CUENTA DE COBRO N° 5

SECPO II CO1.PCCNTR. 9292882

E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
EL PLAYON -SANTANDER
NIT: 804.005.555-5

DEBE A:

ROSALIA MINERVA OROZCO BARON
CC. N°. 36.564226

POR CONCEPTO DE: 5to Pago por Contrato de Suministro N° HSDS-SUM-058-2026, cuyo objeto es "CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN SANTANDER"

PERIODO DE COBRO:

DESDE:

DIA	MES	AÑO
01	05	2026

HASTA:

DIA	MES	AÑO
31	05	2026

LA SUMA DE: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS (3.244.500)

Para efectos de la exención prevista en el numeral 10 del Artículo 206 del estatuto Tributario me permito informar que no ha encontrado a dos (2) o más personas trabajadoras asociados al desarrollo de desarrollo de mi actividad económica, por ello solicito se aplique lo dispuesto para retención en la Fuente en el Artículo 383 del Estatuto Tributario.

Dada en El Playón (Santander), a los (11) días del mes de junio de 2026.

Rosalia Orozco Baron

ROSALIA MINERVA OROZCO BARON
CC. N° 36.564.226
CONTRATISTA

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

FECHA DEL INFORME

DIA	MES	AÑO
11	06	2026

Informe N° 5 CONTRATO DE SUMINISTROS
N° HSDS-SUM-058-2026
SECOP II **CO1.PCCNTR.9292882**

PERIODO INFORMADO
DESDE:

DIA	MES	AÑO
01	05	2026

HASTA:

DIA	MES	AÑO
31	05	2026

TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE SUMINISTROS

DATOS GENERALES DEL CONTRATO DEL PRESENTE INFORME

CONTRATANTE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO EL PLAYÓN-SANTANDER.
CONTRATISTA: ROSALIA MINERVA BARON OROZCO
CEDULA DE CIUDADANIA: 36.564.226
OBJETO: "CONTRATO DE SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA USUARIOS HOSPITALIZADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN SANTANDER"
CONTRATO DE SUMINISTRO: N° HSDS-SUM-058-2026
PLAZO INICIAL: CINCO (05) MESES Y/O HASTA AGOTAR RECURSOS
FECHA ACTA DE INICIO: 30 DE ENERO DE 2026
FECHA DE FINALIZACION: 29 DE JUNIO DE 2026

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO INFORMADO

Durante un periodo informado, el suscrito(a) realizo las siguientes actividades en cumplimiento del objeto contractual.

Suministro de alimentación (Desayuno, Refrigerios, Almuerzo y cena) a los pacientes de la ESE Hospital Santo Domingo Savio del municipio de El Playón-Santander en el servicio de hospitalización.

SUMINISTRO DE DESAYUNO CON UN TOTAL DE 86*10.000 = $860.000

SUMINISTROS DE ALMUERZOS CON UN TOTAL DE 81*14.500 = $1.174.500

SUMINISTROS DE CENAS CON UN TOTAL DE 81*10.000= $810.000

SUMINISTROS DE REFRIGERIOS CON UN TOTAL DE 80*3.000=$240.000

SUMINISTROS DE REFRIGERIOS CON UN TOTAL DE 30*4.000=$120.000

SUMINISTROS DE REFRIGERIOS CON UN TOTAL DE 10*40

ANEXOS Y DOCUMENTOS DE SOPORTE DEL PRESENTE INFORME

Al presente informe, anexo los siguientes documentos como soporte:

1.copia de la planilla y colilla de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, así:

PERIODO DE COTIZACIÓN	MAYO 2026
FECHA DE PAGO	11/06/2026
N° DE PLANILLA	4655551669
OPERADOR PILA	SOI
IBC COTIZADO	1.750.905

2.Cuenta de cobro N°5 de fecha (11) de JUNIO de 2026

VALOR A PAGAR POR LA E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO EL PLAYON-SANTANDER QUE SE SOPORTA CON EL PRESENTE INFORME

Valor total del contrato:	$ 20.250.000
Valor Pago soportado con este informe	$3.244.500

Elaborado por,

ROSALIA MINERVA OROZCO BARON
CC. N° 36.564.226
CONTRATISTA

E.S.E HOSPITAL Santo Domingo Savio

CONTROL DIARIO DE ALIMENTACION A HOSPITALIZACION

Código: FT-HOS-01
Versión 02
Fecha: Mayo 31 de 2024
Página 1 de 1

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE INDENTIDAD	EPS	DESAYUNO	AALMUERZO	REFRIGERIO	CENA	FIRMA AUXILIAR DE TURNO
1-5-26	Yolanda Molina	28237086	NEPS	X	X		X	
1-5 26	Karol Ramirez Saenz	1100896133	S. total	X	X		X	
1-5 26	Natalia Betancur	1110473354	Dispensario	X	X		X	
2-5 26	Yolanda Molina	28237086	NEPS	X	X		X	
2 5 26	Karol Ramirez Saenz	1100896133	S total	X	—		—	
2 5 26	Natalia Betancur	1110473354	Dispensario	X	X		X	
3 5 26	Yolanda Molina	28237086	NEPS	X	X		X	
3 5 26	Natalia Betancur	1110473354	Dispensario	X	—		—	
3 5 26	Yaneth Sanchez	33449048	S. Total	—	X		X	
4 5 26	Yolanda Molina	28237086	NEPS	X	X		X	
4 5 26	Yaneth Sanchez	33449048	S total	X	X		X	
5 5 26	Yolanda Molina	28237086	NEPS	X	—		—	
5 5 26	Yaneth Sanchez	33449048	S. Total	X	X		X	
5 5 26	Luis Alfredo Sandoval	73022688	NEPS	—	X		X	
6 5 26	Yaneth Sanchez	33449048	S. total	X	X		—	
6 5 26	Luis Alfredo Sandoval	73022688	NEPS	X	X		X	
6 5 26	Maria Antena Gutierrez	28344206	NEPS	—	—		X	
7 5 26	Luis Alfredo Sandoval	730 22688	NEPS	X	X		X	
7 5 26	Maria A. Gutierrez.	28 344206	NEPS	X	X		X	
8 5 26	Luis Alfredo Sandoval	73022688	NEPS	X	X		—	
8 5 26	Maria A. Gutierrez	28344206	NEPS	X	X		X	
8 5 26	Barbara Medina	28344407	NEPS	X	X		X	
9 5 26	Maria A Gutierrez	28 344 206	NEPS	X	X		X	

E.S.E HOSPITAL Santo Domingo Savio

CONTROL DIARIO DE ALIMENTACION A HOSPITALIZACION

Código: FT-HOS-01
Versión 02
Fecha: Mayo 31 de 2024
Página 1 de 1

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE INDENTIDAD	EPS	DESAYUNO	AALMUERZO	REFRIGERIO	CENA	FIRMA AUXILIAR DE TURNO
9 5 26	Barbara Medina	28344407	NEps	X	X		X	
9 5 26	Harbey Mora	1097302464	famisanar	—	—		X	
10 5 26	Maria Gutierrez	28344206	NEps	X	X		X	
10 5 26	Barbara Medina	28344407	NEps	X	X		X	
10 5 26	Harbey Mora	1097502464	famisanar	X	X		X	
10 5 26	Serafin Gelves	2156123	NEps	—	X		X	
11 5 26	Maria Gutierrez	28344206	NEps	X	—		—	
11 5 26	Barbara Medina	28344407	NEps	X	X		X	
11 5 26	Harbey Mora	1097502464	famisanar	X	—		—	
11 5 26	Serafin Gelves	2156123	NEps	X	X		X	
11 5 26	Ana de Dios	28344786	NEps	X	X		X	
11 5 26	Zenilde Paez C	60415153	S.total.	—	X		X	
12 5 26	Barbara Medina	60415153	S.total	X	X		X	
12 5 26	Serafin Gelves	2156123	NEps	X	X		X	
12 5 26	Ana de Dios	28344786	N-EPS	X	X		X	
12 5 26	Zenilde Paez C	60415153	S.total	X	X		X	
12 5 26	Sley Rubi Paez T.	1097307854	S.total	—	—		X	
13 5 26	Barbara Medina	60415153	S.total	X	X		X	
13 5 26	Serafin Gelves	2156123	NEPS	X	X		X	
13 5 26	Ana de Dios	28344786	NEPS	X	X		X	
13 5 26	Zenilde Paez C	60415193	S. total	X	X		X	
13 5 26	Sley Rubi Paez T	1097307854	S. total	X	X		X	
14 5 26	Barbara Medina	28344407	NEPS.	X	X		X	

E.S.E HOSPITAL Santo Domingo Savio — Tu Bienestar es Nuestra Prioridad — El Rayito

CONTROL DIARIO DE ALIMENTACION A HOSPITALIZACION

Código: FT-HOS-01
Versión 02
Fecha: Mayo 31 de 2024
Página 1 de 1

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE INDENTIDAD	EPS	DESAYUNO	AALMUERZO	REFRIGERIO	CENA	FIRMA AUXILIAR DE TURNO
14-5-26	Serafin Gelves	9156123	NEPS	X	X		X	
14-5-26	Ana de Dios	28344786	NEPS	X	X		X	
14-5 26	Zenilde Paez C	60415133	S. Total	X	X		X	
14-5 26	Sley Rubi Paez T	1097307854	S. total	X	X		X	
14 5 26	Rafael Antonio Gelves	1935388	NEPS	X	X		X	
14-5-26	Marco Aurelio Rueda	7922639	NEPS	—	—		X	
15 5 26	Barbara Medina	28344407	NEPS	X	X		—	Andrea Cala B
15 5 26	Serafin Gelves	9156123	NEPS	X	X		X	Andrea Cala B
15 5 26	Ana de Dios	28344756	NEPS	X	X		X	Andrea Cala B
15 5 26	Zenilde Paez C	60415133	S. total	X	X		—	Andrea Cala B
15 5 26	Rafael Antonio Gelves	1955388	NEPS	X	X		X	Andrea Cala B
15 5 26	Marco Aurelio Rueda	7922639	NEPS	X	—		—	Andrea Cala B
15 5 26	Anayibe Martinez	1007909631	NEPS	—	X		X	Andrea Cala B.
16 5 26	Serafin Gelves	9156123	NEPS	X	X		—	
16 5 26	Ana de Dios	28344736	NEPS	X	—		—	
16 5 26	Rafael Antonio Gelves	1955388	NEPS	X	—		—	
16 5 26	Anayibe Martinez.	1007909631	NEPS.	X	—		—	
18 5 26	Kevin A. Alarcon Rincon	1097305023	NEPS.	X	X		X	parra
19 5 26	Kevin A. Alarcon Rincon	1097305023	NEPS	X	—		—	
19 5 26	Cenobia Pabon	28330384	NEPS	X	—		—	
19 5 26	Heidy Rodriguez Moreno	1097307124	NEPS	—	X		X	
20 5 26	Heidy Rodriguez Moreno	1097307124	NEPS	X	X		—	
20 5 26	Euclides Blanco B.	5722477		—	—		X	Monica Cobos

E.S.E HOSPITAL Santo Domingo Savio — Tu Bienestar es Nuestra Prioridad

CONTROL DIARIO DE ALIMENTACION A HOSPITALIZACION

Código: FT-HOS-01
Versión 02
Fecha: Mayo 31 de 2024
Página 1 de 1

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE INDENTIDAD	EPS	DESAYUNO	AALMUERZO	REFRIGERIO	CENA	FIRMA AUXILIAR DE TURNO
21 5 26	Euclides Blanco	5722477	NEPS	X	X		X	Monica Parra Cobos
21 5 26	José Vicente Roa	2155224	NEPS	X	X		X	Monica Parra Cobos
22 5 26	Ricardo Alvernia	13168806	NEPS	—	X		X	
22 5 26	Jhon Herrera	1095804964	NEPS	—	X		X	
22 5 26	Euclides Blanco Blanco	5722477	NEPS	X	X		—	
22 5 26	José Vicente Roa	2155224	NEPS	X	—		X	
22 5 26	Rosa flores	37667096	NEPS	—	—		X	
22 5 26	Daniela parra	1095804475	famisanar	X	X		X	
23 5 26	Ricardo Alvernia	13168805	NEPS	X	X		X	
23 5 26	Jhon Herrera	1095804964	NEPS	X	X		—	
23 5 26	Euclides Blanco Blanco	5722477	NEPS	X	—		X	
23 5 26	Daniela Parra	37667096	NEPS	X	X		X	
23 5 26	Rosa flores	1095804475	famisanar	X	X		—	
24 5 26	Ricardo Alvernia	13168806	NEPS	X	—		X	
24 5 26	Jhon Herrera	1095804964	NEPS	X	X		—	
24 5 26	Daniela Parra	1095804475	famisanar	X	—		—	
24 5 26	Rosa flores.	37667096	NEPS	X	—		—	
24 5 26	Maria del Carmen Baez	1097303 57	NEPS	X	X		X	
24 5 26	Marian Hernandez	1097307442	NEPS	—	X		X	
25 5 26	Jhon Herrera	1095804964	NEPS	X	X		X	
25 5 26	Maria del Carmen Baez	1097303 57	NEPS	X	X		X	
25 5 26	Marian Hernandez	1097307442	NEPS	X	X		—	
26 5 26	Maria del carmen Baez	1097303 57	NEPS	X	X		X	

E.S.E HOSPITAL Santo Domingo Savio
"Tu Bienestar es Nuestra Prioridad" El Alagón

CONTROL DIARIO DE ALIMENTACION A HOSPITALIZACION

Código: FT-HOS-01
Versión 02
Fecha: Mayo 31 de 2024
Página 1 de 1

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE INDENTIDAD	EPS	DESAYUNO	AALMUERZO	REFRIGERIO	CENA	FIRMA AUXILIAR DE TURNO
26 5 26	Jhon Herrera	1095804964	NEPS	X	X		X	
27 5 26	Jhon Herrera	1095804964	NEPS	X	—		—	
27 5 26	Maria del Carmen Perez	1097303575	NEPS	X	X		X	
29 5 26	Jose Adilio Padilla	131841	NEPS	—	X		X	
29 5 26	Fidelina Parada Bejar	27654680	NEPS	—	X		X	
29 5 26	Humberto Perez	2155521	NEPS	—	X		X	
29 5 26	Andres Carmica Uribe	5695152	famisanar	—	—		X	
30 5 26	Jose' Adilio Padilla	131841	NEPS	X	X		X	
30 5 26	Fidelina parada Bejar	27654680	NEPS	X	X		X	
30 5 26	Humberto perez	2155521	NEPS	X	X		X	
30 5 26	Andrés Carmica Uribe	5695152	famisanar	X	—		—	
31 5 26	Jose' Adilio Padilla	131841	NEPS	X	X		X	
31 5 26	Fidelina parada Bejar	27654680	NEPS	X	X		X	
31 5 26	Humberto perez	2155521	NEPS	X	X		X	

NOVEDAD PARA C

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 36564226

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	ROSALIA MINERVA OROZCO BARON		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	36564226
Ciudad/Municipio	EL PLAYON	Departamento	SANTANDER
Dirección	CALLE 15 6 49 PLAYON	Teléfono	6292288
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y facilitadoras
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**4655551669**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	mayo / 2026	Periodo Cotización Salud	mayo / 2026
Dias de Mora	6	Fecha Pago	2026/06/11
Número Autorización	9997113254		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ROSALIA MINERVA	Apellidos	OROZCO BARON
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	36564226
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 280.200
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 280.200**

SALUD		Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-25-COLMENA
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	36564226	**Total Aporte**	**$ 9.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**