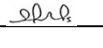
HOSPITAL SUMAPAZ ESE

CONTRATO No. 2605 DE 11 DE JULIO DE 2025

SEGUIMIENTO A LA EJECUCION MES DE OCTUBRE DE 2025

1.DESCRIPCION DE EJECUCION/ Relacion deTalento Humano Planta	profesion	TOTAL PAGAR	TOTAL PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE PLANTA	TOTAL MES	EVIDENCIAS APORTADAS	OBSERVACIONES
DORIS GUAYARA HERRAN	ENFERMERA	$ 4.072.839,00	$ 354.160,00	$ 4.426.999,00	COMPROBANTE N° 233508	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
ANA MILENA MURCIA RODRIGUEZ	AUX ENFERMERIA	$ 2.437.394,00	$ 260.537,00	$ 2.697.931,00	COMPROBANTE N° 233511	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
ADRIANA MARGARITA ARAGON MORALES	AUX ENFERMERIA	$ 2.282.022,00	$ 215.910,00	$ 2.497.932,00	COMPROBANTE N° 233513	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
YUDI VIVIANA ESPINEL RINCON	AUX ENFERMERIA	$ 2.264.170,00	$ 233.761,00	$ 2.497.931,00	COMPROBANTE N° 233554	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
NELLY MARCELA ORJUELA ABRIL	AUX ENFERMERIA	$ 2.282.021,00	$ 215.910,00	$ 2.497.931,00	COMPROBANTE N° 233515	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
JUAN DAVID OSSA RUEDA	MEDICO SSO	$ 3.733.360,00	$ 324.640,00	$ 4.058.000,00	COMPROBANTE N° 233524	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH	MEDICO SSO	$ 3.733.360,00	$ 324.640,00	$ 4.058.000,00	COMPROBANTE N° 233517	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
OMAR BETANCOUETH	MEDICO SSO	$ 3.733.361,00	$ 324.640,00	$ 4.058.001,00	COMPROBANTE N° 233520	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
JAIRO ALBERTO SEHUANES	BACTERIOLOGO	$ 2.600.573,00	$ 1.617.427,00	$ 4.218.000,00	COMPROBANTE N° 233522	EN LA COLUMNA D SE RELACIONAN OTROS DESCUENTOS DE NOMINA ADICIONALES A LOS DE SEGURIDAD SOCIAL
JUAN DAVID OSSA RUEDA	MEDICO SSO	$ 594.410,00	$ -	$ 594.410,00	COMPROBANTE N° 235976	PAGO ADICIONALES MSSO
LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH	MEDICO SSO	$ 894.000,00	$ -	$ 894.000,00	COMPROBANTE N° 236030	PAGO ADICIONALES MSSO
TOTAL GASTOS		$ 28.627.510,00	$ 3.871.625,00	**$ 32.499.135,00**		

2. DESCRIPCION DE EJECUCION/ Relacion del Talento Humano Contrato	N° DOCUMENTO	Profesion	INFORMACION CONTRACTUAL	EVIDENCIAS APORTADAS	TOTAL A PAGAR	OBSERVACIONES
LEWIS LEONARD GALINDO INFANTE	77.092.221	MEDICO GENERAL	CONTRATO N° 131 FECHA INICIO: 05/07/2025 FECHA TERMINACIÓN: 30/11/2025	COMPROBANTE N° 233417	$ 5.472.000,00	LA DIFERENCIA CORRESPONDE A DESCUENTOS DE LEY
DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE	1.026.571.322	MEDICO GENERAL	CONTRATO N° 193 FECHA INICIO: 18/10/2025 FECHA TERMINACIÓN: 30/11/2025	COMPROBANTE N° 233425	$ 2.304.000,00	LA DIFERENCIA CORRESPONDE A DESCUENTOS DE LEY
VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO	85.050.221	MEDICO GENERAL	CONTRATO N° 168 FECHA INICIO: 19/09/2025 FECHA TERMINACIÓN: 19/12/2025	COMPROBANTE N° 233419	$ 3.840.000,00	LA DIFERENCIA CORRESPONDE A DESCUENTOS DE LEY
CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS	1.070.810.067	MEDICO GENERAL	CONTRATO N° 122 FECHA INICIO: 01/07/2025 FECHA TERMINACIÓN: 31/12/2025	COMPROBANTE N° 233505	$ 6.784.000,00	LA DIFERENCIA CORRESPONDE A DESCUENTOS DE LEY
DANIELA KATHERIN RODRIGUEZ CHACON	1.110.602.098	MEDICO GENERAL	CONTRATO N° 190 FECHA INICIO: 11/10/2025 FECHA TERMINACIÓN: 30/11/2025	COMPROBANTE N° 235959	$ 3.072.000,00	LA DIFERENCIA CORRESPONDE A DESCUENTOS DE LEY
JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ	80.002.255	MEDICO GENERAL	CONTRATO N° 166 FECHA INICIO: 10/09/2025 FECHA TERMINACIÓN: 30/11/2025	COMPROBANTE N° 233423	$ 1.536.000,00	LA DIFERENCIA CORRESPONDE A DESCUENTOS DE LEY
ASTRID ROCIO ANTONIO ORTIZ	1.010.067.620	AUX ENFERMERIA	CONTRATO SIN NUMERO DE FECHA 01/10/2024-CONTRATO POR OBRA O LABOR (TEMPORAL)	FACTURA ELECTRONICA FE 1488 LJR TEMPORALES SAS COMPROBANTE N° 235992	$ 3.088.402,30	SE ADJUNTA DETALLE DE OTROS GASTOS
YINETH PAOLA GARCIA IBARRA	1.106.363.619	AUX ENFERMERIA	CONTRATO SIN NUMERO DE FECHA 01/10/2024-CONTRATO POR OBRA O LABOR (TEMPORAL)		$ 3.088.402,30	SE ADJUNTA DETALLE DE OTROS GASTOS
LISETH DANIELA MIGUEZ MORERA	1.106.362.270	AUX ENFERMERIA	CONTRATO SIN NUMERO DE FECHA 05/06/2025-CONTRATO POR OBRA O LABOR (TEMPORAL)		$ 3.088.402,30	SE ADJUNTA DETALLE DE OTROS GASTOS
SHEINNY NATALIA REINA BELLO	1.013.104.958	AUX ENFERMERIA	CONTRATO SIN NUMERO DE FECHA 01/06/2025-CONTRATO POR OBRA O LABOR (TEMPORAL)		$ 3.088.402,30	SE ADJUNTA DETALLE DE OTROS GASTOS
YEIMY PATRICIA CARDENAS	1.005.822.823	AUX ENFERMERIA	CONTRATO SIN NUMERO DE FECHA 16/11/2024-CONTRATO POR OBRA O LABOR (TEMPORAL)		$ 3.088.402,30	SE ADJUNTA DETALLE DE OTROS GASTOS
JAVIER MAURICIO AMAYA SERRANO	80222100	AUX ENFERMERIA	CONTRATO SIN NUMERO DE FECHA 15/12/2024-CONTRATO POR OBRA O LABOR (TEMPORAL)		$ 3.088.402,30	SE ADJUNTA DETALLE DE OTROS GASTOS
IVONNE ESNEIDY CALDERON TORRES	1106888637	SERVICIOS GRALES	CONTRATO SIN NUMERO DE FECHA 01/10/2024-CONTRATO POR OBRA O LABOR (TEMPORAL)		$ 2.890.604,20	SE ADJUNTA DETALLE DE OTROS GASTOS
MUNICIPIO DE ICONONZO	80010059-5	N/A	ESTAMPILLA RETEICA	COMPROBANTE N° 235938	$ 161.280,00	SE ADJUNTA DETALLE DE DESCUENTOS
MUNICIPIO DE ICONONZO	80010059-5	N/A	PRO ANCIANO	COMPROBANTE N° 235936	$ 921.600,00	SE ADJUNTA DETALLE DE DESCUENTOS
MUNICIPIO DE ICONONZO	80010059-5	N/A	PRO CULTURA	COMPROBANTE N° 235937	$ 230.400,00	SE ADJUNTA DETALLE DE DESCUENTOS
		TOTAL GASTOS			**$ 45.742.298,00**	

ESE MONOPOLIO DE SERVICIOS TRAZADORES	**HOSPITAL SUMAPAZ ESE**
MUNICIPIO	**ICONONZO TOLIMA**
No de contrato	2605
No. INFORME	3
MES	OCTUBRE
FECHA DE REPORTE	
Total de Gastos Talento Humano /seguridad social	$ 78.241.433,00
Total de inversion en el mes	$ 75.226.067,75
Nombre del representante Legal	**SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO**
Firma	

Elaboró: Natalia Batte Espitia/Auxiliar Administrativo

12 11 2025 4,072,839.00

DORIS GUAYARA HERRAN

CUATRO MILLONES SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/

.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS No00233508

DORIS GUAYARA HERRAN 65,694,873

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

CUATRO MILLONES SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE x.x.x

.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 4,072,839.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 4,072,839.00

CONCEPTO:

NOMINA JEFE ENFERMERA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1860

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	4,427,000.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	4,072,839.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	177,080.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	177,081.00	Aportes a seguridad social en salud
SUMAS IGUALES	4,427,000.00	4,427,000.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233508

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: dorisOctubre
Secuencia: G
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:32:40
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $4,072,839.00	**Valor Registros Procesados:** $4,072,839.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41348344071	Ahorros	65694873	DORIS GUAYARA	4,072,839.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

Hospital
SUMAP AZ E.S.E.
ICONONZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 07/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: DORIS GUAYARA HERRAN **CC 65694873 DE EL ESPINAL TOL**
CARGO: ENFERMERO **SUELDO BASICO $ 4,427,000**
CODIGO: 243-04

	DEVENG.		**DESCTOS**		
SUELDO MES-	$	4,427,000	$	-	
BON. SERV. PRESTADOS	$	-	$	-	**LIQUIDO A PAGAR**
SUB.ALIMENT-	$	-	$	-	**$ 4,072,839**
SALUD 4%- NUEVA EPS	$	-	$	177,080	
PENSION.4% PORVENIR	$	-	$	177,080	
COOPERAMOS	$	-			
EMBARGOS	$	-	$	-	
SINDICATO	$	-	$	-	
RETEFUENTE	$	-	$	-	
FONDO SOLIDARIDAD 1%	$	-	$	-	
	$	-	$	-	
TOTALES	**$**	**4,427,000**	**$**	**354,161**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

del 16 dejunio al 13 de julio de 2019 (OTRO PERIODO)
se pagó un periodo ch bancobogota UN PERIODO
vacaciones del 1 al 17 de ABRIL de 2022 (periodo 2020) se pagaron
indemnizadas vacacion 2018-2019
indemnizadas vacacion 2020-2021

Octubre de 2025

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 836

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101 Sueldo Básico 4,427,000.00

VALOR 4,427,000.00

OBJETO: LIQUIDACION NOMINA JEFE ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

233211

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1385

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CO
65694873 DORIS GUAYARA HERRAN
OBJETC LIQUIDACION NOMINA JEFE ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
836 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 4,427,000.00

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233212

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1860

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

65694873 DORIS GUAYARA HERRAN

CONCEPTO: VALOR $ 4,427,000.00

NOMINA JEFE ENFERMERA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/836 Sueldo Básico	4,427,000.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	4,427,000.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		4,427,000.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233507

12 11 2025 2,437,394.00

ANA MILENA MURCIA RODRIGUEZ

DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y C

PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS No00233511

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

ANA MILENA MURCIA RODRIGUEZ 65,823,245

DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 2,437,394.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 2,437,394.00

CONCEPTO:

NOMINA AUXILIAR EN ENFERMERIA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1861

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	2,697,931.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	2,437,394.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	95,960.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	95,960.00	Aportes a seguridad social en salud
242412	0.00	44,627.00	Seguros
242404	0.00	23,990.00	Sindicatos
SUMAS IGUALES	2,697,931.00	2,697,931.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233511

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: milenaOctubre
Secuencia: J
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:32:59
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $2,437,394.00	**Valor Registros Procesados:** $2,437,394.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41314131809	Ahorros	65823245	MILENAMURCIA	2,437,394.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

Hospital
SUMAPAZ E.S.E.
ICONONZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 008/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: ANA MILENA MURCIA RODRIGUEZ **CC 65823245 DE MELGAR**
CARGO: AUXILIAR ÁREA SALUD (AUXILIAR ENFERMERÍA **SUELDO BASICO** **$ 2,399,000**
CODIGO: 412-08

	DEVENG.	DESCTOS	
SUELDO MES-	$ 2,399,000	$ -	
AUX TRANSP	$ 200,000	$ -	**LIQUIDO A PAGAR**
BONIF POR SERV PRESTADOS	$ -		
SUB.ALIMENT-	$ 98,931	$ -	**$ 2,437,394**
SALUD 4%- SANITAS		$ 95,960	
PENSION.4% PORVENIR	$ -	$ 95,960	
SEGUROS BOLIVAR	$ -	$ 44,627	
SINDICATO 1%		$ 23,990	
		$ -	
	$ -	$ -	
	$ -	$ -	
TOTALES	**$ 2,697,931**	**$ 260,537**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

Octubre de 2025

Hospital
SUMAPAZ E.S.E.
ICONONZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 008/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: ANA MILENA MURCIA RODRIGUEZ **CC 65823245 DE MELGAR**
CARGO: AUXILIAR ÁREA SALUD (AUXILIAR ENFERMERÍA **SUELDO BASICO** **$ 2,399,000**
CODIGO: 412-08

	DEVENG.	DESCTOS	
SUELDO MES-	$ 2,399,000	$ -	
AUX TRANSP	$ 200,000	$ -	**LIQUIDO A PAGAR**
BONIF POR SERV PRESTADOS	$ -		
SUB.ALIMENT-	$ 98,931	$ -	**$ 2,437,394**
SALUD 4%- SANITAS		$ 95,960	
PENSION.4% PORVENIR	$ -	$ 95,960	
SEGUROS BOLIVAR	$ -	$ 44,627	
SINDICATO 1%		$ 23,990	
		$ -	
	$ -	$ -	
	$ -	$ -	
TOTALES	**$ 2,697,931**	**$ 260,537**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

Octubre de 2025

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 837

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101 Sueldo Básico 2,697,931.00

VALOR 2,697,931.00

OBJETO: LIQUIDACION NOMINA AUX ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

233213

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1386

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CC
65823245 ANA MILENA MURCIA RODRIGUEZ
OBJETC LIQUIDACION NOMINA AUX ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
837 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 2,697,931.00
DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233214

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1861

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

65823245 ANA MILENA MURCIA RODRIGUEZ

CONCEPTO: VALOR $ 2,697,931.00

NOMINA AUX. ENFERMERIA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/837 Sueldo Básico	2,697,931.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	2,697,931.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		2,697,931.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233509

12 11 2025 2,282,022.00

ADRIANA MARGARITA ARAGON MORALES

DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE x.x.x .x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
TESORERIA GENERAL

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00233513

DEBE A:

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

ADRIANA MARGARITA ARAGON MORALES 1,005,823,20

DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 2,282,022.00

RETEFUENTE _____
OTROS _____

NETO A PAGAR $ 2,282,022.00

CONCEPTO:

NOMINA AUX. ENFERMERIA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1862

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	2,497,931.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	2,282,022.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	95,960.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	95,960.00	Aportes a seguridad social en salud
242404	0.00	23,989.00	Sindicatos
SUMAS IGUALES	2,497,931.00	2,497,931.00	

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233513

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: adrianaragonOcrubre
Secuencia: F
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:33:12
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $2,282,022.00	**Valor Registros Procesados:** $2,282,022.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41376972052	Ahorros	1005823203	adrianaARAGON	2,282,022.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

Hospital SUMAPAZ E.S.E.
ICONONZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 009/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: ADRIANA MARGARITA ARAGON MORALES CC 1005823203 DE IBAGUE
CARGO: AUXILIAR ÁREA SALUD (AUXILIAR ENFERMI **SUELDO BASICO** **$ 2,399,000**
CODIGO: 412-08

	DEVENG.	**DESCTOS**	
SUELDO MES	$ **2,399,000**	$ -	
SUB.ALIMENT-	$ 98,931	$ -	**LIQUIDO A PAGAR**
BONIF POR SERV PRESTADOS	$ -	$ -	**$ 2,282,022**
SALUD 4%-SALUDTOTAL	$ -	$ 95,960	
PENSION.4% PORVENIR	$ -	$ 95,960	
sindicato	$ -	$ 23,990	
TOTALES	$ **2,497,931**	$ **215,909**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE
INGRESO 1 agosto 2012

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

vacaciones periodo 2021-2022 pagadas y disfrutadas desde el 25 de oct de 2023
vacaciones disfrutadas del 02 al 23 de Enero de 2025

Octubre de 2025

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 838

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101 Sueldo Básico 2,497,931.00

VALOR 2,497,931.00

OBJETO: LIQUIDACION NOMINA AUX ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233215

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1387

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CO
10058232ADRIANA MARGARITA ARAGON MORALES

OBJETC LIQUIDACION NOMINA AUX ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
838 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 2,497,931.00

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233219

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1862

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

1005823203 ADRIANA MARGARITA ARAGON MORALES

CONCEPTO: VALOR $ 2,497,931.00

NOMINA AUX. ENFERMERIA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/838 Sueldo Básico	2,497,931.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	2,497,931.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		2,497,931.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233512

12 11 2025 2,264,170.00

YUDI VIVIANA ESPINEL RINCON

DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SETENTA PESOS M/CT

.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00233554

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

YUDI VIVIANA ESPINEL RINCON 53,931,152

DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SETENTA PESOS M/CTE x.x.x.x .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 2,264,170.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 2,264,170.00

CONCEPTO:

NOMINA AUX. ENFERMERIA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1878

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	2,497,931.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	2,264,170.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	95,960.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	95,960.00	Aportes a seguridad social en salud
242412	0.00	17,851.00	Seguros
242404	0.00	23,990.00	Sindicatos
SUMAS IGUALES	2,497,931.00	2,497,931.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233554

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: yudiOctubre
Secuencia: I
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 21-11-2025 **Hora:** 09:35:25
Fecha de Generación: 21-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $2,264,170.00	**Valor Registros Procesados:** $2,264,170.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41367312813	Ahorros	53931152	YUDI ESPINEL	2,264,170.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

Hospital SUMAPAZ E.S.E.
ICONONZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 010/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: YUDI VIVIANA ESPINEL RINCON CC 53931152
CARGO: AUXILIAR ÁREA SALUD (AUXILIAR ENFERMI **SUELDO BASICO** **$ 2,399,000**
CODIGO: 412-08

	DEVENG.	**DESCTOS**	
SUELDO MES-	$ 2,399,000	$ -	
BON. SERV. PRESTADOS	$ -	$ -	**LIQUIDO A PAGAR**
SUB.ALIMENT-	$ 98,931	$ -	**$ 2,264,170**
SEGUROS BOLIVAR		$ 17,851	
PENSION.4% COLPENSIONES	$ -	$ 95,960	
SALUD 4% SALUD TOTAL	$ -	$ 95,960	
SINDICATO		$ 23,990	
TURNO	$ -	$ -	
	$ -	$ -	
TOTALES	**$ 2,497,931**	**$ 233,761**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE

NANCY ~~ROCIO VILL~~AR FORERO
Profesional Universitario

ingresa agosto 1 de 2012
VACACIONES PERIODO 2018-2019 desde el 23 de enero de 2023 al 8 de feb de 2023 Octubre de 2025
NOTA: DEL 04 AL 20 DE ABRIL SE ENCONTRABA EN VACACIONES, SE LIQUIDAN 13 DIAS EN NOMINA
VACACIONES DISFRUTADAS Y PAGADAS DEL 01 AL 18 DE MARZO de 2025 NOTA: SE PAGAN 12 DIAS DE MARZO 2025

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 839

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101 Sueldo Básico 2,497,931.00

VALOR 2,497,931.00

OBJETO: LIQUIDACION NOMINA AUX ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

233220

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1388

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CO
53931152 YUDI VIVIANA ESPINEL RINCON

OBJETC LIQUIDACION NOMINA AUX ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :

839 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 2,497,931.00

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233221

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1874

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

53931152 YUDI VIVIANA ESPINEL RINCON

CONCEPTO: VALOR $ 2,497,931.00

NOMINA AUX. ENFERMERIA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/839 Sueldo Básico	2,497,931.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	2,497,931.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		2,497,931.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233553

12 11 2025 2,282,021.00

NELLY MARCELA ORJUELA ABRIL

DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL VEINTIUN PESOS M/CTE x.x.x.

x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00233515

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

NELLY MARCELA ORJUELA ABRIL 1,106,363,11

DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL VEINTIUN PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.

x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 2,282,021.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 2,282,021.00

CONCEPTO:

NOMINA AUX. ENFERMERIA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1863

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	2,497,931.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	2,282,021.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	95,960.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	95,960.00	Aportes a seguridad social en salud
242404	0.00	23,990.00	Sindicatos
SUMAS IGUALES	2,497,931.00	2,497,931.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233515

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: nellyOctubre
Secuencia: O
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:33:24
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $2,282,021.00	**Valor Registros Procesados:** $2,282,021.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41373938929	Ahorros	1106363119	NELLYORJUELA	2,282,021.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

Hospital SUMAPAZ E.S.E.
ICONOZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 012/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: NELLY MARCELA ORJUELA ABRIL **CC 1106363119**
CARGO: AUXILIAR ÁREA SALUD (AUXILIAR ENFERME **SUELDO BASICO** **$ 2,399,000**
CODIGO: 412-08

	DEVENG.	**DESCTOS**	
SUELDO MES-	**$ 2,399,000**	$ -	
BON. SERV. PRESTADOS	$ -	$ -	**LIQUIDO A PAGAR**
SUB.ALIMENT-	$ 98,931	$ -	**$ 2,282,021**
SALUD 4%-SALUD TOTAL	$ -	$ 95,960	
PENSION.4%PORVENIR	$ -	$ 95,960	
SINDICATO	$ -	$ 23,990	
FONDO SOLIDARIDAD 1%	$ -	$ -	
TURNO	$ -		
TOTALES	**$ 2,497,931**	**$ 215,910**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE
INGRESA 1 agosto de 2016

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

Octubre de 2025

VACACIONES DISFRUTADAS Y PAGADAS DEL 01 AL 18 DE FEBRERO DE 2025

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 841

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101	Sueldo Básico	2,497,931.00

VALOR 2,497,931.00

OBJETO: LIQUIDACION NOMINA AUX ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

233224

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1390

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CC
11063631 INELLY MARCELA ORJUELA ABRIL
OBJETC LIQUIDACION NOMINA AUX ENFERMERIA MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
841 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 2,497,931.00
DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233225

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1863

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

1106363119 NELLY MARCELA ORJUELA ABRIL

CONCEPTO: VALOR $ 2,497,931.00

NOMINA AUX. ENFERMERIA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/841 Sueldo Básico	2,497,931.00
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	2,497,931.00
730103	251101	/
SUMAS IGUALES		2,497,931.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233514

12 11 2025 3,733,360.00

JUAN DAVID OSSA RUEDA

TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS

x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS No00233524

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

JUAN DAVID OSSA RUEDA 1,054,988,24

TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE x.

x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 3,733,360.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 3,733,360.00

CONCEPTO:

NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1867

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	4,058,000.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	3,733,360.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	162,320.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	162,320.00	Aportes a seguridad social en salud
SUMAS IGUALES	4,058,000.00	4,058,000.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233524

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: ossaOctubre
Secuencia: C
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:33:38
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $3,733,360.00	**Valor Registros Procesados:** $3,733,360.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
91277545255	Ahorros	1054988241	juandavidossarueda	3,733,360.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

Hospital SUMAPAZ E.S.E.
ICONONZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 013/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: JUAN DAVID OSSA RUEDA CC **1,054,988,241**
CARGO: MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO **SUELDO BASICO** **$ 4,058,000**
CODIGO: 217-03
PLAZA 474M- 73352007950113

	DEVENG.	DESCTOS	
SUELDO MES-	$ 4,058,000	$ -	
BON. SERV. PRESTADOS	$ -	$ -	**LIQUIDO A PAGAR**
SUB.ALIMENT-	$ -	$ -	**$ 3,733,360**
SALUD 4% NUEVA EPS	$ -	$ 162,320	
PENSION.4% COLPENSIONES	$ -	$ 162,320	
RETEFUENTE	$ -	$ -	
FONDO SOLIDARIDAD 1%	$ -	$ -	
TOTALES	**$ 4,058,000**	**$ 324,640**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

INGRESA 30 DE ENERO DE 2025 A 29 DE ENERO DE 2026
PLAZA 325M- 7335200795011-1

Octubre de 2025

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 842

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101 Sueldo Básico 4,058,000.00

VALOR 4,058,000.00

OBJETO: LIQUIDACION NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

233226

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1391

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CO
105498824JUAN DAVID OSSA RUEDA

OBJETC LIQUIDACION NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
842 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 4,058,000.00

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233227

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1867

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

1054988241 JUAN DAVID OSSA RUEDA

CONCEPTO: VALOR $ 4,058,000.00

NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/842 Sueldo Básico	4,058,000.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	4,058,000.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		4,058,000.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233523

12 11 2025 3,733,360.00

LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENCA

TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS

x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS No00233517

LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENC1,005,755,20

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE x.
x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 3,733,360.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 3,733,360.00

CONCEPTO:

NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1864

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	4,058,000.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	3,733,360.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	162,320.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	162,320.00	Aportes a seguridad social en salud
SUMAS IGUALES	4,058,000.00	4,058,000.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233517

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: luanaOctubre
Secuencia: M
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:33:51
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $3,733,360.00	**Valor Registros Procesados:** $3,733,360.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000003174785196	Ahorros	1005755209	luanaMatulevhicneq	3,733,360.00	NEQUI	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

Hospital SUMAPAZ E.S.E.
ICONONZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 016/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: LUANA MATULEVICH CUENTA CC **1,005,755,209**
CARGO: MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO **SUELDO BASICO** **$ 4,058,000**
CODIGO: 217-03
PLAZA 474M- 73352007950113

	DEVENG.	DESCTOS	
SUELDO MES-	$ 4,058,000	$ -	
BON. SERV. PRESTADOS	$ -	$ -	**LIQUIDO A PAGAR**
SUB.ALIMENT-	$ -	$ -	**$ 3,733,361**
SALUD 4% NUEVA EPS	$ -	$ 162,320	
PENSION.4% PORVENIR	$ -	$ 162,320	
RETEFUENTE	$ -	$ -	
FONDO SOLIDARIDAD 1%	$ -	$ -	
TOTALES	**$ 4,058,000**	**$ 324,640**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

INGRESA 25 DE FEBRERO de 2025 A 24 DE FEBRERO DE 2026
PLAZA 474M- 7335200795011-3
RESOL 39 DE FEBRERO 25 DE 2025

Octubre de 2025

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1393

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CO
10057552LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENCA
OBJETC LIQUIDACION NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
844 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 4,058,000.00

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233231

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 843

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101	Sueldo Básico	4,058,000.00

VALOR 4,058,000.00

OBJETO: LIQUIDACION NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

233228

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1864

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

1005755209 LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENCA

CONCEPTO: VALOR $ 4,058,000.00

NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/844 Sueldo Básico	4,058,000.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	4,058,000.00
730103	251101	/
SUMAS IGUALES		4,058,000.00

Vo:Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233516

12 11 2025 3,733,361.00

OMAR ENRIQUE BETANCOURT PACHECO

TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00233520

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

OMAR ENRIQUE BETANCOURT PACHECO 4,960,493

TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 3,733,361.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 3,733,361.00

CONCEPTO:

NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1865

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	4,058,000.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	3,733,361.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	162,320.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	162,319.00	Aportes a seguridad social en salud
SUMAS IGUALES	4,058,000.00	4,058,000.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233520

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: omarbetancourtOctubr
Secuencia: K
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:34:03
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $3,733,361.00	**Valor Registros Procesados:** $3,733,361.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
05200018917	Ahorros	5004960493	omarbetancourtmsso	3,733,361.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

Hospital
SUMAPAZ E.S.E.
ICONONZO - TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

NOMINA No. 015/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: OMAR ENRIQUE BETANCOURTH PPT **4,960,493**
CARGO: MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO **SUELDO BASICO** **$ 4,058,000**
CODIGO: 217-03
PLAZA 474M- 7335200795011 6

	DEVENG.	DESCTOS	
SUELDO MES-	$ 4,058,000	$ -	
BON. SERV. PRESTADOS	$ -	$ -	**LIQUIDO A PAGAR**
SUB.ÁLIMENT-	$ -	$ -	**$ 3,733,361**
SALUD 4% NUEVA EPS	$ -	$ 162,320	
PENSION.4% PORVENIR	$ -	$ 162,320	
RETEFUENTE	$ -	$ -	
FONDO SOLIDARIDAD 1%	$ -	$ -	
TOTALES	**$ 4,058,000**	**$ 324,640**	

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

INGRESA 01 Noviembre de 2024 A 31 DE OCTUBRE 2025
PLAZA 474M- 7335200795011-6
RESOL 117 DE NOVIEMBRE 01 DE 2024

Octubre de 2025

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1392

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CO
4960493 OMAR ENRIQUE BETANCOURT PACHECO
OBJETC LIQUIDACION NIMONA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
843 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 4,058,000.00
DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233229

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 844

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101 Sueldo Básico 4,058,000.00

VALOR 4,058,000.00

OBJETO: L.IQUIDACION NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

233230

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1865

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

4960493 OMAR ENRIQUE BETANCOURT PACHECO

CONCEPTO: VALOR $ 4,058,000.00

NOMINA MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/843 Sueldo Básico	4,058,000.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	4,058,000.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		4,058,000.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233519

12 11 2025 2,600,573.00

JAIRO ALBERTO SEHUANES MERCADO

DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE x.
x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00233522

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

JAIRO ALBERTO SEHUANES MERCADO 73,572,033

DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.
x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 2,600,573.00

RETEFUENTE _____
OTROS _____

NETO A PAGAR $ 2,600,573.00

CONCEPTO:

NOMINA BACTERIOLOGO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1866

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	4,218,000.00	0.00	Nómina por pagar
11100603	0.00	2,600,573.00	Bancolombia Cta 0817
242401	0.00	168,720.00	Aportes a fondos pensionales
242402	0.00	168,720.00	Aportes a seguridad social en salud
242407	0.00	1,237,807.00	Libranzas
242404	0.00	42,180.00	Sindicatos
SUMAS IGUALES	4,218,000.00	4,218,000.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233522

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: sehuanesOctubre
Secuencia: A
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:34:11
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $2,600,573.00	**Valor Registros Procesados:** $2,600,573.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NUMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41337672351	Ahorros	73572033	JAIROSEHUANES	2,600,573.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

NOMINA No. 011/2025

Que manifiesta el servicio prestado sueldo devengado por el empleado durante el periodo del 01/10/2025 A 31/10/2025

NOMBRE: JAIRO ALBERTO SEHUANES **CC 73572033**
CARGO: PROFESIONAL AREA DE LA SALUD-BACTERIOLOGO **SUELDO BASICO** **$ 4.218.000**
CODIGO: 237-05

	DEVENG.	DESCTOS		
SUELDO MES-	$ 4.218.000	$ -		
BON. SERV. PRESTADOS	$ -	$ -	LIQUIDO A PAGAR	
SUB.ALIMENT-	$ -	$ -	$	2.600.573
SALUD 4%-SALUD TOTAL	$ -	$ 168.720		
PENSION.4% PORVENIR	$ -	$ 168.720		
DESC BANCOLOM (ULTIMA FEB 2030)	$ -	$ 1.237.807		
SINDICATO 1%	$ -	$ 42.180		
TOTALES	**$ 4.218.000**	**$ 1.617.427**		

Los suscritos hacen constar que el personal figurado en la presente nómina prestó sus servicios durante el tiempo expresado

SANDRA LILIANA URQUIJO AREVALO
Gerente Hospital Sumapaz ESE

NANCY ROCIO VILLAR FORERO
Profesional Universitario

INGRESA JUNIO 18 DE 2015

Octubre de 2025

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 840

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100101	Sueldo Básico	4,218,000.00

VALOR 4,218,000.00

OBJETO: LIQUIDACION NOMINA BACTERIOLOGO MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

233222

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1389

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CO
73572033 JAIRO ALBERTO SEHUANES MERCADO
OBJETC LIQUIDACION NOMINA BACTERIOLOGO MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
840 241010100101 Sueldo Básico

VALOR $ 4,218,000.00

DADO A LOS:31 DIAS DEL MES DEOCTUBRE DEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233223

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1866

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

73572033 JAIRO ALBERTO SEHUANES MERCADO

CONCEPTO: VALOR $ 4,218,000.00

NOMINA BACTERIOLOGO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100101	PLANTA DE PERSONAL/840 Sueldo Básico	4,218,000.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	4,218,000.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		4,218,000.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233521

27 11 2025 594,410.00

JUAN DAVID OSSA RUEDA

QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE x.x.x.

x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

COMPROBANTE DE EGRESOS No00235976

DEBE A:

FECHANOVIEMBRE 27 DEL 2025

JUAN DAVID OSSA RUEDA 1,054,988,24

QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.

x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 594,410.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 594,410.00

CONCEPTO:

ADICIONALES MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41384225274 NC1901

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	594,410.00	0.00	Nómina por pagar
11100639	0.00	594,410.00	BANCOLOMBIA 41384225274 MONOPOLIO 2025
SUMAS IGUALES	594,410.00	594,410.00	

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00235976

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: adicionalesOssaoctub
Secuencia: D
Número de cuenta a debitar: 41384225274

Fecha: 01-12-2025 **Hora:** 06:36:13
Fecha de Generación: 01-12-2025

Fecha de envío del pago: 27-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 27-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $594,410.00	**Valor Registros Procesados:** $594,410.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
91277545255	Ahorros	1054988241	juandavidossarueda	594,410.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	27-11-2025

LIQUIDACIÓN DR. JUAN DAVID OSSA						
FECHA DE INICIO: 30 DE ENERO DE 2025					SUELDO 2025	$ 4.058.000
FECHA DE TERMINACIÓN: 29 DE ENERO DE 2026					V/HORA	$ 21.135
					HORAS MES	192

HORAS ADICIONALES

MES	TOTAL HORAS	ADICIONALES	VALOR HORA ADICIONAL	TOTAL HORA ADICIONAL
ENERO	0	0	$ 21.135	$ -
FEBRERO	176	0	$ 21.135	$ -
MARZO	168	0	$ 21.135	$ -
ABRIL	157	0	$ 21.135	$ -
MAYO	176	0	$ 21.135	$ -
JUNIO	162	0	$ 21.135	$ -
JULIO	192	0	$ 21.135	$ -
AGOSTO	180	0	$ 21.135	$ -
SEPTIEMBRE	186	0	$ 21.135	$ -
OCTUBRE	206	14	$ 21.135	$ 295.896
NOVIEMBRE	0	0	$ 21.135	$ -
DICIEMBRE	0	0	$ 21.135	$ -
ENERO	0	0	$ 21.135	$ -
				$ 295.896

REMISIONES

ITEM	FECHA	NOMBRE PACIENTE	ESPECIALIDAD	VALOR GASTOS DE VIAJE
1	5/10/2025	EDWIN BEJARANO	IAM	$ 70.000
2	9/10/2025	MAGALY CUELLAS	IAM	$ 70.000
3				$ -
4				$ -
5				$ -
6				$ -
7				$ -
8				
9				
10				
TOTAL REMISIONES				$ 140.000

SEXOLÓGICOS, DOMICILIARIAS Y APOYO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ITEM	FECHA	DURACIÓN HORAS	VALOR HORA	VALOR TOTAL
1	4/10/2025	2,5	$ 21.135	$ 52.839
2	4/10/2025	1	$ 21.135	$ 21.135
3	18/10/2025	4	$ 21.135	$ 84.540
				$ 158.514

ADICIONALES CON RECARGO

ITEM	FECHA	DURACIÓN HORAS	VALOR HORA CON RECARGO	VALOR TOTAL
1			$ 32.000	$ -
2			$ 32.000	$ -
3			$ 32.000	$ -
4			$ 32.000	$ -
5			$ 32.000	$ -
				$ -

TOTAL ADICIONALES Y OTROS	Elaboró: Natalia Batte/Aux. Adtivo	Natalia Batte
$ 594.410	Revisó: Luis Alejandro Cruz/Contador	
	Aprobó: Sandra Urquijo/Gerente	

OCTUBRE DE 2025

Hospital SUMAPAZ E.S.E. IBONONZO-TOLIMA	REGISTRO DE DISPONIBILIDAD MÉDICO RURAL OCTUBRE 2025	Código: PGC-FRD-01	
		Fecha de elaboración: Marzo del 2021	
		Versión: 01	Página: 1

DR. JUAN DAVID OSSA RUEDA

FECHA	HORA DE INICIO	MOTIVO DEL LLAMADO	NOMBRE DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICO	HORA DE FINALIZACIÒN
TRASLADOS EN AMBULANCIA Y DISPONIBILIDAD					
04/10/25	7:30	REMISION RURAL DISPERSO VEREDA EL MESON	ALFONSO MARINEZ	CONSULTA MEDICO GENERAL	10:07
04/10/25	15:00	CERTIFICADO DE DÉFUNCION	NOHELIA VANEGA	CERTIFICADO DE DEFUNSION	16:00
05/10/25	10:09	SAN RAFAEL ESPINAL	EDWIN ALEXANDER BEJARANO	HEMONEUMOTORAX TRAUMATICO	13:40
09/10/25	12:38	CLINICA UMIT IBAGUE	MAGALY CUELLAR	SOSPECHA IAM	5:54
18/10/25	6:15	RECONOCIMIENTO CUERPO+ CERTIFICADO DE DEFUNCION VEREDA LA FILA	ROSA RICO SANMIGUEL	RECONOCIMIENTO CUERPO+ CERTIFICADO DE DEFUNCION VEREDA LA FILA	1015

Carrera 7 No. 8 –87
celular 3115001781
e-mail: hospitalsumapaz@hotmail.com
http://www. hospitalsumapaz.gov.co

Dr. Juan David Ossa R.
Médico General
R.M 1054988241
Universidad de Manizales

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 906

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100102 Horas Extras, dominicales, festivos y recargos 594,410.00

VALOR 594,410.00

OBJETO: ADICIONALES MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:27 DIAS DEL MES DENOVIEMBRDEL 2025

235973

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1478

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CC 105498824JUAN DAVID OSSA RUEDA

OBJETC ADICIONALES MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :

906 241010100102 Horas Extras, dominicales, festivos y recargos

VALOR $ 594,410.00

DADO A LOS:27 DIAS DEL MES DENOVIEMBRDEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

235974

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1901

A

FECHA NOVIEMBRE 27 DEL 2025

1054988241 JUAN DAVID OSSA RUEDA

CONCEPTO:

VALOR $ 594,410.00

ADICIONALES MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100102	PLANTA DE PERSONAL/906 Horas Extras, dominicales, festivos y recargos	594,410.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	594,410.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		594,410.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 235975

27 11 2025 894,000.00

LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENCA

OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.

*****

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00236030

FECHANOVIEMBRE 27 DEL 2025

LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENC.1,005,755,20

OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

*****

DESCUENTOS 894,000.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 894,000.00

CONCEPTO:

ADICIONALES MEDICO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41384225274 NC1920

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
251101	894,000.00	0.00	Nómina por pagar
11100639	0.00	894,000.00	BANCOLOMBIA 41384225274 MONOPOLIO 2025
SUMAS IGUALES	894,000.00	894,000.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00236030

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: adicionalesLuanaOctu
Secuencia: A
Número de cuenta a debitar: 41384225274

Fecha: 01-12-2025 **Hora:** 06:36:39
Fecha de Generación: 01-12-2025

Fecha de envío del pago: 27-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 27-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $894,000.00	**Valor Registros Procesados:** $894,000.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000003174785196	Ahorros	1005755209	luanaMatulevhicneq	894,000.00	NEQUI	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	27-11-2025

LIQUIDACIÓN DRA. LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENCA

FECHA DE INICIO: 25 DE FEBRERO DE 2025

FECHA DE TERMINACIÓN: 24 DE FEBRERO DE 2026

SUELDO 2025	$ 4.058.000
V/HORA	$ 21.135
HORAS MES	192

HORAS ADICIONALES

MES	TOTAL HORAS	ADICIONALES	VALOR HORA ADICIONAL	TOTAL HORA ADICIONAL
FEBRERO	20	0	$ 21.135	$ -
MARZO	180	0	$ 21.135	$ -
ABRIL	172	0	$ 21.135	$ -
MAYO	191	0	$ 21.135	$ -
JUNIO	176	0	$ 21.135	$ -
JULIO	186	0	$ 21.135	$ -
AGOSTO	166	0	$ 21.135	$ -
SEPTIEMBRE	186	0	$ 21.135	$ -
OCTUBRE	186	0	$ 21.135	$ -
NOVIEMBRE	0	0	$ 21.135	$ -
DICIEMBRE	0	0	$ 21.135	$ -
ENERO	0	0	$ 21.135	$ -
FEBRERO	0	0	$ 21.135	$ -
				$ -

REMISIONES

ITEM	FECHA	NOMBRE PACIENTE	ESPECIALIDAD	VALOR GASTOS DE VIAJE
1	3/10/2025	JUAN CRISTANCHO	TRAUMA	$ 70.000
2	11/10/2025	JESUS ORTIZ	TRAUMA	$ 70.000
3	13/10/2025	HEIDY MONROY	CODIGO	$ 70.000
4	25/10/2025	JOSE RODRIGUEZ	CODIGO	$ 70.000
5	29/10/2025	FLORINDA DE GUTIER	IAMCEST	$ 70.000
6				$ -
7				$ -
8				
9				
10				
TOTAL REMISIONES				$ 350.000

SEXOLÓGICOS, DOMICILIARIAS Y APOYO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ITEM	FECHA	DURACIÓN HORAS	VALOR HORA	VALOR TOTAL
1			$ 21.135	$ -
2				$ -
3				$ -
				$ -

ADICIONALES CON RECARGO

ITEM	FECHA	DURACIÓN HORAS	VALOR HORA CON RECARGO	VALOR TOTAL
1	13/10/2025	3	$ 32.000	$ 96.000
2	15/10/2025	14	$ 32.000	$ 448.000
3			$ 32.000	$ -
4			$ 32.000	$ -
5			$ 32.000	$ -
				$ 544.000

TOTAL ADICIONALES Y OTROS		
$ 894.000	Elaboró: Natalia Batte/Aux. Adtivo	Natalia Batte C
	Revisó: Luis Alejandro Cruz/Contador	
	Aprobó: Sandra Urquijo/Gerente	

OCTUBRE DE 2025

SEPTIEMBRE				
FECHA	PACIENTE	DX	SALIDA	LLEGADA
03/10/2025	JUAN MANUEL CRISTANCHO RINCON	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	23+54	6+30
11/10/2025	JESUS ANTONIO ORTIZ MOLINA	TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO	11+08	14+55
13/10/2025	HEIDY JOHANA MONRROY	EMERGENCIA HIPERTENSIVA CON DAÑO A ORGANO BLANCO (PULMON)	1+03	6+00
13/10/2025	URGENCIAS 21 HRS	DE ESTE TURNO SOLO SERIAN (3) HORAS PAGAS , RESTANDO LAS 18 HORAS QUE DEBIA DEL PERMISO	10+00	7+00 DEL 14/10/2025
15/10/2025	URGENCIAS 24 HRS	(14) HORAS ADICIONALES / RESTANDO LAS 10 HORAS DE JORNADA LABORAL DIARIA	7+00	7+00 DEL 16/10/2025
25/10/2025	JOS EGREGORIO RODRIGUEZ	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA + EDEMA PULMONAR SEVERO+DERRAME PLEURAL IZQ MASIVO	2+00	8+17
29/10/2025	FLORINDA DE GUTIERREZ	IAMCEST	17+55	24+00

Luana matuleviči

[illegible] NIT. [illegible]
[illegible]
PROFESIÓN DE CORRESPONDENCIA
No. 1719 04 NOV 2025 FOLIOS: 01
ÁREA QUE PRESENTE: 6 enero
RECIBIDO: 3, Bmm, 14 am, 10, 04

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero: 825

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el añ2025 :

241010100102	Horas Extras, dominicales, festivos y recargos	894,000.00

VALOR 894,000.00

OBJETO: LIQUIDACION DRA. LUANA MATULEVICH MES DE OCTUBRE 2025

EXPEDIDO A:GERENCIA

DADO A LOS:04 DIAS DEL MES DENOVIEMBRDEL 2025

233007

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 1367

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

CERTIFICA

QUE EN LA FECHA SE PROCEDIO AL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO ADQUIRIDO CO
10057552CLUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENCA
OBJETC LIQUIDACION DRA. LUANA MATULEVICH MES DE OCTUBRE 2025

POR LO CUAL SE VERIFICO LO SIGUIENTE:
Que existe a la fecha disponibilidad presupuestal por los siguientes Rubros para el ai2025 :
825 241010100102 Horas Extras, dominicales, festivos y recargos

VALOR $ 894,000.00
DADO A LOS:04 DIAS DEL MES DENOVIEMBRDEL 2025

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

233008

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1920

A

FECHA NOVIEMBI27 DEL2025

1005755209 LUANA KSCHESSINSKA MATULEVICH CUENCA

CONCEPTO: VALOR $ 894,000.00

ADICIONALES MEDICO SOCIAL OBLIGATORIO MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

241010100102	PLANTA DE PERSONAL/825 Horas Extras, dominicales, festivos y recargos	894,000.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
510101	251101	894,000.00
730103	251101	
SUMAS IGUALES		894,000.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 236029

14 11 2025 5,160,096.00

LEWIS LEONARDO GALINDO INFANTE

CINCO MILLONES CIENTO SESENTA MIL NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE x.x.x.x.
x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
TESORERIA GENERAL

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00233417

DEBE A:

FECHANOVIEMBRE 14 DEL 2025

LEWIS LEONARDO GALINDO INFANTE 77,092,221

CINCO MILLONES CIENTO SESENTA MIL NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.
x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 5,160,096.00

RETEFUENTE _____
OTROS _____

NETO A PAGAR $ 5,160,096.00

CONCEPTO:

HONORARIOS MEDICO GENERAL URGENCIAS CONTRATO 131 MES OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1822

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
249054	5,160,096.00	0.00	Honorarios
11100603	0.00	5,160,096.00	Bancolombia Cta 0817
SUMAS IGUALES	5,160,096.00	5,160,096.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233417

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: lewisOct
Secuencia: n
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:40:58
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $5,160,096.00	**Valor Registros Procesados:** $5,160,096.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41393480678	Ahorros	77092221	lewisGalindoinfant	5,160,096.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA No. 04

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS COMO NO RESPONSABLES DE IVA)

FECHA DE ELABORACIÓN			NÚMERO CONTRATO	FECHA CONTRATO	PLAZO
DD	MM	AAAA			
28	10	2025	131	5/07/2025	119 DIAS

PERÍODO COBRADO					
DESDE			HASTA		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
1	10	2025	31	10	2025

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
LEWIS LEONARD GALINDO INFANTE	77.092.221

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NÚMERO	DV
HOSPITAL SUMAPAZ ESE	NIT	890.702.190	3

FECHA	CONCEPTO	VALOR TOTAL
28/10/2025	Vr: Servicios prestados en la ejecución del Contrato de Prestación de servicios No. 131 deL 05 de Julio 2025, actividad que se llevó a cabo durante el mes de OCTUBRE de 2025, según informe el cual se adjunta.	$ 5.472.000,00

Lewis L Galindo Infante.

FIRMA DEL CONTRATISTA

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012

- Recibido sin OK
- Días mora 10
- Pte firma supervisor

NIT 890.702.190-3
CORRESPONDENCIA
No. RADICADO: 1134 06 NOV 2025 TIPO PETICIÓN:
ÁREA QUE PRESENTE: GESTION
RECIBE: J. Arana Hora: 3p

Hospital SUMAPAZ E.S.E. ICONONZO - TOLIMA NIT. 890.702.190-3	HOSPITAL SUMAPAZ ESE ICONONZO TOLIMA	CODIGO:
	MACROPROCESO: CONTRATACION DE BIENES Y SERVICIOS3	VERSIÓN: 01
	INFORME DE SUPERVISION - CONTRATO No. 131 DEL 05 DE JULIO DE 2025 ANEXO 1 - INFORME DETALLADO DE EJECUCION DE ACTIVIDADES – fecha: 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2025 LEWIS LEONARD GALINDO INFANTE	**MÉDICO GENERAL**

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Coordinar al personal profesional de servicio social obligatorio y área de urgencias y hospitalización con que cuenta la entidad. 2. Practicar exámenes de medicina general basados en la clínica médica, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que debe seguirse, para la recuperación de la enfermedad o la urgencia que afecta al usuario. 3. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayudar a definir el diagnóstico y/o el manejo de los usuarios, según el caso. 4. Formular, dosificar y ordenar el suministro de medicamentos de manera pertinente. 5. Realizar intervenciones de pequeña cirugía o ayudantía quirúrgica general a pacientes de urgencias, hospitalizados o ambulatorios, colaborando en ellas de acuerdo al nivel 1 baja complejidad, para garantizar la vida del usuario conforme a los recursos que el Hospital ponga a su disposición. 6. Realizar control médico periódico de manera pertinente a los usuarios en observación, para corregir tratamiento y definir su recuperación, desde su ingreso antes de ser Hospitalizado. 7. Reportar a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población evitando la propagación o contaminación ambiental. 8. Remitir los usuarios de mayor complejidad a los médicos especialistas que se requieran, conforme a las directrices de referencia y contra referencia que establece la norma. 9. Participar en la elaboración y desarrollo de programas de promoción y prevención para mejorar la salud de la comunidad. 10. Reportar oportunamente al superior inmediato las anomalías en la prestación del servicio proponiendo alternativas de solución para mejorarlo y garantizar la satisfacción de los usuarios. 11. Participar en investigaciones de tipo aplicado a sus conocimientos y funciones para tratar de esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad del área de influencia. 12. Adoptar y mantener la relación de coordinación del servicio cuando el nivel jerárquico o superior competente en la institución esté ausente, garantizando una eficaz prestación de los servicios de salud los cuales contribuyan a salvar la vida de los usuarios. 13. Velar por la consecución oportuna de los recursos necesarios, por la racional utilización de los disponibles y custodia de los demás bienes a su cargo, manteniendo el servicio habilitado para la	Durante el mes de OCTUBRE de 2025, realicé las siguientes actividades: Atención de usuarios en el servicio de urgencias y hospitalización Atención de maternas en el servicio de urgencias Apoyo a médicos rurales Ordenes de remisiones a mayor nivel de complejidad Suturas de heridas en sala de curaciones Colocación de yesos en sala de curaciones Atención partos Realización de triage y su clasificación Las demás actividades propias y relacionadas con el nivel asistencial en el servicio de urgencias de la ESE HOSPITAL SUMAPAZ.		Cuadro de turnos Jefe de servicio de urgencias Profesional Universitario Software e-salud	

atención oportuna y debida del usuario. 14. Formar parte de todos y cada uno de los comités institucionales de la ESE Hospital Sumapaz, con el fin de coordinar y aportar desde sus conocimientos., 15. Asistir a las diferentes actividades intra y extramurales que desarrolle la ESE Hospital Sumpaz 16. Apoyar la realización de valoraciones, atenciones y demás actividades de medicina legal. 17. Todas las demás actividades relacionadas con el objeto contractual y programado por la gerencia de la entidad. 18. Acatar la coordinación y programación de turnos entregadas por el supervisor. 19. Realizar entrega de turno al profesional encargado, informando todo lo relacionado al estado de salud de los pacientes. 20. Entregar y recibir en el horario estipulado (07:00 am) y/o (07:00 pm) dependiendo el turno. 21. Realizar retroalimentación y actualización de los lineamientos, guías, protocolos y demás emitidos tanto por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL como por la SECRETARÍA DE SALUD DEL TOLIMA y otros.				

CONCLUSIONES:

Cumplimiento a satisfacción del acto contractual según CUARTO informe, con sus respectivos soportes en __ cuadernillo de ___folios y ___ CD.

LEWIS LEONARD GALINDO INFANTE
CONTRATISTA

DORIS GUAYARA HERRÁN
SUPERVISORA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 77092221		GALINDO INFANTE LEWIS LEONARD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 b # 16-22 BARRIO PONTEVEDRA.	VALLEDUPAR-CESAR	3015452815	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1857419006	9493257916	I	2025/10/06	2025/10/16	NEQUI	10	$2,006,500

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,243,200	$1,061,600			$6,243,200	$780,400			$0	$0			$6,243,200	$152,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,243,200	$1,061,600			$6,243,200	$780,400			$0	$0			$6,243,200	$152,100		$0	$0
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)					$6,243,200	$1,061,600			$6,243,200	$780,400			$0	$0			$6,243,200	$152,100		$0	$0
1	CC	77092221	GALINDO LEWIS	230301	30	$6,243,200	$1,061,600	EPS002	30	$6,243,200	$780,400	0		$0	$0	14-11	30	$6,243,200	$152,100	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$6,243,200	$1,061,600			$6,243,200	$780,400			$0	$0			$6,243,200	$152,100		$0	$0

2025/10/16 02:49 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 77092221		GALINDO INFANTE LEWIS LEONARD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 b # 16-22 BARRIO PONTEVEDRA.	VALLEDUPAR-CESAR	3015452815	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1857419006	9493257916	I	2025/10/06	2025/10/16	NEQUI	10	$2,006,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,061,600	$6,600	$0	$1,068,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,061,600	$6,600	$0	$1,068,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$152,100	$1,000	$0	$153,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$152,100	$1,000	$0	$153,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$780,400	$4,800	$0	$785,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$780,400	$4,800	$0	$785,200
TOTAL				1	$1,994,100	$12,400	$0	$2,006,500

2025/10/16 02:49 PM

Hospital SUMAPAZ E.S.E.	HOSPITAL SUMAPA E.S.E DE ICONONZO - TOLIMA	
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	
	INFORME DE SUPERVISION	

INFORME NÚMERO:	4	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	28/10/2025		

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO:	131	FECHA INICIO CONTRATO: (dd/mm/aa)	05/07/2025
CONTRATISTA O COOPERANTE:		LEWIS LEONARD GALINDO INFANTE		NIT:	77.092.221
VALOR INICIAL:		$ 20.000.000,00		PLAZO INICIAL:	119
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		518 DEL 05 DE JULIO 2025		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario):	829 DEL 05 DE JULIO 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		DORIS GUAYARA HERRAN		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	CONTRATO N°131 DEL 05 DE JULIO 2025 CLAUSULA OCTAVA
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		hsi@hospitalsumapazicononzo.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		5/07/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	5/07/2025

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN

CONTRATISTA CEDENTE	N/A	NIT:	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	NIT:	N/A

1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN (BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA)

CONCEPTO DEL PRESENTE PAGO (Marque con		BENEFICIARIO Y NIT DEL PRESENTE PAGO	ACTO ADMINISTRATIVO O
PAGO GASTOS DE COMISIÓN	N/A	N/A	N/A
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y	N/A	N/A	N/A
PAGO DE LA OPERACIÓN	N/A	N/A	N/A
OTROS:	N/A	N/A	N/A

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL (SI APLICA (Adicione filas si es necesario)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT:	POCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

2. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACION (SI APLICA)

2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS, OTROSI, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica)
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSI O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A

2.3 ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)		FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A

3. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE	NO	SEGUN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR :		N/A
ENTIDAD PÚBLICA: (Marque	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:		PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		01-10-2025 al 31-10-2025	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	ICONONZO

COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)	N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa)	N/A

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el período que			
PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	94932579164	MES DE COTIZACIÓN:	SEPTIEMBRE
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	N/A	MES DE COTIZACIÓN:	N/A

SI EL CONTRATISTA (persona natural) NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE			
ES PENSIONADO:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		N/A
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y	N/A		N/A

4. INFORMACIÓN CONTABLE			
4.1 INFORMACIÓN CONTABLE PARA CONTRATOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO			
NOMBRE DE LA OBRA:	N/A	VÍA DE SEGUNDO ORDEN:	
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	$ -
	CONSTRUCCIÓN	VALOR	$ -
	MANTENIMIENTO	VALOR	$ -

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)		
CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	$ -	N/A
EDIFICACIÓN	$ -	N/A
MEJORAS	$ -	N/A
OTROS	$ -	N/A

4.4 VALOR PRESENTE PAGO	
VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	$ 5.472.000,00
(-) VALOR AMORTIZACIÓN ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$ 5.472.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	$ 5.472.000,00

4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO (Adicionar filas cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 20.000.000,00	[redacted]
ADICIONES O DISMINUCIONES		
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO	[redacted]	$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ 13.824.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 5.472.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 704.000,00
SUMAS IGUALES	$ 20.000.000,00	$ 20.000.000,00

4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE (Si hay más de un cooperante agregar balances por cada uno de ellos)		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ -	[redacted]
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	$ -	
ANTICIPO CANCELADO	[redacted]	$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR PRESENTE PAGO		$ -
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGÚN MINUTA CONTRATO O SECOP O CESION		
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
NEQUI	AHORROS	3015452815

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:
Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.
NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) DORIS GUAYARA HERRAN
FIRMA(s):

NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGÚN ÍTEM NO APLIQUE SE DEBE REGISTRAR "N/A" EN LOS

Icononzo noviembre 04 del 2025

Señores:
HOSPITAL SUMAPAZ ESE

ASUNTO: CERTIFICADO PAZ Y SALVO

Por medio de la presente, hago constar que el señor LEWIS LEONARD GALINDO, identificado CC. 77.092.221 expedida en VALLEDUPAR CESAR, en su calidad de MEDICO, se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de Medicamentos, en el área de farmacia en el proceso realizado durante el mes de OCTUBRE 2025

Cordialmente,

Jennyfer Cruz M.
REGENTE DE FARMACIA
CC 1106363088
Universidad del Tolima
JENNYFER CRUZ MORENO
REGENTE DE FARMACIA

Hospital
SUMAPAZ E.S.E
ICONONZO-TOLIMA

77.092.221		LEWIS GALINDO		
FC	**FECHA**	**BASE**	**IVA**	**TOTAL**
4	28/10/2025	5.472.000	-	5.472.000
TOTAL FACTURAS		**$ 5.472.000**	**$ -**	**$ 5.472.000**
DESCUENTOS				
tampilla 1% PRO CULTUI		$		54.720
tampilla 4% PRO ANCIAI		$		218.880
Reteica 7/1000		$		38.304
RETEFUNTE 2.5%				
Reteiva		$		-
Comisión banco				
TOTAL DESCUENTO		**$**		**311.904**
TOTAL A PAGAR		**$**		**5.160.096**

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1822

A

FECHA NOVIEMBI14 DEL2025

77092221 LEWIS LEONARDO GALINDO INFANTE

CONCEPTO: VALOR $ 5,472,000.00

HONORARIOS MEDICO GENERAL EMERGENCIAS CONTR. 131 MES OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

2450209002	ADQUISICION DE SER/518 Honorarios Asistenciales		5,472,000.00
ESTAMPILLA PROANCIANO		218,880.00	
ESTAMPILLA PROCULTURA		54,720.00	
RETEICA CCIO Y SERV 7*1000		38,304.00	

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
730102	249054	5,472,000.00
SUMAS IGUALES		5,160,096.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233416

12 11 2025 2,172,672.00

DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE

DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

COMPROBANTE DE EGRESOS No00233425

DEBE A:

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE 1,026,571,32

DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE x.x

.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 2,172,672.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 2,172,672.00

CONCEPTO:

HONORARIOS MEDICO GENERAL URGENCIAS CONTR. 193 MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1825

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
249054	2,172,672.00	0.00	Honorarios
11100603	0.00	2,172,672.00	Bancolombia Cta 0817
SUMAS IGUALES	2,172,672.00	2,172,672.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233425

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: diegoGuerreroOctubre
Secuencia: p
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:42:44
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $2,172,672.00	**Valor Registros Procesados:** $2,172,672.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000003224135060	Ahorros	1026571322	DIEGOGUERREROSINCH	2,172,672.00	NEQUI	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA No. 001

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS COMO NO RESPONSABLES DE IVA)

FECHA DE ELABORACIÓN			CONTRATO N°	FECHA CONTRATO	PLAZO
DD	MM	AAAA			
12	11	2025	193	18/10/2025	44 DIAS

PERÍODO COBRADO					
DESDE			HASTA		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
18	10	2025	31	10	2025

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE	1.026.571.322

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NÚMERO	DV
HOSPITAL SUMAPAZ ESE	NIT	890.702.190	3

FECHA	CONCEPTO	VALOR TOTAL
12/11/2025	Vr: Servicios prestados en la ejecución del Contrato de Prestación de servicios Profesionales N° 193 de 2025, actividad que se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el 18 al 31 de octubre de 2025, según informe el cual se adjunta.	$ 2.304.000,00

FIRMA DEL CONTRATISTA,

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012

- Reversado SS = OK ✓
- Días mora: ?
- Pte firma supervisor

Hospital SUMAPAZ E.S.E. ICONONZO - TOLIMA NIT. 890.702.190-3	HOSPITAL SUMAPAZ ESE ICONONZO TOLIMA	CODIGO:
	MACROPROCESO: CONTRATACION DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN: 01
	INFORME DE SUPERVISION - CONTRATO No. 193 DEL 18 DE OCTUBRE DE 2025 ANEXO 1 - INFORME DETALLADO DE EJECUCION DE ACTIVIDADES – fecha: 18 AL 31 DE OCTUBRE DE 2025 DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE	MÉDICO GENERAL

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Coordinar al personal profesional de servicio social obligatorio y área de urgencias y hospitalización con que cuenta la entidad. 2. Practicar exámenes de medicina general basados en la clínica médica, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que debe seguirse, para la recuperación de la enfermedad o la urgencia que afecta al usuario. 3. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayudar a definir el diagnóstico y/o el manejo de los usuarios, según el caso. 4. Formular, dosificar y ordenar el suministro de medicamentos de manera pertinente. 5. Realizar intervenciones de pequeña cirugía o ayudantia quirúrgica general a pacientes de urgencias, hospitalizados o ambulatorios, colaborando en ellas de acuerdo al nivel 1 baja complejidad, para garantizar la vida del usuario conforme a los recursos que el Hospital ponga a su disposición. 6. Realizar control médico periódico de manera pertinente a los usuarios en observación, para corregir tratamiento y definir su recuperación, desde su ingreso antes de ser Hospitalizado. 7. Reportar a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población evitando la propagación o contaminación ambiental. 8. Remitir los usuarios de mayor complejidad a los médicos especialistas que se requieran, conforme a las directrices de referencia y contra referencia que establece la norma. 9. Participar en la elaboración y desarrollo de programas de promoción y prevención para mejorar la salud de la comunidad. 10. Reportar oportunamente al superior inmediato las anomalías en la prestación del servicio proponiendo alternativas de solución para mejorarlo y garantizar la satisfacción de los usuarios. 11. Participar en investigaciones de tipo aplicado a sus conocimientos y funciones para tratar de esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad del área de influencia. 12. Adoptar y mantener la relación de coordinación del servicio cuando el nivel jerárquico o superior competente en la institución esté ausente, garantizando una eficaz prestación de los servicios de salud los cuales contribuyan a salvar la vida de los usuarios. 13. Velar por la consecución oportuna de los recursos necesarios, por la racional utilización de los disponibles y custodia de los demás bienes a su cargo, manteniendo el servicio habilitado para la	Durante el mes de OCTUBRE de 2025, realicé las siguientes actividades: Atención de usuarios en el servicio de urgencias y hospitalización Atención de maternas en el servicio de urgencias Apoyo a médicos rurales Ordenes de remisiones a mayor nivel de complejidad Suturas de heridas en sala de curaciones Colocación de yesos en sala de curaciones Atención partos Realización de triage y su clasificación Las demás actividades propias y relacionadas con el nivel asistencial en el servicio de urgencias de la ESE HOSPITAL SUMAPAZ.	Cuadro de turnos se anexa relación de pacientes atendidos Jefe de servicio de urgencias (JEFE DORIS GUAYARA) Profesional Universitario Software Historias clínicas (e-salud) Notas registradas en el sistema	Cuadro de turnos Jefe de servicio de urgencias Profesional Universitario Software Historias clínicas (e-salud/sihos)	

atención oportuna y debida del usuario. 14. Formar parte de todos y cada uno de los comités institucionales de la ESE Hospital Sumapaz, con el fin de coordinar y aportar desde sus conocimientos., 15. Asistir a las diferentes actividades intra y extramurales que desarrolle la ESE Hospital Sumpaz 16. Apoyar la realización de valoraciones, atenciones y demás actividades de medicina legal. 17. Todas las demás actividades relacionadas con el objeto contractual y programado por la gerencia de la entidad. 18.. Acatar la coordinación y programación de turnos entregadas por el supervisor. 19. Realizar entrega de turno al profesional encargado, informando todo lo relacionado al estado de salud de los pacientes.				

CONCLUSIONES:

Cumplimiento a satisfacción del acto contractual según primer informe, con sus respectivos soportes en __ cuadernillo de ___folios y ___ CD.

DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE
CONTRATISTA

DORIS GUAYARA HERRÁN
SUPERVISORA

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	1026571322	DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE		Calle 19 2a - 03	3224135060	diegomauricioguerrero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FACATATIVÁ		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	11/11/2025	91373420	$450.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	35	3.900	0	181.900	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
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	8002979390	227.800	0	0	0	0	35	5.000	0	232.800	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	34.700				34.700	35	800	35.500			347	35.500	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	35	0	0	0
ICBF				
0	35	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	178.000	181.900
Pensión	1	227.800	232.800
Riesgos Laborales	1	34.700	35.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	450.200

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
CC	1026571322	DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE		Calle 19 2a - 03	3224135060	diegomauricioguerrero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I -- Independiente			CUNDINAMARCA	FACATATIVÁ		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	11/11/2025	91373420	$450.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VIP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026571322	GUERRERO SINCHE DIEGO MAURICIO	57	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Hospital SUMAPAZ E.S.E.	HOSPITAL SUMAPA E.S.E DE ICONONZO - TOLIMA PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL INFORME DE SUPERVISION	

INFORME NÚMERO:	1	**FECHA DEL INFORME:** (dd/mm/aa)	**12/11/2025**

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	**NÚMERO:**	193	**FECHA INICIO CONTRATO:** (dd/mm/aa)	**12/11/2025**
CONTRATISTA O COOPERANTE:	DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE			**NIT:**	1026571322
VALOR INICIAL:	$ 9.984.000,00			**PLAZO INICIAL:**	44 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	791 del 18/10/2025			**RP(S) INICIAL / VIGENCIA:** (Adicione filas si es necesario)	1306 del 18/10/2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	DORIS GUAYARA HERRAN			**ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:**	193 del 18/10/2025 clausula octava
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	hsi@hospitalsumapaz.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	18/10/2025			**FECHA INICIACION:** (dd/mm/aa)	18/10/2025

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN

CONTRATISTA CEDENTE	N/A	**NIT:**	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	**NIT:**	N/A

1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN (BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA)

CONCEPTO DEL PRESENTE PAGO (Marque con		**BENEFICIARIO Y NIT DEL PRESENTE PAGO**	**ACTO ADMINISTRATIVO O**
PAGO GASTOS DE COMISIÓN	N/A	N/A	N/A
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y	N/A	N/A	N/A
PAGO DE LA OPERACIÓN	N/A	N/A	N/A
OTROS:	N/A	N/A	N/A

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, SI APLICA (Adicione filas si es necesario)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	**NIT:**	**POCENTAJE DE PARTICIPACIÓN**
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

2. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)

2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROSÍ, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica)
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	**NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II**	**FECHA** (dd/mm/aaaa)	**OBJETO**	**FECHA DE LEGALIZACION** (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	**NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II**	**FECHA** (dd/mm/aaaa)	**VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO**	**PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO**	**RP y CDP**	**FECHA DE LEGALIZACION** (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A

2.3 ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	**No. DEL ACTA**	**FECHA DEL ACTA** (dd/mm/aaaa)	**FECHA REINICIACIÓN** (dd/mm/aaaa)	**No. DEL ACTA**	**FECHA DEL ACTA** (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

3. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE	NO	SEGUN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR :	N/A
ENTIDAD PUBLICA: (Marque	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERIODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	18/10/2025 AL 31/10/2025	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	ICONONZO
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)	N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa)	N/A

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el período que

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	91373420	MES DE COTIZACIÓN:	SEPTIEMBRE
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	N/A	MES DE COTIZACIÓN:	N/A

SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE

ES PENSIONADO:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		N/A
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y	N/A		N/A

4. INFORMACIÓN CONTABLE

4.1 INFORMACIÓN CONTABLE PARA CONTRATOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA OBRA:	N/A	VIA DE SEGUNDO ORDEN:	
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	$ -
	CONSTRUCCION	VALOR	$ -
	MANTENIMIENTO	VALOR	$ -

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)

CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	$ -	N/A
EDIFICACION	$ -	N/A
MEJORAS	$ -	N/A
OTROS _____	$ -	N/A

4.4 VALOR PRESENTE PAGO

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	$ 2.304.000,00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACION DE PAGO ANTICIPADO	$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$ 2.304.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	$ 2.304.000,00

4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 9.984.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ -	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 2.304.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 6.160.000,00
SUMAS IGUALES	$ 9.984.000,00	$ 8.464.000,00

4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE

(Si hay más de un cooperante, agregar balances por cada uno de ellos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ -	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	$ -	
ANTICIPO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR PRESENTE PAGO		$ -
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGÚN MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
NEQUI	AHORROS	3224135060

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mencion y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) DORIS GUAYARA HERRAN

FIRMA(s): Doris Guayara

NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGÚN ITEM NO APLIQUE SE DEBE REGISTRAR "N/A" EN LOS

Icononzo noviembre 04 del 2025

Señores:
HOSPITAL SUMAPAZ ESE

ASUNTO: CERTIFICADO PAZ Y SALVO

Por medio de la presente, hago constar que el señor DIEGO MAURICIO GUERRERO, identificado CC. 1026571322 expedida en BOGOTA, en su calidad de MEDICO, se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de Medicamentos, en el área de farmacia en el proceso realizado durante el mes de OCTUBRE 2025

Cordialmente,

Jennyfer Cruz M.
REGENTE DE FARMACIA
CC 1106363088
Universidad del Tolima

JENNYFER CRUZ MORENO
REGENTE DE FARMACIA

Hospital
SUMAPAZ E.S.E
ICONONZO-TOLIMA

1.026.571.322		DIEGO GUERRERO		
FC	FECHA	BASE	IVA	TOTAL
1	12/11/2025	2.304.000	-	2.304.000
TOTAL FACTURAS		$ 2.304.000	$ -	$ 2.304.000
DESCUENTOS				
tampilla 1% PRO CULTU		$		23.040
tampilla 4% PRO ANCIAN		$		92.160
Reteica 7/1000		$		16.128
RETE ART 383				
Reteiva		$		-
Comisión banco				
TOTAL DESCUENTO		$		131.328
TOTAL A PAGAR		$		2.172.672

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1825

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

1026571322 DIEGO MAURICIO GUERRERO SINCHE

CONCEPTO: VALOR $ 2,304,000.00

HONORARIOS MEDICO GENERAL URGENCIAS CONTR. 193 MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

2450209002	ADQUISICION DE SER/791 Honorarios Asistenciales		2,304,000.00
	ESTAMPILLA PROANCIANO	92,160.00	
	ESTAMPILLA PROCULTURA	23,040.00	
	RETEICA CCIO Y SERV 7*1000	16,128.00	

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
730102	249054	2,304,000.00
SUMAS IGUALES		2,172,672.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233424

12 11 2025 3,621,120.00

VLADIMIR FERREIRA OLANO

TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE x.x.

x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00233419

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

VLADIMIR FERREIRA OLANO 85,050,221

TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.

x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 3,621,120.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 3,621,120.00

CONCEPTO:

HONORARIOS MEDICO GENERAL URGENCIAS CONTR. 168 MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1823

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
249054	3,621,120.00	0.00	Honorarios
11100603	0.00	3,621,120.00	Bancolombia Cta 0817
SUMAS IGUALES	3,621,120.00	3,621,120.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233419

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: drFerreiraOctubre
Secuencia: I
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:41:50
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $3,621,120.00	**Valor Registros Procesados:** $3,621,120.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
08024790348	Ahorros	85050221	vladimirAFerreira	3,621,120.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA No. 002

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS COMO NO RESPONSABLES DE IVA)

FECHA DE ELABORACIÓN			CONTRATO N°	FECHA CONTRATO	PLAZO
DD	MM	AAAA			
1	11	2025	168	19/09/2025	3 MESES

PERÍODO COBRADO					
DESDE			HASTA		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
1	10	2025	31	10	2025

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO	85.050.221

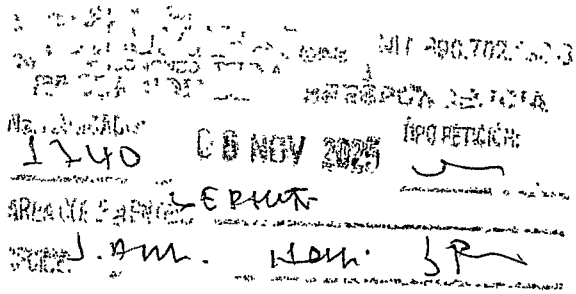
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NÚMERO	DV
HOSPITAL SUMAPAZ ESE	NIT	890.702.190	3

FECHA	CONCEPTO	VALOR TOTAL
1/11/2025	Vr: Servicios prestados en la ejecución del Contrato de Prestación de servicios Profesionales N° 168 de 2025, actividad que se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de octubre de 2025, según informe el cual se adjunta.	$ 3.840.000,00

FIRMA DEL CONTRATISTA,

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012

- Revisado SS = OK ✓
- Días mora. 0
- Pte firma supervisor.



Hospital SUMAPAZ E.S.E. ICONONZO - TOLIMA NIT. 890.702.190-3	HOSPITAL SUMAPAZ ESE ICONONZO TOLIMA	CODIGO:
	MACROPROCESO: CONTRATACION DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN: 01
	INFORME DE SUPERVISION - CONTRATO No. 168 DEL 19 de septiembre DE 2025 ANEXO 1 - INFORME DETALLADO DE EJECUCION DE ACTIVIDADES – fecha: 1 de octubre al 31 de octubre DE 2025 VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO	**MÉDICO GENERAL**

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Coordinar al personal profesional de servicio social obligatorio y área de urgencias y hospitalización con que cuenta la entidad. 2. Practicar exámenes de medicina general basados en la clínica médica, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que debe seguirse, para la recuperación de la enfermedad o la urgencia que afecta al usuario. 3. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayudar a definir el diagnóstico y/o el manejo de los usuarios, según el caso. 4. Formular, dosificar y ordenar el suministro de medicamentos de manera pertinente. 5. Realizar intervenciones de pequeña cirugía o ayudantía quirúrgica general a pacientes de urgencias, hospitalizados o ambulatorios, colaborando en ellas de acuerdo al nivel 1 baja complejidad, para garantizar la vida del usuario conforme a los recursos que el Hospital ponga a su disposición. 6. Realizar control médico periódico de manera pertinente a los usuarios en observación, para corregir tratamiento y definir su recuperación, desde su ingreso antes de ser Hospitalizado. 7. Reportar a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población evitando la propagación o contaminación ambiental. 8. Remitir los usuarios de mayor complejidad a los médicos especialistas que se requieran, conforme a las directrices de referencia y contra referencia que establece la norma. 9. Participar en la elaboración y desarrollo de programas de promoción y prevención para mejorar la salud de la comunidad. 10. Reportar oportunamente al superior inmediato las anomalías en la prestación del servicio proponiendo alternativas de solución para mejorarlo y garantizar la satisfacción de los usuarios. 11. Participar en investigaciones de tipo aplicado a sus conocimientos y funciones para tratar de esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad del área de influencia. 12. Adoptar y mantener la relación de coordinación del servicio cuando el nivel jerárquico o superior competente en la institución esté ausente, garantizando una eficaz prestación de los servicios de salud los cuales contribuyan a salvar la vida de los usuarios. 13. Velar por la consecución oportuna de los recursos necesarios, por la racional utilización de los disponibles y custodia de los demás	Durante el mes de SEPTIEMBRE de 2025, realicé las siguientes actividades: Atención de usuarios en el servicio de urgencias y hospitalización Atención de maternas en el servicio de urgencias Apoyo a médicos rurales Ordenes de remisiones a mayor nivel de complejidad Suturas de heridas en sala de curaciones Colocación de yesos en sala de curaciones Atención partos Realización de triage y su clasificación Las demás actividades propias y relacionadas con el nivel asistencial en el servicio de urgencias de la ESE HOSPITAL SUMAPAZ.	Cuadro de turnos Jefe de servicio de urgencias (JEFE DORIS GUAYARA) Profesional Universitario Software Historias clínicas (e-salud/sihos) Notas registradas en el sistema	Cuadro de turnos Jefe de servicio de urgencias Profesional Universitario Software Historias clínicas (e-salud/sihos)	

bienes a su cargo, manteniendo el servicio habilitado para la atención oportuna y debida del usuario. 14. Formar parte de todos y cada uno de los comités institucionales de la ESE Hospital Sumapaz, con el fin de coordinar y aportar desde sus conocimientos., 15. Asistir a las diferentes actividades intra y extramurales que desarrolle la ESE Hospital Sumpaz 16. Apoyar la realización de valoraciones, atenciones y demás actividades de medicina legal. 17. Todas las demás actividades relacionadas con el objeto contractual y programado por la gerencia de la entidad. 18. Acatar la coordinación y programación de turnos entregadas por el supervisor. 19. Realizar entrega de turno al profesional encargado, informando todo lo relacionado al estado de salud de los pacientes.				

CONCLUSIONES:

Cumplimiento a satisfacción del acto contractual según primer informe, con sus respectivos soportes en __ cuadernillo de ___folios y ___ CD.

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO
CONTRATISTA

DORIS GUAYARA HERRÁN
SUPERVISORA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85050221		FERREIRA OLANO VLADIMIR ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 18 No 1 - 01	ESPINAL-TOLIMA	2394000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-10	2025-10	1888982324	9494165019	1	2025/11/07	2025/10/30	NEQUI	0	$475,300	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,536,000	$245,800			$1,536,000	$192,000			$0	$0			$1,536,000	$37,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,536,000	$245,800			$1,536,000	$192,000			$0	$0			$1,536,000	$37,500		$0	$0
Ciudad: ESPINAL Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,536,000	$245,800			$1,536,000	$192,000			$0	$0			$1,536,000	$37,500		$0	$0
1	CC 85050221	FERREIRA VLADIMIR	25-14	30	$1,536,000	$245,800	EPS017	30	$1,536,000	$192,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,536,000	$37,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,536,000	$245,800			$1,536,000	$192,000			$0	$0			$1,536,000	$37,500		$0	$0

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85050221		FERREIRA OLANO VLADIMIR ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 18 No 1 - 01	ESPINAL-TOLIMA	2394000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1888982324	9494165019	I	2025/11/07	2025/10/30	NEQUI	0	$475,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$245,800	$0	$0	$245,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$245,800	$0	$0	$245,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,500	$0	$0	$37,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$37,500	$0	$0	$37,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
TOTAL				1	$475,300	$0	$0	$475,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Hospital SUMAPAZ E.S.E. ICONONZO - TOLIMA NIT 890.702.190-3	HOSPITAL SUMAPA E.S.E DE ICONONZO - TOLIMA PROCESO: GESTION CONTRACTUAL INFORME DE SUPERVISION	

INFORME NÚMERO:	2	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	01/11/2025

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO:	168	FECHA INICIO CONTRATO: (dd/mm/aa)	19/09/2025
CONTRATISTA O COOPERANTE:		VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO		NIT:	85.050.221
VALOR INICIAL:		$ 15.000.000,00		PLAZO INICIAL:	3 MESES
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		699 DEL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	1168 DEL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		DORIS GUAYARA HERRAN		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	168 DEL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025 - CLÁUSULA OCTAVA.
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		hsi@hospitalsumapazicononzo.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		19/09/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	19/09/2025

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN

CONTRATISTA CEDENTE	N/A	NIT:	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	NIT:	N/A

1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN (BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA)

CONCEPTO DEL PRESENTE PAGO (Marque con		BENEFICIARIO Y NIT DEL PRESENTE PAGO	ACTO ADMINISTRATIVO O
PAGO GASTOS DE COMISIÓN	N/A	N/A	N/A
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y	N/A	N/A	N/A
PAGO DE LA OPERACIÓN	N/A	N/A	N/A
OTROS:	N/A	N/A	N/A

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, SI APLICA (Adicione filas si es necesario)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT:	POCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

2. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)

2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROSÍ, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica)
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A

2.3 ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)		FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A

3. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE	NO	SEGÚN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR :	N/A
ENTIDAD PUBLICA: (Marque	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:	PAGO POR PERIODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:	01/10/2025 AL 31/10/2025	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	ICONONZO
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)	N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa)	N/A

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el período que

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	9494165019	MES DE COTIZACIÓN:	OCTUBRE
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	N/A	MES DE COTIZACIÓN:	N/A

SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE

ES PENSIONADO:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		N/A
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y	N/A		N/A

4. INFORMACIÓN CONTABLE

4.1 INFORMACIÓN CONTABLE PARA CONTRATOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA OBRA:	N/A	VIA DE SEGUNDO ORDEN:	
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACION Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	$ -
	CONSTRUCCION	VALOR	$ -
	MANTENIMIENTO	VALOR	$ -

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)

CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	$ -	N/A
EDIFICACION	$ -	N/A
MEJORAS	$ -	N/A
OTROS	$ -	N/A

4.4 VALOR PRESENTE PAGO

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	$ 3.840.000,00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACION DE PAGO ANTICIPADO	$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$ 3.840.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	$ 3.840.000,00

4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 15.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ -	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ 3.840.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 3.840.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 7.320.000,00
SUMAS IGUALES	$ 15.000.000,00	$ 15.000.000,00

4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE

(Si hay más de un cooperante, agregar balances por cada uno de ellos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ -	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	$ -	
ANTICIPO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR PRESENTE PAGO		$ -
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGÚN MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
BANCOLOMBIA	AHORROS	8024780348

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) DORIS GUAYARA HERRAN

FIRMA(s):

NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGÚN ITEM NO APLIQUE SE DEBE REGISTRAR "N/A" **EN LOS**

Hospital
SUMAPAZ E.S.E
ICONONZO-TOLIMA

85,050,221		VLADIMIR ANTONIO FERREIRA		
FC	FECHA	BASE	IVA	TOTAL
2	1/11/2025	3.840.000	-	3.840.000
TOTAL FACTURAS		**$ 3.840.000**	**$ -**	**$ 3.840.000**
DESCUENTOS				
tampilla 1% PRO CULTUI		$		38.400
tampilla 4% PRO ANCIAI		$		153.600
Reteica 7/1000		$		26.880
RETEFUNTE 2.5%				
Reteiva		$		-
Comisión banco				
TOTAL DESCUENTO		**$**		**218.880**
TOTAL A PAGAR		**$**		**3.621.120**

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1823

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

85050221 VLADIMIR FERREIRA OLANO

CONCEPTO: VALOR $ 3,840,000.00

HONORARIOS MEDICO GENERAL URGENCIAS CONTR. 168 MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

2450209002	ADQUISICION DE SER/699 Honorarios Asistenciales		3,840,000.00
	ESTAMPILLA PROANCIANO	153,600.00	
	ESTAMPILLA PROCULTURA	38,400.00	
	RETEICA CCIO Y SERV 7*1000	26,880.00	

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
730102	249054	3,840,000.00
SUMAS IGUALES		3,621,120.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233418

12 11 2025 6,397,312.00

CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS

SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M

x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS No00233505

CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS 1,070,810,06

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE x.x.
x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 6,397,312.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 6,397,312.00

CONCEPTO:

HONORARIOS MEDICO GENERAL SERVICIO DE URGENCIAS CONTRATO 122 MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1859

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
249054	6,397,312.00	0.00	Honorarios
11100603	0.00	6,397,312.00	Bancolombia Cta 0817
SUMAS IGUALES	6,397,312.00	6,397,312.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233505

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: carlosDiazoctubre
Secuencia: o
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:42:02
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0,
Valor Total del Pago: $6,397,312.00	**Valor Registros Procesados:** $6,397,312.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
04934742899	Ahorros	1070810067	CARLOSDIAZBALLESTE	6,397,312.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA No: 004

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS COMO NO RESPONSABLES DE IVA)

FECHA DE ELABORACIÓN			CONTRATO N°	FECHA CONTRATO	PLAZO
DD	MM	AAAA			
10	11	2025	122	1/07/2025	183 DIAS

PERÍODO COBRADO					
DESDE			HASTA		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
1	10	2025	31	10	2025

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS	1.070.810.067

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NÚMERO	DV
HOSPITAL SUMAPAZ ESE	NIT	890.702.190	3

FECHA	CONCEPTO	VALOR TOTAL
10/11/2025	Vr: Servicios prestados en la ejecución del Contrato de Prestación de servicios Profesionales N° 122 de 2025, actividad que se llevo a cabo durante el mes de octubre de 2025, según informe el cual se adjunta.	$ 6.784.000,00

Carlos Diaz

FIRMA DEL CONTRATISTA

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012.

- Revisada SST ok
- Dras mora: 5
- Pte firma supervisor

12 NOV 2025 oficina

Hospital SUMAPAZ E.S.E. ICONONZO - TOLIMA NIT. 890.702.190-3	HOSPITAL SUMAPAZ ESE ICONONZO TOLIMA	CODIGO:
	MACROPROCESO: CONTRATACION DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN: 01
	INFORME DE SUPERVISION - CONTRATO No. 122 DEL 01 DE JULIO DE 2025 ANEXO 1 - INFORME DETALLADO DE EJECUCION DE ACTIVIDADES – fecha: 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2025 CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS	MÉDICO GENERAL

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Coordinar al personal profesional de servicio social obligatorio y área de urgencias y hospitalización con que cuenta la entidad. 2. Practicar exámenes de medicina general basados en la clínica médica, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento que debe seguirse, para la recuperación de la enfermedad o la urgencia que afecta al usuario. 3. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayudar a definir el diagnóstico y/o el manejo de los usuarios, según el caso. 4. Formular, dosificar y ordenar el suministro de medicamentos de manera pertinente. 5. Realizar intervenciones de pequeña cirugía o ayudantía quirúrgica general a pacientes de urgencias, hospitalizados o ambulatorios, colaborando en ellas de acuerdo al nivel 1 baja complejidad, para garantizar la vida del usuario conforme a los recursos que el Hospital ponga a su disposición. 6. Realizar control médico periódico de manera pertinente a los usuarios en observación, para corregir tratamiento y definir su recuperación, desde su ingreso antes de ser Hospitalizado. 7. Reportar a las autoridades competentes las enfermedades definidas como de notificación obligatoria para realizar la debida vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población evitando la propagación o contaminación ambiental. 8. Remitir los usuarios de mayor complejidad a los médicos especialistas que se requieran, conforme a las directrices de referencia y contra referencia que establece la norma. 9. Participar en la elaboración y desarrollo de programas de promoción y prevención para mejorar la salud de la comunidad. 10. Reportar oportunamente al superior inmediato las anomalías en la prestación del servicio proponiendo alternativas de solución para mejorarlo y garantizar la satisfacción de los usuarios. 11. Participar en investigaciones de tipo aplicado a sus conocimientos y funciones para tratar de esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad del área de influencia. 12. Adoptar y mantener la relación de coordinación del servicio cuando el nivel jerárquico o superior competente en la institución esté ausente, garantizando una eficaz prestación de los servicios de salud los cuales contribuyan a salvar la vida de los usuarios. 13. Velar por la consecución oportuna de los recursos necesarios, por la racional utilización de los disponibles y custodia de los demás bienes a su cargo, manteniendo el servicio habilitado para la	Durante el mes de OCTUBRE de 2025, realicé las siguientes actividades: Atención de usuarios en el servicio de urgencias y hospitalización Atención de maternas en el servicio de urgencias Apoyo a médicos rurales Ordenes de remisiones a mayor nivel de complejidad Suturas de heridas en sala de curaciones Colocación de yesos en sala de curaciones Atención partos Realización de triage y su clasificación Las demás actividades propias y relacionadas con el nivel asistencial en el servicio de urgencias de la ESE HOSPITAL SUMAPAZ.	Cuadro de turnos Jefe de servicio de urgencias (JEFE DORIS GUAYARA) Profesional Universitario Software Historias clínicas (e-salud) Notas registradas en el sistema	Cuadro de turnos Jefe de servicio de urgencias Profesional Universitario Software Historias clínicas (e-salud)	

atención oportuna y debida del usuario. 14. Formar parte de todos y cada uno de los comités institucionales de la ESE Hospital Sumapaz, con el fin de coordinar y aportar desde sus conocimientos., 15. Asistir a las diferentes actividades intra y extramurales que desarrolle la ESE Hospital Sumpaz 16. Apoyar la realización de valoraciones, atenciones y demás actividades de medicina legal. 17. Todas las demás actividades relacionadas con el objeto contractual y programado por la gerencia de la entidad. 18. Acatar la coordinación y programación de turnos entregadas por el supervisor. 19. Realizar entrega de turno al profesional encargado, informando todo lo relacionado al estado de salud de los pacientes.				

CONCLUSIONES:

Cumplimiento a satisfacción del acto contractual según CUARTO informe, con sus respectivos soportes en __ cuadernillo de ___folios y ___ CD.

Carlos Diaz

CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS
CONTRATISTA

Doris Guayara

DORIS GUAYARA HERRÁN
SUPERVISORA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070810067		DIAZ BALLESTEROS CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 # 27-31 barrio centro	MELGAR-TOLIMA	2450228	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha			Pago			
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2025-09	2025-09	1868017659	9493315893		2025/10/16	2025/10/21	BANCOLOMBIA	5	$1,922,200		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No	Identificacion	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$0	$0			$6,000,000		$146,200		$0	$0		$1,916,200
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$0	$0			$6,000,000		$146,200		$0	$0		$1,916,200
Ciudad: MELGAR Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$0	$0			$6,000,000		$146,200		$0	$0		$1,916,200
1	CC	1070810067	DIAZ CARLOS								X								23030	30	$6,000,000	$1,020,000	EPS005	30	$6,000,000	$750,000	0	0	$0	$0	14-23	30	$6,000,000	2.436%	$146,200	0	$0	$0	No	$1,916,200
Total Afiliados (1)																					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$0	$0			$6,000,000		$146,200		$0	$0		$1,916,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070810067		DIAZ BALLESTEROS CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 # 27-31 barrio centro	MELGAR-TOLIMA	2450228	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha			Pago			
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2025-09	2025-09	1868017659	9493315893		2025/10/16	2025/10/21	BANCOLOMBIA	5	$1,922,200		

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,020,000	$3,200	$0	$1,023,200
PORVENIR	23030	800.224.808	8	1	$1,020,000	$3,200	$0	$1,023,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$146,200	$500	$0	$146,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860.011.153	6	1	$146,200	$500	$0	$146,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$750,000	$2,300	$0	$752,300
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	1	$750,000	$2,300	$0	$752,300
TOTAL				1	$1,916,200	$6,000	$0	$1,922,200

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

Hospital SUMAPAZ E.S.E. ICONONZO - TOLIMA NIT. 890.702.190-3	HOSPITAL SUMAPA E.S.E DE ICONONZO - TOLIMA
	PROCESO: GESTION CONTRACTUAL
	INFORME DE SUPERVISION

INFORME NÚMERO:	4	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	10/11/2025

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO:	122	FECHA INICIO CONTRATO: (dd/mm/aa)	01/07/2025
CONTRATISTA O COOPERANTE:	CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS			NIT:	1.070.810.067
VALOR INICIAL:	$ 37.500.000,00			PLAZO INICIAL:	183 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	471 DEL 01 DE JULIO DE 2025			RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)	782 DEL 01 DE JULIO DE 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)	DORIS GUAYARA HERRAN			ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN Y FECHA:	122 DEL 01 DE JULIO DE 2025 CLAUSULA OCTAVA
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:	hsi@hospitalsumapazicononzo.gov.co				
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)	1/07/2025			FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	1/07/2025

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN

CONTRATISTA CEDENTE	N/A	NIT:	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	NIT:	N/A

1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN (BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA)

CONCEPTO DEL PRESENTE PAGO (Marque con		BENEFICIARIO Y NIT DEL PRESENTE PAGO	ACTO ADMINISTRATIVO O
PAGO GASTOS DE COMISIÓN	N/A	N/A	N/A
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y	N/A	N/A	N/A
PAGO DE LA OPERACIÓN	N/A	N/A	N/A
OTROS:	N/A	N/A	N/A

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, SI APLICA (Adicione filas si es necesario)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT:	POCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

2. INFORMACION SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)

2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROSÍ, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACION PRESUPUESTAL ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica). (Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL (Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A

2.3 ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)		FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A

3. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE	NO	SEGUN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR:			N/A
ENTIDAD PUBLICA: (Marque	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:			PAGO POR PERIODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		01/10/2025 A 31/10/2025	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		ICONONZO
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)		N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA: (dd/mm/aa)		N/A
VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el período que					
PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:		9493315893	MES DE COTIZACIÓN:		SEPTIEMBRE
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:		N/A	MES DE COTIZACIÓN:		N/A
SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE					
ES PENSIONADO:		N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA		N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:		N/A			N/A
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y		N/A			N/A

4. INFORMACIÓN CONTABLE

4.1 INFORMACIÓN CONTABLE PARA CONTRATOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA OBRA:	N/A	VIA DE SEGUNDO ORDEN:	
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACION Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	$
	CONSTRUCCION	VALOR	$
	MANTENIMIENTO	VALOR	$

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)

CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	$	N/A
EDIFICACION	$	N/A
MEJORAS	$	N/A
OTROS	$	N/A

4.4 VALOR PRESENTE PAGO

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	$ 6.784.000,00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACION DE PAGO ANTICIPADO	$
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$ 6.784.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	$ 6.784.000,00

4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO

(Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 25.000.000,00	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ 12.500.000,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		$
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ 19.968.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		$ 6.784.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ 10.748.000,00
SUMAS IGUALES	$ 37.500.000,00	$ 37.500.000,00

4.8 BALANCE ACTO CONTRACTUAL POR EL COOPERANTE

(Si hay más de un cooperante, agregar balances por cada uno de ellos)

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	$	
ANTICIPO CANCELADO		$
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$
VALOR PRESENTE PAGO		$
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$
SUMAS IGUALES	$	$

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGÚN MINUTA CONTRATO O SECOP, O CESION

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
BANCOLOMBIA	AHORROS	4934742899

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCION:

Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) DORIS GUAYARA HERRAN

FIRMA(s):

Icononzo 04 noviembre del 2025

Señores:
HOSPITAL SUMAPAZ ESE

ASUNTO: CERTIFICADO PAZ Y SALVO

Por medio de la presente, hago constar que el señor CARLOS DIAZ, identificado CC. 1.070.810.067 expedida en SAN BERNARDO DEL VIENTO- CORDOBA, en su calidad de MEDICO, se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de Medicamentos, en el área de farmacia en el proceso realizado durante el mes de OCTUBRE 2025

Cordialmente,

Jennyfer Cruz M.
REGENTE DE FARMACIA
CC 1106363088
Universidad del Tolima
JENNYFER CRUZ MORENO
REGENTE DE FARMACIA

Hospital
SUMAPAZ E.S.E
ICONONZO-TOLIMA

1.070.810.067		CARLOS DIAZ		
FC	**FECHA**	**BASE**	**IVA**	**TOTAL**
4	10/11/2025	6.784.000		6.784.000
TOTAL FACTURAS		**$ 6.784.000**	**$ -**	**$ 6.784.000**
DESCUENTOS				
tampilla 1% PRO CULTUI		$		67.840
tampilla 4% PRO ANCIAI		$		271.360
Reteica 7/1000		$		47.488
RETEFUNTE 2.5%				
Reteiva		$		-
Comisión banco				
TOTAL DESCUENTO		**$**		**386.688**
TOTAL A PAGAR		**$**		**6.397.312**

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1859

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

1070810067 CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS

CONCEPTO: VALOR $ 6,784,000.00

HONORARIOS MEDICO GENERAL URGENCIAS CONTRATO 122 MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

2450209002	ADQUISICION DE SER/471 Honorarios Asistenciales	5,032,000.00
2450209002	ADQUISICION DE SER/873 Honorarios Asistenciales	1,752,000.00

ESTAMPILLA PROANCIANO		271,360.00
ESTAMPILLA PROCULTURA		67,840.00
RETEICA CCIO Y SERV 7*1000		47,488.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
730102	249054	5,032,000.00
		1,752,000.00
SUMAS IGUALES		6,397,312.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233504

27 11 2025 2,896,896.00

DANIELA KATHERIN RODRIGUEZ CHACON

DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS

M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00235959

FECHANOVIEMBRE 27 DEL 2025

DANIELA KATHERIN RODRIGUEZ CHACON 1,110,602,09

DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 2,896,896.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 2,896,896.00

CONCEPTO:

HONORARIOS MEDICO GENERAL SERVICIO DE URGENCIAS MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1896

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
249054	2,896,896.00	0.00	Honorarios
11100603	0.00	2,896,896.00	Bancolombia Cta 0817
SUMAS IGUALES	2,896,896.00	2,896,896.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00235959

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: DraDanielaoctubre
Secuencia: E
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 01-12-2025 **Hora:** 06:35:52
Fecha de Generación: 01-12-2025

Fecha de envío del pago: 27-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 27-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $2,896,896.00	**Valor Registros Procesados:** $2,896,896.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NUMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
86962903454	Ahorros	1110602098	danielaKatherineRo	2,896,896.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	27-11-2025

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA No. 001

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS COMO NO RESPONSABLES DE IVA)

FECHA DE ELABORACIÓN			CONTRATO N°	FECHA CONTRATO	PLAZO
DD	MM	AAAA			
10	11	2025	190	11/10/2025	60 DIAS

PERÍODO COBRADO					
DESDE			HASTA		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
11	10	2025	31	10	2025

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
DANIELA KATHERIN RODRIGUEZ CHACON	1.110.602.098

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NUMERO	DV
HOSPITAL SUMAPAZ ESE	NIT	890.702.190	3

FECHA	CONCEPTO	VALOR TOTAL
10/11/2025	Vr. Servicios prestados en la ejecución del Contrato de Prestación de servicios Profesionales N° 190 de 2025, actividad que se llevo a cabo durante el mes de octubre de 2025, según informe el cual se adjunta.	$ 3.072.000,00

FIRMA DEL CONTRATISTA

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012

- Revisado SS = OK ✓ Pte ARL
- Días mora: 0
- Pte firma supervisor

HOSPITAL SUMAPAZ
ORIGINAL
RECEPCIÓN
1758 12 NOV 2025

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1896

A

FECHA NOVIEMBI27 DEL2025

1110602098 DANIELA KATHERIN RODRIGUEZ CHACON

CONCEPTO: VALOR $ 3,072,000.00

HONORARIOS MEDICO GENERAL SERVICIO DE URGENCIAS MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

2450209002	ADQUISICION DE SER/788 Honorarios Asistenciales		3,072,000.00
	ESTAMPILLA PROANCIANO	122,880.00	
	ESTAMPILLA PROCULTURA	30,720.00	
	RETEICA CCIO Y SERV 7*1000	21,504.00	

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
730102	249054	3,072,000.00
SUMAS IGUALES		2,896,896.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 235958

12 11 2025 1,448,448.00

JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ

UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y O

M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS No00233423

JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ 80,002,255

FECHANOVIEMBRE 12 DEL 2025

UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 1,448,448.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 1,448,448.00

CONCEPTO:

HONORARIOS MEDICO GENERAL URGENCIAS CONTR. 166 MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41371750817 NC1824

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
249054	1,448,448.00	0.00	Honorarios
11100603	0.00	1,448,448.00	Bancolombia Cta 0817
SUMAS IGUALES	1,448,448.00	1,448,448.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00233423

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO DE NOMINA

Nombre del pago: jaimePulgarinOctubre
Secuencia: m
Número de cuenta a debitar: 41371750817

Fecha: 19-11-2025 **Hora:** 14:42:32
Fecha de Generación: 19-11-2025

Fecha de envío del pago: 12-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 12-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $1,448,448.00	**Valor Registros Procesados:** $1,448,448.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41100000570	Ahorros	80002255	JAIMEAPULGARIN	1,448,448.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	12-11-2025

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA No. 002

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS COMO NO RESPONSABLES DE IVA)

FECHA DE ELABORACIÓN			CONTRATO N°	FECHA CONTRATO	PLAZO
DD	MM	AAAA			
12	11	2025	166	10/09/2025	82 dias

PERÍODO COBRADO					
DESDE			HASTA		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
1	10	2025	31	10	2025

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ	80.002.255

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NÚMERO	DV
HOSPITAL SUMAPAZ ESE	NIT	890.702.190	3

FECHA	CONCEPTO	VALOR TOTAL
12/11/2025	Vr: Servicios prestados en la ejecución de la Prestación de Servicios Profesionales de acuerdo al Contrato N° 166, actividad que se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2025, según informe el cual se adjunta.	$ 1.536.000,00

MBA-MS Jaime A. Pulgarin
MEDICINA DE URGENCIAS
AUDITOR MEDICO UCI
C.C.:80 002 255 - 90053

FIRMA CONTRATISTA

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012

- Revisado SS = Ok ✓
- Dias mora: 0
- Pte firma Supervisor ✓

1760 12 NOV 2025

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1824

A

FECHA NOVIEMBI12 DEL2025

80002255 JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ

CONCEPTO: VALOR $ 1,536,000.00

HONORARIOS MEDICO GENERAL URGENCIAS CONTR. 166 MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

2450209002	ADQUISICION DE SER/698 Honorarios Asistenciales		1,536,000.00
	ESTAMPILLA PROANCIANO	61,440.00	
	ESTAMPILLA PROCULTURA	15,360.00	
	RETEICA CCIO Y SERV 7*1000	10,752.00	

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
730102	249054	1,536,000.00
SUMAS IGUALES		1,448,448.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 233422

27 11 2025 21,421,018.00

LJR TEMPORALES SAS

VEINTIUN MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIUN MIL DIEZ Y OCHO PESOS M/CTE

x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
TESORERIA GENERAL

COMPROBANTE DE EGRESOS Nc00235992

DEBE A:

FECHANOVIEMBRE 27 DEL 2025

LJR TEMPORALES SAS 901,095,622

VEINTIUN MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIUN MIL DIEZ Y OCHO PESOS M/CTE x.x.x.x.x.
x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 21,421,018.00

RETEFUENTE _____
OTROS _____

NETO A PAGAR $ 21,421,018.00

CONCEPTO:

PAGO TEMPORAL PERSONAL EN MISION FACT. FE1488 MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41384225274 NC1904

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
240101	21,421,018.00	0.00	BIENES Y SERVICIOS
11100639	0.00	21,421,018.00	BANCOLOMBIA 41384225274 MONOPOLIO 2025
SUMAS IGUALES	21,421,018.00	21,421,018.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00235992

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: IjrTemporalOctubreTr
Secuencia: a
Número de cuenta a debitar: 41384225274

Fecha: 01-12-2025 **Hora:** 06:43:21
Fecha de Generación: 01-12-2025

Fecha de envío del pago: 27-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 27-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $21,421,018.00	**Valor Registros Procesados:** $21,421,018.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
07990663746	Corriente	901095622	LJRtemporalesSAS	21,421,018.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	27-11-2025

L J R
TEMPORALES S.A.S
NIT: 901.095.622-7

L.J.R. TEMPORALES S.A.S

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N

L.J.R. TEMPORALES S.A.S
Nit: 901095622-7 Responsable de IVA, Agente de retención en el impuesto de renta, Retenedor de ICA.

FE 1488

CLL 17A #7-29 INTERLAKEN IBAGUE TOLIMA Tel.

Adquiriente	HOSPITAL SUMAPAZ ESE	Fecha	Forma y metodo de pago
Identific.	NIT 890702190-3 Tels:3114966884	Oct-31-2025	CREDITO CUENTAS POR COBRAR
Direccion	CRA 8 87 Icononzo - Tolima	Vencimiento Oct-31-2025	Vendedor LJR

#	REF/COD.	DETALLE	%IVA	CANT.	VR/UNIT.	VR/TOTAL
1	016	SUMINISTRO DE PERSONAL		1.00	29,018,697.00	29,018,697.00
2	002	AIU	19	1.00	2,901,870.00	2,901,870.00

OBSERVACIONES: SUMINISTRO DE PERSONAL EN MISION PARA EL HOSPITAL SUMAPAZ MES DE OCTUBRE 2025

Total items : 2

RECARGOS	DESCUENTOS

Tarifas de impuestos	Base	Impuesto
IVA 19.00%	2,901,870.00	551,355.30
IVA 0.00%	29,018,697.00	0.00

Subtotal	31,920,567.00
Iva/Inc	551,355.30
Redondeo	-0.30
TOTAL$	32,471,922

Representación grafica Factura electrónica de venta. Fabricante software y proveedor tecnológico: SYSCAFE S.A.S Nit:900083058-7 Software:Syscafe. Habilitación DIAN No.18764097579369 de Ago-26-2025 Vigencia: 12 meses Vence: Ago-26-2026 Rango: FE 1423-999999

Son: TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS mcte.

CUFE: b5628856f3ee5e41d787a6cb1edd0a1630f7e40024443b13c5eb9d549a007f89813aa217d31596bfe6b6d191fe1efcbe

	NOVEDAD	CEDULA	NOMBRE	CARGO	DIAS	SALARIO	RECARGO	RECARGO 2	IBC MES	AUX TRANSPORTE	COSTO	PENSION	ARL	CAJA DE COMPENSACION	CESANTIAS	INTERESES	PRIMA	VACACIONES	DOTACION	SUBTOTAL	OTROS COSTOS	AIU 10%	IVA 19%	TOTAL	NETO A PAGAR EMPLEADO
1		1106888637	IVONNE ESNEIDY CALDERON TORRES	AUX SERVICIOS GENERALES	30	$ 1.423.500	$ 109.348		$ 1.532.848	$ 200.000	$ 1.732.848	$ 183.942	$ 37.340	$ 61.314	$ 144.346	$ 17.328	$ 144.346	$ 63.920	$ 65.000	$ 2.450.385	$ 232.787	$ 268.317	$ 50.980	$ 3.002.468	$ 1.610.229
2	INCAPACIDAD 02 DIAS DEL 15 AL 16 DE OCTUBRE DE 2025	28789280	MIRLEYDA BATE PRIETO	AUX SERVICIOS GENERALES																					
3	RETIRO 10 DE OCTUBRE DE 2025	1005822445	DUBAN JAIR JIMENEZ VALANDIA	CONDUCTOR	28	$ 1.423.500	$ 109.348		$ 1.532.848	$ 186.667	$ 1.719.515	$ 183.942	$ 37.340	$ 61.314	$ 144.346	$ 17.328	$ 144.346	$ 63.920					$ 50.703	$ 2.986.131	$ 1.596.847
4	RETIRO 10 DE OCTUBRE DE 2025	1106363268	MAICOL ALEXANDER BARBOSA G	CONDUCTOR	10	$ 474.500	$ 107.464	$ 66.667	$ 648.630	$ 66.667	$ 715.297	$ 77.836	$ 28.215	$ 25.945	$ 59.584	$ 7.153	$ 59.584	$ 27.048	$ 65.000	$ 1.022.329	$ 97.121	$ 111.945	$ 21.270	$ 1.252.665	$ 663.407
5	INCAPACIDAD 06 DIAS DEL 14 AL 16 Y DEL 28 AL 30 DE OCTUBRE, PERMISO REMUNERADO 2 DIAS 01 Y 23 DE	1010067620	ASTRID ROCIO ANTONIO ORTIZ	AUX DE ENFERMERIA URGENCIAS - AMBULANCIA	10	$ 474.500	$ 107.464	$ 66.667	$ 648.630	$ 66.667	$ 715.297	$ 77.836	$ 28.215	$ 25.945	$ 59.584	$ 7.153	$ 59.584	$ 27.048	$ 65.000	$ 1.022.329	$ 97.121	$ 111.945	$ 21.270	$ 1.252.665	$ 663.407
6	SUSPENSION 03 DIAS DEL 06 AL 08 DE OCTUBRE	1106363619	YINETH PAOLA GARCIA IBARRA	AUX DE ENFERMERIA URGENCIAS -	22	$ 1.328.600	$ 148.725	$ -	$ 1.477.325	$ 146.667	$ 1.623.991	$ 189.942	$ 35.988	$ 63.314	$ 148.511	$ 17.828	$ 148.511	$ 66.005					$ 49.081	$ 2.899.605	$ 1.505.805
7		1106362270	MIGUEZ MORERA LISETH DANIELA	AUX DE ENFERMERIA URGENCIAS -	27	$ 1.281.150	$ 143.413	$ 258.816	$ 1.683.379	$ 180.000	$ 1.863.379	$ 221.000	$ 41.007	$ 73.667	$ 170.071	$ 20.417	$ 170.071	$ 76.797	$ 65.000	$ 2.701.409	$ 256.634	$ 295.804	$ 56.203	$ 3.310.050	$ 1.728.709
8		1013104958	REINA BELLO SHEINNY NATALIA	AUX DE ENFERMERIA URGENCIAS -	30	$ 1.423.500	$ 159.348	$ 291.168	$ 1.874.016	$ 200.000	$ 2.074.016	$ 234.882	$ 45.651	$ 74.961	$ 172.766	$ 20.740	$ 172.766	$ 78.146	$ 65.000	$ 2.938.927	$ 278.248	$ 320.718	$ 60.936	$ 3.598.829	$ 1.924.095
9		1005822823	YEIMY PATRICIA CARDENAS	AUX DE ENFERMERIA URGENCIAS -	30	$ 1.423.500	$ 159.348	$ 258.816	$ 1.841.664	$ 200.000	$ 2.041.664	$ 221.000	$ 44.863	$ 73.667	$ 170.071	$ 20.417	$ 170.071	$ 76.797	$ 65.000	$ 2.883.548	$ 273.937	$ 315.749	$ 59.992	$ 3.533.226	$ 1.894.331
10		1106362804	INFANTE PARRA NAZLY YARLEY	AUX DE ENFERMERIA URGENCIAS -	30	$ 1.423.500	$ 159.348	$ 355.872	$ 1.938.720	$ 200.000	$ 2.138.720	$ 232.646	$ 47.227	$ 77.549	$ 178.155	$ 21.387	$ 178.155	$ 80.845	$ 65.000	$ 3.019.685	$ 286.870	$ 330.656	$ 62.825	$ 3.700.035	$ 1.983.622
11		80222100	ANAYA SERRANO JAVIER MAURICI	AUX DE ENFERMERIA URGENCIAS -	30	$ 1.423.500	$ 159.348	$ 194.112	$ 1.776.960	$ 200.000	$ 1.976.960	$ 213.235	$ 43.287	$ 71.078	$ 164.681	$ 19.770	$ 164.681	$ 74.099	$ 65.000	$ 2.792.791	$ 265.315	$ 305.811	$ 58.104	$ 3.427.020	
	TOTAL APOYO				30	$ 1.423.500	$ 159.348	$ 258.816	$ 1.841.664	$ 200.000	$ 2.041.664	$ 221.000	$ 44.863	$ 73.667	$ 170.071	$ 20.417	$ 170.071	$ 76.797	$ 65.000	$ 2.883.548	$ 273.937	$ 315.749	$ 59.992	$ 3.533.226	$ 1.894.331
						$ 14.235.000	$ 1.593.480	$ 1.750.933	$ 17.579.413	$ 2.000.000	$ 19.579.413	$ 2.120.000	$ 433.997	$ 687.420	$ 1.699.938	$ 189.938	$ 1.699.938	$ 711.423	$ 628.333	$ 27.744.400	$ 2.635.218	$ 3.036.254	$ 577.088	$ 33.992.960	$ 18.184.913

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

NIT. 890.702.190-3

GIRO PRESUPUESTAL No. 1904

A

FECHA NOVIEMBI27 DEL2025

901095622 LJR TEMPORALES SAS

CONCEPTO: VALOR $ 21,421,018.00

PAGO TEMPORAL PERSONAL EN MISION FACT. FE1488 MES DE OCTUBRE 2025

IMPUTACION PRESUPUESTAL

2450209003	ADQUISICION DE SER/710 Servicios técnicos asistenciales	21,421,018.00

CODIFICACION CONTABILIDAD PRESUPUESTAL

DEBITO	CREDITO	VALOR
730102	240101	21,421,018.00
730102	249055	
SUMAS IGUALES		21,421,018.00

Vo.Bo

ORDENADOR DEL GASTO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ADRIANAM
Formato imp. 113 /Serial 235991

27 11 2025 161,280.00

MUNICIPIO DE ICONONZO TOLIMA

CIENTO SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
TESORERIA GENERAL

COMPROBANTE DE EGRESOS No00235938

DEBE A:

FECHANOVIEMBRE 27 DEL 2025

MUNICIPIO DE ICONONZO TOLIMA 800,100,059

CIENTO SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x

DESCUENTOS 161,280.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 161,280.00

CONCEPTO:

ESTAMPILLA RETEICA TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41384225274 1280

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
24362701	161,280.00	0.00	Reteica Ccio y Serv 7*1000
11100639	0.00	161,280.00	BANCOLOMBIA 41384225274 MONOPOLIO 2025
SUMAS IGUALES	161,280.00	161,280.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00235938

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: reteicaoctTrazadores
Secuencia: L
Número de cuenta a debitar: 41384225274

Fecha: 01-12-2025 **Hora:** 06:42:02
Fecha de Generación: 01-12-2025

Fecha de envío del pago: 27-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 27-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $161,280.00	**Valor Registros Procesados:** $161,280.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41326755646	Ahorros	800100059	RETEICA	161,280.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	27-11-2025

PAGO ESTAMPILLAS OCTUBRE 2025 TRAZADORES

TERCERO	DOCUMENTO	BASE	PRO-ANCIANO 4%	PRO-CULTURA 1%	RETEICA 7X1000
			4%	1%	0,007
LEWIS LEONARDO GALINDO	77092221	$ 4.608.000,00	$ 184.320,00	$ 46.080,00	$ 32.256,00
JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ	80002255	$ 2.304.000,00	$ 92.160,00	$ 23.040,00	$ 16.128,00
DIEGO ALEJANDRO LASSO TORRES	83258044	$ 1.536.000,00	$ 61.440,00	$ 15.360,00	$ 10.752,00
DIEGO MAURICIO GUERRERO	1026571322	$ 2.304.000,00	$ 92.160,00	$ 23.040,00	$ 16.128,00
DANIEL ESTEBAN SALAMANCA	1032500295	$ 768.000,00	$ 30.720,00	$ 7.680,00	$ 5.376,00
CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS	1070810067	$ 8.448.000,00	$ 337.920,00	$ 84.480,00	$ 59.136,00
VLADIMIR FERREIRA OLANO	85050221	$ 3.072.000,00	$ 122.880,00	$ 30.720,00	$ 21.504,00
TOTAL		**$ 23.040.000,00**	**$ 921.600,00**	**$ 230.400,00**	**$ 161.280,00**

Reteico $ 161.280

27 11 2025 921,600.00

MUNICIPIO DE ICONONZO TOLIMA

NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.

x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA

TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS No00235936

FECHANOVIEMBRE 27 DEL 2025

MUNICIPIO DE ICONONZO TOLIMA 800,100,059

NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.

x

DESCUENTOS 921,600.00

RETEFUENTE _____

OTROS _____

NETO A PAGAR $ 921,600.00

CONCEPTO:

ESTAMPILLA PRO ANCIANO TRAZADORES MES DE OCTUBRE 2025

BANCOLOMBIA 41384225274 1600

CODIFICACION CONTABILIDAD FINANCIERA

CODIGO	DEBITO	CREDITO	
24072201	921,600.00	0.00	ESTAMPILLA PROANCIANO
11100639	0.00	921,600.00	BANCOLOMBIA 41384225274 MONOPOLIO 2025
SUMAS IGUALES	921,600.00	921,600.00	

_____

RECIBI DEL BENEFICIARIO

C.C.No.

00235936

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: PROADULTOtrazadorOct
Secuencia: O
Número de cuenta a debitar: 41384225274

Fecha: 01-12-2025 **Hora:** 06:41:43
Fecha de Generación: 01-12-2025

Fecha de envío del pago: 27-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 27-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $921,600.00	**Valor Registros Procesados:** $921,600.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
41347955939	Ahorros	800100059	estampADULTOMAYOR	921,600.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	27-11-2025

PAGO ESTAMPILLAS OCTUBRE 2025 TRAZADORES

TERCERO	DOCUMENTO	BASE	PRO-ANCIANO 4%	PRO-CULTURA 1%	RETEICA 7X1000
			4%	1%	0,007
LEWIS LEONARDO GALINDO	77092221	$ 4.608.000,00	$ 184.320,00	$ 46.080,00	$ 32.256,00
JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ	80002255	$ 2.304.000,00	$ 92.160,00	$ 23.040,00	$ 16.128,00
DIEGO ALEJANDRO LASSO TORRES	83258044	$ 1.536.000,00	$ 61.440,00	$ 15.360,00	$ 10.752,00
DIEGO MAURICIO GUERRERO	1026571322	$ 2.304.000,00	$ 92.160,00	$ 23.040,00	$ 16.128,00
DANIEL ESTEBAN SALAMANCA	1032500295	$ 768.000,00	$ 30.720,00	$ 7.680,00	$ 5.376,00
CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS	1070810067	$ 8.448.000,00	$ 337.920,00	$ 84.480,00	$ 59.136,00
VLADIMIR FERREIRA OLANO	85050221	$ 3.072.000,00	$ 122.880,00	$ 30.720,00	$ 21.504,00
TOTAL		**$ 23.040.000,00**	**$ 921.600,00**	**$ 230.400,00**	**$ 161.280,00**

Pro-anciano $ 921.600

52 x

27 11 2025 230,400.00

MUNICIPIO DE ICONONZO TOLIMA

DOSCIENTOS TREINTA MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.

x

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA
TESORERIA GENERAL

DEBE A:

COMPROBANTE DE EGRESOS No00235937

MUNICIPIO DE ICONONZO TOLIMA 800,100,059

FECHANOVIEMBRE 27 DEL 2025

DOSCIENTOS TREINTA MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SUMAPAZ CONV
NIT: 890702190
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: pCulturaoctTrazadore
Secuencia: G
Número de cuenta a debitar: 41384225274

Fecha: 01-12-2025 **Hora:** 06:41:52
Fecha de Generación: 01-12-2025

Fecha de envío del pago: 27-11-2025
Fecha para Procesar el pago: 27-11-2025

Impreso por: 28787858

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $230,400.00	**Valor Registros Procesados:** $230,400.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000466093000187	Ahorros	800100059	ESTprocultura	230,400.00	BANCO AGRARIO	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA DE OTRO BANCO	27-11-2025

PAGO ESTAMPILLAS OCTUBRE 2025 TRAZADORES

TERCERO	DOCUMENTO	BASE	PRO-ANCIANO 4%	PRO-CULTURA 1%	RETEICA 7X1000
			4%	1%	0,007
LEWIS LEONARDO GALINDO	77092221	$ 4.608.000,00	$ 184.320,00	$ 46.080,00	$ 32.256,00
JAIME ALBERTO PULGARIN FERNANDEZ	80002255	$ 2.304.000,00	$ 92.160,00	$ 23.040,00	$ 16.128,00
DIEGO ALEJANDRO LASSO TORRES	83258044	$ 1.536.000,00	$ 61.440,00	$ 15.360,00	$ 10.752,00
DIEGO MAURICIO GUERRERO	1026571322	$ 2.304.000,00	$ 92.160,00	$ 23.040,00	$ 16.128,00
DANIEL ESTEBAN SALAMANCA	1032500295	$ 768.000,00	$ 30.720,00	$ 7.680,00	$ 5.376,00
CARLOS ALBERTO DIAZ BALLESTEROS	1070810067	$ 8.448.000,00	$ 337.920,00	$ 84.480,00	$ 59.136,00
VLADIMIR FERREIRA OLANO	85050221	$ 3.072.000,00	$ 122.880,00	$ 30.720,00	$ 21.504,00
TOTAL		**$ 23.040.000,00**	**$ 921.600,00**	**$ 230.400,00**	**$ 161.280,00**

Pro-cultura $ 230.400