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	Control para el progreso **Versión:** 2 **Código:** GLO-FT-01 **Fecha:** 28/03/2022

INFORMACIÓN BÁSICA

CONTRATO No.	AÑO	BENEFICIARIO (NOMBRE COMPLETO)	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
1.348	2026	YISHLENI JOHANA MORALES BELTRAN	C.C.	1.121.898.670

No. DE FACTURA / PAGO	FECHA INICIAL INFORME	FECHA FINAL INFORME	VALOR A COBRAR
1	20 De mayo De 2026	31 De mayo De 2026	$ 3.200.000,00

CONCEPTO:	Honorarios	Anticipo	Pago Parcial	Pago Total	Otro:	Cúal?
	X					

NUMERO DE CUENTA BENEFICIARIO	844797055-33	BANCO	Bancolombia

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PARA EL CARGUE Y SOPORTE LA PLATAFORMA PISIS Y SI-APS DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCION DE 104 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS VIGENCIA 2026

SUPERVISOR / INTERVENTOR	DEPENDENCIA (Supervisor / Interventor)
LINA MARIA LOZANO MEDINA	COORDINADORA DE EBS

CUENTA CONJUNTA PARA MANEJO DE ANTICIPOS *(No Diligenciar para OPS)*

No. DE CUENTA	N/A	TITULAR	N/A

VALORES DEL CONTRATO	TIPO DE ASIGNACIÓN Y VALOR		# C.D.P.	FECHA EXP. CDP	# C.R.P.	FECHA EXP. CRP
	Valor Inicial	$ 25.600.000	2.026	14 de mayo de 2026	1.897	20 de mayo de 2026
	Valor Adición					

DESCRIPCIÓN	VALORES	ACUMULADO DE ANTICIPOS / PAGOS PARCIALES	
		FECHA	VALOR
+ VALOR INICIAL	$ 25.600.000,00		
+ ADICIÓN	$ -		$ -
= VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 25.600.000,00		$ -
- VALOR PAGADO Y/O AMORTIZADO			$ -
= VALOR DISPONIBLE DEL CONTRATO			$ -
- PAGO O ABONO ANTICIPADO DE LA FACTURA ACTUAL	$ -		$ -
- VALOR QUE SE AUTORIZA PAGAR EN ESTA FACTURA	$ 3.200.000,00		$ -
= VALOR / SALDO FINAL DEL CONTRATO	$ 22.400.000,00	TOTAL ACUMULADO	$ -

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR:

N/A

Con la firma del Supervisor se avala el cumplimiento de las actividades por parte del contratista y se autoriza para pago.

LINA MARIA LOZANO MEDINA

SUPERVISOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO

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

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)

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.