medicamentos a pacientes que consultaron por el servicio de consulta externa y están contratados por la institución.
9. Verificar el proceso de facturación de medicamentos.	9. Realicé auditoria al proceso de facturación de medicamentos que se facturan a diario.
10. Mantener en óptimas condiciones el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, siendo responsable del cuidado y almacenamiento de los mismos.	10. Mantuve en óptimas condiciones el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, al igual la toma registro de la temperatura a diario y se diligencia formato estipulado.
11 Informar a la regente de los medicamentos de baja rotación.	11. Comuniqué a la regente de los medicamentos de baja rotación en el inventario para evitar vencimientos.

12. Almacenar y dispensar los insumos de laboratorio del hospital.	12. Guardé y dispensé los insumos de laboratorio del hospital conforme a los protocolos establecidos, garantizando su correcta conservación.
13. Almacenar y dispensar los insumos de odontología.	13. Atesoré y dispensé los insumos de odontología, garantizando su correcta conservación.
14. Descargar del inventario general los insumos que se dispensan a los diferentes servicios que presta el hospital.	14. Registré y desconté del inventario general los insumos que se distribuyen a los distintos servicios que brinda el hospital, asegurando el control y la actualización oportuna de existencias.
15. Informar y notificar los eventos adversos presentados por los medicamentos y dispositivos médicos, al personal idóneo en la entidad.	15. En este periodo contractual no se presentaron eventos adversos presentados en los medicamentos y dispositivos médicos.
16. Verificar la fecha de vencimiento de los diferentes medicamentos y dispositivos médicos, y en su defecto solicitar cambio.	16. Realicé el proceso de semaforización teniendo en cuenta la fecha de vencimiento de los diferentes medicamentos y dispositivos médicos informando a la regente para solicitar cambio.
17. Apoyar periódicamente en el reporte de fármaco vigilancia y tecno vigilancia al INVIMA.	17. Participé en el reporte de fármaco vigilancia y tecno vigilancia al INVIMA.
18. Facturar a través del sistema PROSOFT los servicios de su competencia prestados por EL HOSPITAL	18. Facturé, a través del sistema PROSOFT, los servicios de su competencia prestados por el hospital, garantizando el registro correcto y oportuno de la información.
19 Diligenciar los formatos FURIPS y FURTRANS.	19. No diligencié los formatos FURIPS y FURTRANS porque no esta actividad no corresponde al área de farmacia.
20. Verificar en la base de datos los usuarios que soliciten suministro de medicamentos.	20. Confirmé la identidad y el estado de registro de los usuarios en el sistema antes de autorizar la entrega de medicamentos.
21. Elaborar los recibos de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos al área de facturación.	21. Generé los comprobantes de pago correspondientes a los valores abonados por los usuarios del hospital y remitirlos al área encargada de facturación para su respectivo trámite.
22. Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. El Hospital es una entidad pública que cumple una función social en la salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios.	22 Atendí de manera oportuna y respetuosa a los usuarios, brindando información clara y un servicio ágil, garantizando su satisfacción y reconociendo la función social del Hospital como entidad pública de salud.
23. Liquidar la factura correspondiente, aplicando las normas y procedimientos establecidos.	23. Se saldó la factura correspondiente, aplicando las normas y procedimientos establecidos.
24. Diligenciar correcta y oportunamente los diferentes registros estadísticos que se requieran y son necesarios para el adecuado desempeño de las actividades encomendadas.	24. Se tramitaron correctamente los diferentes registros estadísticos requeridos, necesarios para el adecuado desempeño de las actividades encomendadas.
25 Informar inmediatamente sobre cualquier novedad que se genere en el entorno de su sitio servicio y que afecte el desarrollo normal de las actividades.	25. Comuniqué en su debido momento sobre novedades que se generaron en el entorno del servicio y que afecte el desarrollo normal de las actividades.
26. Verificar de manera permanente el estado de instalaciones, utensilios y equipos del área de servicios asistenciales, para garantizar la disponibilidad en condiciones óptimas necesarias para ofrecer servicios con calidad.	26. Realizé seguimiento continuo al estado y funcionamiento de la infraestructura, dotación y equipos del área asistencial, asegurando su adecuado mantenimiento y operatividad para la prestación eficiente y oportuna de los servicios.
27. LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar.	27. Presenté informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar.
28 El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa	28. Brindé servicios con actitudes éticas y humanizadas, representando los valores del HOSPITAL, manteniendo un trato

directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR.	respetuoso con pacientes, familias y equipo de trabajo, y aceptando la evaluación de dichos criterios por el SUPERVISOR.
29. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO.	29. Dí estricto cumplimiento a las directrices definidas para la formulación, desarrollo y seguimiento de los sistemas de gestión y de los respectivos planes de mejoramiento.
30. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato.	30. Mantuve buenas relaciones interpersonales con contratistas, personal de planta y usuarios, cumpliendo las normas de convivencia establecidas por el Hospital.
31. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución	**31**. Me comprometo a cumplir las demás obligaciones que se deriven de la naturaleza del contrato, garantizando su correcta y oportuna ejecución, como lo son: . Pagué salud, pensión y riesgos profesionales, en los términos establecidos en la normatividad del sistema general de seguridad social integral. Obro con lealtad y buena fe en el desarrollo del presente contracto de prestación de servicios.

1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO

Cumplí con las obligaciones generales del contrato de prestación de servicios, las cuales consisten en:

1. Cumplir con el objeto y obligaciones previstas en el contrato y el estudio previo correspondiente. **2.** Cumplir con los requisitos de ejecución del contrato y suscribir el acta de inicio. **3.** Asistir y participar en los comités, reuniones, talleres, juntas y demás eventos que le indique el supervisor y se relaciones con el objeto del contrato **4.** Mantener la reserva y confidencialidad de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y deberá abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación o demás, el contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. **5.** Mantener actualizado su domicilio durante el plazo de ejecución del contrato y cuatro meses más y presentarse al Hospital de castilla la nueva en el momento en que se ha requerido por el mismo, para la suscripción de la correspondiente acta de liquidación en caso de que aplique. **6.** Mantener actualizado en el sistema de información y gestión del empleo público SIGEP, su hoja de vida con los respectivos soportes. **7.** Informar cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las misma. **8.** Cumplir con los pagos correspondientes al sistema general de seguridad social integral de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente. 9 presentar por escrito informes que solicite el Hospital de castilla la nueva a través del supervisor del presente contrato y presentar a satisfacción del supervisor informes mensuales de avance en los que se relaciones los servicios prestados, en cumplimiento del objeto contractual, las evidencias que soportan el cumplimiento del contrato y se aportaran en medio físico,

magnético o digital según determine el supervisor. **10.** El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna o subcontratar el total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del Hospital de Castilla la nueva E.S.E. **11.** EL contratista deberá cumplir con las normas, decretos, resolución y circulares vigentes y aplicables en materia del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). 12.El contratista deberá cumplir con los protocolos de bioseguridad en el marco de la emergencia sanitaria declarad por el ministerio de salud y protección social ocasionada por el coronavirus SARS-CoV-2 y deberá contar con sus elementos de protección como autocuidado al momento de ingresar y ejercer su obligación es contractuales al Hospital de castilla la nueva E.S.E. **13.** El contratista deberá participar en todas las reuniones convocadas por la gerencia capacitación relacionadas con la dependencia que se delegue para ello. **14.** El contratista deberá asistir a todas las capacitaciones relacionadas con la dependencia para la cual prestan sus servicios a excepción de quienes se encuentre de turno. **15.** El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones y capacitaciones, cuando este exceptuado también deberá acreditar tal situación **16.** El CONTRATISTA participará activamente en la difusión de la información institucional en los médicos de comunicación personal con los que cuente.

2. **PERÍODO DEL REPORTE**	DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2026	3. **FECHA DE ELABORACIÓN**	30/04/2026
4. **ANEXOS TÉCNICOS**			
5. **FIRMA DEL CONTRATISTA**	Alejandra Sepúlveda B		

ANEXO No. 1

Objetivo: Describir las actividades desarrolladas durante el periodo Abril 2026 por parte del contratista y que hagan parte integral de la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales.

ITEM	ACTIVIDAD	TIEMPO / CANTIDADES
1	Recibo de medicamentos	2 Horas
2	Almacenamiento De Medicamentos Y Dispositivos Médicos	3 Horas
3	Control de temperatura	20 Días
5	Semaforización	3 Días
6	Dispensación de medicamentos de urgencia	20 Días
7	Dispensación de medicamentos ambulatorios	20 Días
8	Facturación de medicamentos	20 Días
9	Recaudo de dinero por cuota moderadora	20 Días
10	Recaudo de dinero por ventas	20 Días
11	Limpieza del área	4 Días
12	Registro de medicamentos de control	4 Días
13	Entrega de fórmulas de facturación mensual	9.410 Facturas
14	Bajas por consumo	0 Días

Observaciones jefe de áreas: _____

_____

_____

Yhorth Bustos

VoBo Jefe área

Sandra Garcia

VoBo Supervisor

ANEXO No. 1

FECHA	SERVICIO	TURNO	HORAS
01/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
02/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
07/04/2026	FARMACIA	TARDE	5
08/04/2026	FARMACIA	TARDE	5
09/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
10/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
11/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
12/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
16/04/2026	FARMACIA	TARDE	5
17/04/2026	FARMACIA	TARDE	5
18/04/2026	FARMACIA	TARDE	6
19/04/2026	FARMACIA	DIA	12
20/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
21/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
22/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
26/04/2026	FARMACIA	DIA	12
27/04/2026	FARMACIA	TARDE	5
28/04/2026	FARMACIA	TARDE	5
29/04/2026	FARMACIA	TARDE	5
30/04/2026	FARMACIA	NOCHE	12
		TOTAL:	**185**

Observaciones jefe de áreas: _____

Yhatth Bjoto

VoBo Jefe área

Sandra Garcia

VoBo Supervisor

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.863.092**

SEPULVEDA BEJARANO

APELLIDOS

ALEJANDRA

NOMBRES

Alejandra Sepúlveda B

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-2000**

CASTILLA LA NUEVA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **F** SEXO

10-AGO-2018 CASTILLA LA NUEVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5201000-01051570-F-1006863092-20181219 0063788728A 1 48183389

ESTADO CIVIL

CERTIFICACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

En cumplimiento al articulo 50 de la ley 789 de 2022. Yo; Alejandra Sepúlveda Bejarano, quien se identifica con cédula de Ciudadanía No. 1006863092 expedida en Castilla la Nueva (Meta), bajo la gravedad de juramento, **CERTIFICO** que cumplo con lo que la ley dispone respecto al pago de los aportes de salud, riesgos laborales, y pensión, por lo que, a la fecha, he realizado los aportes correspondientes a mi relación contractual con el Hospital de Castilla la Nueva ESE del presente periodo a informar.

Anexo Planilla de Aportes al sistema de seguridad social.

En constancia, se firma en Castilla la Nueva (Meta) a los 30 días del mes de Abril de 2026.

Cordialmente,

Firma: Alejandra Sepúlveda B

Nombre: Alejandra Sepúlveda Bejarano

C.C: 1006863092

Vo. Bo. YULY VIVIANA MORA GARCIA
TECNICO ADMINISTRATIVO - SG-SST

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006863092	ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO	Vereda Arenales finca el Diamante	6751082	alejha682@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	CASTILLA LA NUEVA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73396917	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800



Alejandra Sepulveda B
CC. 1006863092

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141172596244

(415)7707212489984(8020) 000014117259624 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 6 8 6 3 0 9 2	3	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 8 6 3 0 9 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SEPULVEDA	BEJARANO	ALEJANDRA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

41. Dirección principal
VDA ARENALES FCA EL DIAMANTE

42. Correo electrónico alejha682@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 4 6 9 1 9 6 8	3 1 6 3 7 4 0 0 1 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-04-17 / 11:25:09PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SEPULVEDA BEJARANO ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



ALMACENAMIENTO DE INSUMOS MQ.



VERIFICACION FECHA DE VENCIMIENTO.



TOMA DE TEMPERATURA
CARRO DE REANIMACION.



SEMAFORIZACION DE MEDICAMENTOS.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1006863092

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3289

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-04-16→6:03:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificaci
CC	1006863092	ALEJANDRA		SEPULVEDA	BEJARANO	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO identificado(a) con CC 1006863092 registra La siguiente información:

2026-04-16→6:03:57 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2019-12-02	22863	GOBERNACION DEL META
AUX	Local	TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-08-21	22590	GOBERNACION DEL META

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7			
	VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO – CONTRATISTAS			
	CODIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSION	Documento Controlado
	SIG-APAG-F36	26/02/2020	4	1 de 1

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS CENTRALES DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E ACTUANDO EN CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

2026-028

CERTIFICADO No. 4

Que el (o) la contratista, ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.006.863.092 de Castilla la Nueva - Meta, ha cumplido a cabalidad con las obligaciones establecidas en el CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2026-028, cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E", durante el periodo del mes de abril de 2026, cumpliendo con el pago de la seguridad social integral de conformidad con lo establecido en la ley, de acuerdo a los soportes presentados por la contratista.

Con base en lo anterior, como SUPERVISOR viabilizo el pago correspondiente, esto es, la suma equivalente 'a DOS MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS ($2.300.000.00) M/CTE.

BALANCE DEL CONTRATO		
Termino de Ejecución		DOS (2) MESES
Prórroga al Termino de Ejecución		DOS (2) MESES
R.P		000028
R.P Prórroga		000203
Fecha de Inicio y Terminación	Inició: 01/01/2026	Termina: 30/04/2026
Valor Inicial del Contrato	$	4,600,000
Valor Adicionado al Contrato	$	4,600,000
Valor Total del Contrato	$	9,200,000
Valor Ejecutado del Contrato	$	9,200,000
Valor Pagado	$	6,900,000
Valor a Pagar en el Presente Periodo	$	2,300,000
Valor Por Ejecutar	$	-

Se expide en Castilla la Nueva – Meta, a los treinta (30) días del mes de abril de dos mil veintiseis (2026).

Sandra Garcia

SANDRA MAGNOLIA GARCIA
Director administrativo de servicios centrales

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Sandra Magnolia Garcia	Cristian Camilo Torres Garcia	Karen Dayanna Calvo Aguirre
Supervisor del Contrato	Asesor Juridico Contratación	Subgerente Administrativo y financiero