FECHA	31/05/2026

FACTURA EQUIVALENTE No.420 -2026

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA-CALDAS

NIT 890.801.944

DEBE A

INFORMACION BENEFICIARIO DEL PAGO

NOMBRE (S) Y APELLIDOS	**Diana Paola García Orozco**	
C.C	1057787773	
REGIMEN	NO RESPONSABLE DEL IVA	
DIRECCION BENEFICIARIO DEL PAGO	Calle 68# 34-78	
Y CELULAR	3225617491	
CORREO ELECTRONICO	Garciaorozcodianapaola43mail.com	
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO SEDE	Villamaría	Caldas

POR CONCEPTO DE:

PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVA, EN EL AREA DE FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA, CALDAS.

CONTRATO	Prestación de servicios	**No**	N° CONTRATO:325 CDP:445 RP 692

LA SUMA DE:

VALOR EN NÚMEROS	VALOR EN LETRAS
2,000,000	DOS MILLONES

SE SOLICITA REALIZAR EL PAGO DE LA SIGUIENTE FORMA:

NUMERO DE CUENTA DEL BENEFICIARIO	0550085700064869			
TIPO DE CUENTA	AHORRO	x	CORRIENTE	
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Davivienda			

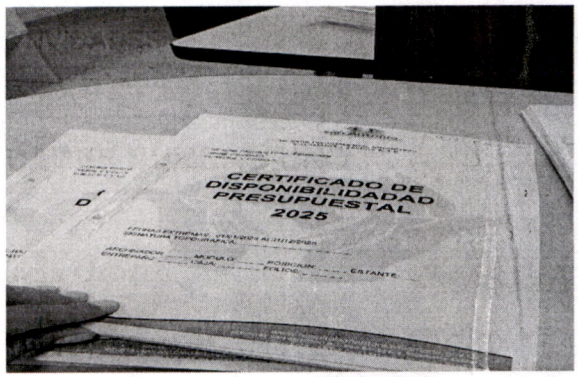
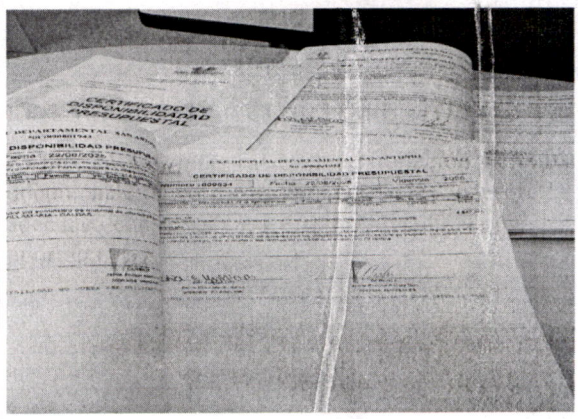
NOMBRE: Diana Paola García Orozco
CC: 1057787773

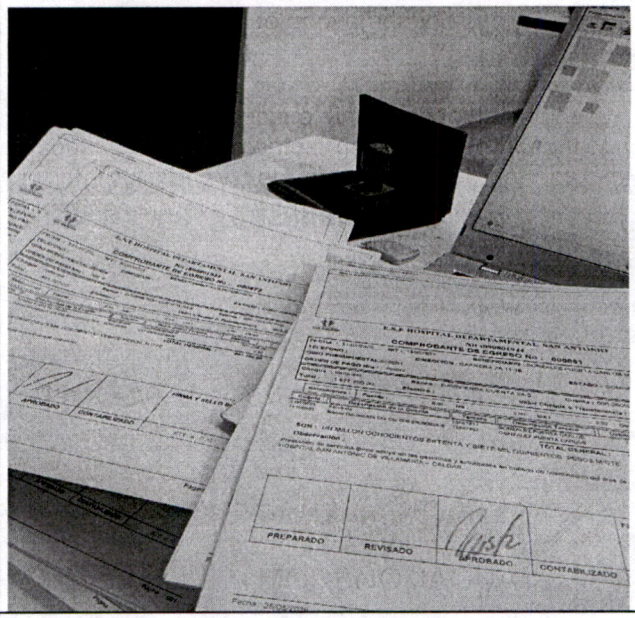
Resolución DIAN 18764108914927 Del 2026-04-24 Desde FEQ001 al FEQ3500

E.S.E. Hospital Departamental San Antonio Villamaría - Caldas	**E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA, CALDAS** **SERVICIOS JURÍDICOS** **INFORME DE ACTIVIDADES**	**Código: FO-AA-510-19** **Fecha: 22-08-2023** **Versión: 01** **Páginas: 1**

INFORME DE ACTIVIDADES NUMERO UNO

CONTRATO N.325 de 2026 Vigencia:
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Diana Paola García Orozco
PERIODO: 31/ 05/2026
OBJETO DEL CONTRATO: ***PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVA, EN EL AREA DE FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA, CALDAS.***

№	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO
1	1. Apoyar la organización, foliación y archivo de la documentación contable, presupuestal y de tesorería, garantizando su adecuada conservación y fácil consulta.	Realicé apoyo en la organización, foliación y archivo de la documentación contable, presupuestal y de tesorería, garantizando su adecuada conservación y disponibilidad para una consulta eficiente y oportuna.  
2	2. Realizar actividades de digitación, actualización y registro básico de información en bases de datos, sistemas y formatos del área financiera, conforme a las instrucciones impartidas.	Realicé la búsqueda y verificación de documentos, tales como informes de egreso y demás soportes financieros, garantizando la correcta organización y disponibilidad de la información requerida

3	3. Apoyar la recepción, revisión básica y organización de documentos y soportes financieros, verificando que se encuentren completos para su trámite.	Realicé apoyo en la recepción, revisión básica y organización de documentos y soportes financieros, verificando que la documentación se encontrara completa para su respectivo trámite. 
4	4. Colaborar en la consolidación y suministro de información y documentos requeridos por el contador, responsable de presupuesto y tesorería, así como en la elaboración básica de carpetas e informes de apoyo.	Realicé apoyo en la consolidación y suministro de información y documentación requerida por las áreas de contabilidad, presupuesto y tesorería, así como en la elaboración básica de carpetas e informes de apoyo administrativo y financiero.
5	5. Brindar apoyo administrativo general al área financiera, incluyendo radicación, control y búsqueda de documentos, garantizando la confidencialidad de la información y el cumplimiento de las instrucciones del supervisor del contrato.	Apoye al área financiera, incluyendo la radicación, control y búsqueda de documentos, garantizando la confidencialidad de la información y el cumplimiento de las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato.

DIANA PAOLA GARCÍA OROZCO
NOMBRE DEL CONTRATISTA
Contratista
C.C:1057787773

ALBA MARIELA MORENO JAGUA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Supervisor
C.C: 34000671

E.S.E. Hospital Departamental
San Antonio
Villamaria- Caldas

E.S.E. Hospital Departamental San Antonio Villamaria- Caldas	**E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA, CALDAS** **SERVICIOS JURÍDICOS** **INFORME DE SUPERVISIÓN PARA CONTRATOS**	**Código: FO-AA-510-18** **Fecha: 22-08-2023** **Versión: 01** **Páginas: 1**

ACTA No. :	**1**			
FECHA:	**30/05/2026**			
CONTRATO №:	**325/2026**			
TIPO DE CONTRATO:	**PRESTACION DE SERVICIOS**			
OBJETO:	***PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVA, EN EL AREA DE FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA, CALDAS.***			
CONTRATISTA:	**DIANA PAOLA GARCÍA OROZCO**			
SUPERVISOR:	**ALBA MARIELA MORENO JAGUA**			
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	**2 meses**			
FECHA DE INICIO:	**01/05/2026**			
FECHA DE TERMINACIÓN:	**30/06/2026**			
PERIODO EVALUADO:	**1**			
VALOR DEL CONTRATO:	**4,000.000**			
FORMA DE PAGO:	ACTAS PARCIALES MENSUALES O FRACCIONES DEL MES.			
APROBACIÓN DE PÓLIZAS	NO APLICA.	**Fecha de Resolución**		
		D:	**M:**	**A:**
ESTADO DEL CONTRATO	EN EJECUCIÓN.			
ANEXOS	BITACORA DE REGISTRO DIARIO, PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES.			

№	**DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN**	**DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO**
1	1. Apoyar la organización, foliación y archivo de la documentación contable, presupuestal y de tesorería, garantizando su adecuada conservación y fácil consulta.	La contratista cumple con el apoyo en la organización, foliación y archivo de la documentación contable, presupuestal y de tesorería, garantizando su adecuada conservación, orden y fácil consulta.
2	2. Realizar actividades de digitación, actualización y registro básico de información en bases de datos, sistemas y formatos del área financiera, conforme a las instrucciones impartidas.	La contratista cumple con la realización de actividades de digitación, actualización y registro básico de información en bases de datos, sistemas y formatos del área financiera, conforme a las instrucciones impartidas.
3	3. Apoyar la recepción, revisión básica y organización de documentos y soportes financieros, verificando que se encuentren completos para su trámite.	La contratista cumple con el apoyo en la recepción, revisión básica y organización de documentos y soportes financieros, verificando que estos se encuentren completos para su respectivo trámite.

4	4. Colaborar en la consolidación y suministro de información y documentos requeridos por el contador responsable de presupuesto y tesorería, así como en la elaboración básica de carpetas e informes de apoyo.	La contratista cumple con la consolidación y suministro de información y documentos requeridos por contabilidad, presupuesto y tesorería, así como con la elaboración de carpetas e informes de apoyo.
5	5. Brindar apoyo administrativo general al área financiera, incluyendo radicación, control y búsqueda de documentos, garantizando la confidencialidad de la información y el cumplimiento de las instrucciones del supervisor del contrato.	La contratista cumple con el apoyo administrativo al área financiera, incluyendo la radicación, control y búsqueda de documentos, bajo confidencialidad y lineamientos del supervisor del contrato.

PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Nº	VALOR	MES COTIZADO
85933600	429.600	Mayo

N.º DE ACTA Y/O PAGO REALIZADO	VALOR	RESTANTE POR PAGAR
1	2,000.000	2.000.000

En virtud de lo anterior, certifico el cumplimiento del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 325 de 2026 y las obligaciones contraídas por el Contratista en dicho proceso contractual. Así mismo avalo el pago a favor de la señora **Diana Paola García Orozco** identificado con la Cédula de Ciudadanía 1057787773 por valor de dos millones de pesos ($2,000.000)

ALBA MARIELA MORENO JAGUA
C.C.34000671
Supervisor.

Diana Paola García Orozco
DIANA PAOLA GARCÍA OROZCO
C.C. 1057787773
Contratista.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901145688-8	APOYAR BPO SAS	CRA 72 A 10 B 74 INTERIOR 1 OFICINA	8042141	lopezusaquen@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	ADMINISTRATIVO S 2	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85933600		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$1,750,905	$429.600	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	70.100	0	0	70.100	1

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	70.100	70.100
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	70.100	70.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	429.600	429.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901145688-8	APOYAR BPO SAS		CRA 72 A 10 B 74 INTERIOR 1 OFICINA	8042141	lopezusaquen@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	ADMINISTRATIVO C2	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85933600		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$1,750,905	$429.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Bolsillo	Extranjero	Cotiza. adicional	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1057787773	GARCIA OROZCO DIANA PAOLA	1	0			S	X																230201	1,750,905	30	280,200	0	0	0	0	EPS010	1,750,905	30	70,100	14-11	1,750,905	30	1	9,200	CCF24	1,750,905	30	70,100	0	0	0	0	0

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

Manizales Caldas -mayo 2026.

Señores:
Hospital Departamental de Villamaría Caldas
Manizales

CERTIFICADO – APLICACIÓN ARTÍCULO 381 E.T. (DEPURACIÓN DE RENTA)

Estoy vinculado(a) a la entidad E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO, mediante contrato por prestación de servicios, y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el **Artículo 383 del Estatuto Tributario** y de la **depuración de la base sometida a retención conforme al Artículo 381 del Estatuto Tributario**, manifiesto que:

Para los pagos que recibo clasificados como **ingresos por honorarios** o **compensaciones por servicios personales derivados del contrato suscrito con la entidad, no haré uso de costos y deducciones** asociados a tales ingresos (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que en el proceso de depuración y determinación de la base sujeta a retención en la fuente se aplique lo dispuesto en el **Artículo 381 del Estatuto Tributario**, incluyendo las rentas exentas y deducciones procedentes para este tipo de ingresos, siempre y cuando cumplan los requisitos establecidos en las normas tributarias vigentes.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí consignada es veraz y que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo **1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016**, modificado por el artículo 9 del **Decreto 2231 de 2023**, razón por la cual procede el tratamiento tributario aquí solicitado.

Atentamente.

Diana Paola García Orozco

Contratista