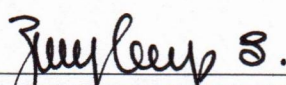


 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Puerto Carreño - Vichada	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. PROCESO DE GESTIÓN LOGÍSTICA CERTIFICACIÓN UNICA DE PAGO ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS / SUMINISTROS	 Versión: 2 Código: GLO-FT-01 Fecha: 28/03/2022				
INFORMACIÓN BÁSICA						
CONTRATO No.	AÑO	BENEFICIARIO (NOMBRE COMPLETO)	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
0423	2026	JUAN PABLO RODRIGUEZ CHIPIAJE	C.C.	1.006.965.871		
No. DE FACTURA / PAGO	FECHA INICIAL INFORME		FECHA FINAL INFORME	VALOR A COBRAR		
3	1 De marzo De 2026		31 De marzo De 2026	\$ 2.521.500,00		
CONCEPTO:	<i>Honorarios</i>	☒ <i>Anticipo</i>	☐ <i>Pago Parcial</i>	☐ <i>Pago Total</i>		
NUMERO DE CUENTA BENEFICIARIO	91288522788		BANCO	Bancolombia		
OBJETO DEL CONTRATO:						
PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CAJA COMO FACTURADOR DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E						
SUPERVISOR / INTERVENTOR		DEPENDENCIA (Supervisor / Interventor)				
ZURY CLARENA GUARUPE BUSTAMANTE		COORDINADORA ADMINISTRATIVA SEDE LA PRIMAVERA				
CUENTA CONJUNTA PARA MANEJO DE ANTIPOPOS (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.	FECHA EXP. CRP
	Valor Inicial	\$ 7.564.500	262	14 - ene. / 2026	505	26 - ene. / 2026
	Valor Adición					
DESCRIPCIÓN		VALORES	ACUMULADO DE ANTIPOPOS / PAGOS PARCIALES			
+ VALOR INICIAL		\$ 7.564.500,00	FECHA	VALOR		
+ ADICIÓN		\$ -		\$ -		
= VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 7.564.500,00		\$ -		
- VALOR PAGADO Y/O AMORTIZADO		\$ 5.043.000,00		\$ -		
= VALOR DISPONIBLE DEL CONTRATO		\$ 2.521.500,00		\$ -		
- PAGO O ABONO ANTICIPADO DE LA FACTURA ACTUAL		\$ -		\$ -		
- VALOR QUE SE AUTORIZA PAGAR EN ESTA FACTURA		\$ 2.521.500,00		\$ -		
= VALOR / SALDO FINAL DEL CONTRATO		\$ -	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.  ZURY CLARENA GUARUPE BUSTAMANTE SUPERVISOR/INTERVENTOR DEL 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. 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 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. ALVARO ALBERTO CARDOSO CASTRO GERENTE			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). 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.			

 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°.	O423	CDP N°.	262	CRP N°.	505
Contratista:	JUAN PABLO RODRIGUEZ CHIPIAJE			Informe de actividades N°.	3
Fecha Inicial Informe N°. 3:	1 de marzo de 2026		Fecha Final Informe N°. 3:	31 de marzo de 2026	
Supervisor:	ZURY CLARENA GUARUPE BUSTAMANTE			Dependencia Supervisor:	COORDINADORA ADMINISTRATIVA SEDE LA PRIMAVERA
Objeto del contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CAJA COMO FACTURADOR DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E				
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA			ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA		
1	Revisar diariamente todo lo facturado y revisar soportes para armado de cuentas.	Revisó diariamente todo lo facturado y revisó soportes para armado de cuentas.			
2	Separar cuentas de facturas por EPS y nivel de complejidad, archivar hasta fin de mes.	Separo cuentas de facturas por EPS y nivel de complejidad, archivo hasta fin de mes.			
3	Devolver cuentas a las Cajas para consecución de soportes, y apoyarlas para una correcta facturación.	Devuelvo cuentas a las Cajas para consecución de soportes, y apoyarlas para una correcta facturación			
4	Realizar anulaciones de facturas en el sistema, de acuerdo con relación de las cajas.	Realizó anulaciones de facturas en el sistema cuando se comenten errores humanos, de acuerdo con relación de las cajas.			
5	Recibir y revisar las autorizaciones de segundo nivel, hacerlas firmar del especialista y remitirlas a la EPS Subsidiada para su respectiva autorización.	Recibo y revisó las autorizaciones de segundo nivel, las hago firmar del especialista y remitirlas a la EPS Subsidiada para su respectiva autorización.			
6	Recolectar soportes de Anestesia, ecografías, citologías y laboratorios para anexarlos en la respectiva factura.	Recolecto y organizo soportes de Anestesia, ecografías, citologías y laboratorios para anexarlos en la respectiva factura.			
7	Generar listados de facturación para verificar una a una todas las facturas con soportes y armar las cuentas.	Genero listados de facturación para verificar una a una todas las facturas con soportes y armar las cuentas			
8	Foliar cuenta por cuenta para poder relacionar soportes.	Folio cuenta por cuenta del mes correspondiente para poder relacionar soportes.			
9	Elaboración de cuentas de cobro con su respectivo número, valor, mes y folios.	Elaboró cuentas de cobro con su respectivo número, valor, mes y folios.			
10	Elaborar oficios de relación de cuentas de cobro dirigidos a los clientes	Elaboró oficios de relación de cuentas de cobro dirigidos a los clientes			
11	Enviar cuentas de cobro al jefe de facturación y al director del hospital para la respectiva firma.	Envio cuentas de cobro del mes correspondiente al jefe de facturación y al director del hospital para la respectiva firma.			
12	Elaborar listados para generación de RIPS, anexar a cada paquete la cuenta de cobro.	Elaboro listados para generación de RIPS, anexar a cada paquete la cuenta de cobro.			
13	Anexar a las cuentas de cobro copia del contrato, parafiscales y copia de la tarjeta profesional del contador.	Anexo a las cuentas de cobro copia del contrato, parafiscales y copia de la tarjeta profesional del contador.			
14	Entregar facturas físicas a las EPS con sede en Puerto Carreño, organizar envío por correo certificado para las demás EPS y aseguradoras.	Entrego a jefe de facturación, facturas físicas a las EPS con sede en La Primavera, organizo y envío por correo certificado para las demás EPS y aseguradoras.			
15	Recolectar, anexar y archivar recibidos de cada EPS, registrarlos en el sistema.	Recolecto, anexo y archivo recibidos de cada EPS y los registro en el sistema.			
16	Recibir, revisar, conciliar, buscar soportes de las Glosas que envíen las EPS y Aseguradoras.	Recibo, reviso, concilio, busco soportes de las Glosas que envíen las EPS y Aseguradoras.			
17	Elaborar Informe de respuesta a Glosas y enviarlo al jefe de facturación.	Elaboro Informe de respuesta a Glosas y enviarlo al jefe de facturación			

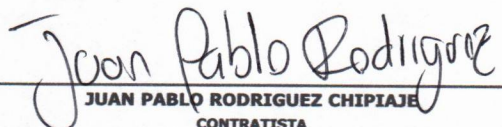
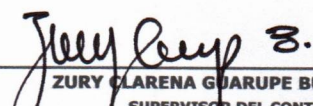
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. Puerto Carreño - Vichada	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA		 Versión: 2 Código: GLO-FT-04 Fecha: 28/03/2022
	PRESENTACIÓN DE INFORME DE CONTRATISTAS ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		

18	Enviar por correo certificado el informe de glosas. Archivar recibidos.	Envío por correo certificado el informe de glosas y Archivo recibidos.
19	Generar reporte de lo facturado y recaudado (mensual).	Genero reporte de lo facturado y recaudado correspondiente a este mes.

EVIDENCIAS: En caso de que las actividades desarrolladas lo ameriten, Relacionelas a continuación y anexelas al final.			
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>	MARZO	\$ 220.300,00	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>porvenir</i>	MARZO	\$ 282.000,00	
Riesgos Profesionales <i>Positiva</i>	MARZO	\$ 43.000,00	
Parafiscales (ICBF - SENA - CAJA DE COMPENSACION)	N/A	\$ -	NÚMERO DE PLANILLA
Total Cotización:		\$ 545.300,00	36857212
		Fecha de Pago:	29 - abr / 2026

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe en dos (2) copias originales con destino a: (Tesorería - Jurídica)

 JUAN PABLO RODRIGUEZ CHIPIAJE CONTRATISTA	 ZURY CLARENA GUARUPE BUSTAMANTE 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.



RAZÓN SOCIAL :	JUAN PABLO RODRIGUEZ CHIPIAJE
IDENTIFICACIÓN:	CC-1006965871
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-29
FECHA DE PAGO:	2026-04-29
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	36857212
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36857212
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 1.400	\$ 218.900	\$ 220.300
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 1.800	\$ 280.200	\$ 282.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 42.700	\$ 43.000
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.500	\$ 541.800	\$ 545.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/05/2026
----------------------------------	------------



ASOPAGOS

S.a. Sucursal:

REPORTE IBC POR EMPLEADO

Datos del Aportante:

Razón Social:

Identificación:

0

Período desde:

Período hasta:

JUAN PABLO RODRIGUEZ CHIPIAJE

1006965871

0

2026-01

2026-03

INFORME IBC POR MES													
CEDULA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MES	AÑO	SALARIO BASICO	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC ARL	IBC CAJAS	PLANILLA	TIPO PLANILLA
1006965871	RODRIGUEZ	CHIPIAJE	JUAN	PABLO	03	2026	1750905	1750905	1750905	1750905	0	36857212	I
1006965871	RODRIGUEZ	CHIPIAJE	JUAN	PABLO	02	2026	1423500	1750905	1750905	1750905	0	36431931	I
1006965871	RODRIGUEZ	CHIPIAJE	JUAN	PABLO	01	2026	1423500	1750905	1750905	1750905	0	36042985	I
Totales							4597905	5252715	5252715	5252715	0		

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	Versión 01 Código GJC-FT-05 Fecha: 06-08-2025 Página 1 de 1
	GESTION JURIDICA Y CONTRATACION	
	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO SUPERVISION E INTERVENTORIA	

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 de **MARZO** de **2026**.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Nombre completo:	JUAN PABLO RODRIGUEZ CHIPIAJE
Cédula de ciudadanía:	1006965871
Número de contrato:	0423
Plazo del contrato:	26/01/2026 hasta el 31/03/2026
Objeto del contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CAJA COMO FACTURADOR DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO	
Evaluación general:	☒ Cumplió a cabalidad ☐ No cumplió
Observaciones:	<i>Sn novedad</i>

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. 36857212 del mes **MARZO** del año 2026.

Este certificado se expide a solicitud del interesado y para los fines que estime convenientes, en la ciudad de Puerto Carreño, a los 04 días del mes de **MAYO** del año 2026.

Zury Guarupe B.
 FIRMA DEL RESPONSABLE / SUPERVISOR
 Nombre: Zury Guarupe Bustamante
 Cargo: Coordinadora Administrativa

Nidia P.
 V.B Nidia Sulema Puerta Lombana
 Líder del área de facturación.