Versalles – Valle, Mayo de 2026

# CUENTA DE COBRO CFJA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA (Art. 3 Decreto 522 de marzo de 2003)

**EL HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO**
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**DE VERSALLES VALLE**
**NIT. 891901061-9**

26/08/2026 11:21 a. m. HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E. VERSALLES - VALLE DEL CAUCA
COMUNIC. No.
REMITENTE: CLAUDIA FERNANDA JURADO ARISTIZABAL
ENTIDAD: CLAUDIA FERNANDA JURADO ARISTIZABAL
ASUNTO: CTA. COBRO DE MAYO 2026 ORD. SERVICIOS
DESTINATARIO: ESTEBAN BERMUDEZ B.
DEPEND. Y CODIGO: AUX. CONTABLE
FOLIOS: 4 ANEXOS: 1 DOCUMENTOS
OBSERVACIONES: NINGUNO
RADICO: EMILEN DAHIANA MARIN CH
CITE ESTE No. 9445

## DEBE A:

**DEBE A: Claudia Fernanda Jurado Aristizabal.**
**C.C 1.006.428.754**

La suma de: 467.000 de pesos M/CTE. ($), Por concepto de prestación de servicios como auxiliar de enfermería en la institución Hospital Henry Valencia Orozco E.S.E; según actividades desarrolladas desde el 1 al 7 de mayo de 2026.

Favor efectuar el pago en: transferencia a la cuenta de ahorros No. 488401534232 de Davivienda.

Cordialmente

Claudia Fernanda Jurado

$462.330

Claudia Fernanda Jurado Aristizabal
C.C: 1.006.428.754

*Versalles valle del cauca mayo de 2026*

Scanned with CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141122754168

(415)7707212489984(8020) 000014112275416 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 0 0 6 4 2 8 7 5 4 | 6 | Impuestos y Aduanas de Tuluá | 2 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 0 6 4 2 8 7 5 4 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | | 30. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Valle del Cauca | 7 6 | Versalles | 8 6 3 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| JURADO | ARISTIZABAL | CLAUDIA | FERNANDA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | | 40. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca | 7 6 | Versalles | 8 6 3 |

41. Dirección principal: CL 8 # 7

42. Correo electrónico: claferju15@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 5 0 4 7 8 8 3 6 2 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | 50. Código | 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | | | | |
| 8 6 9 2 | 2 0 2 1 0 6 0 1 | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

54. Código

## Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2024-09-05 / 03:32:03PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: JURADO ARISTIZABAL CLAUDIA FERNANDA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-08-2026 10:48:01AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**VERSALLES,**
**VALLE DEL**
**CAUCA,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

**26/08/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CLAUDIA JURADO ARISTIZABAL** con **Cédula de Ciudadanía** número **1006428754**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488401534232** |
| Fecha de apertura | **26/09/2018** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-2000
VERSALLES
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-FEB-2018 VERSALLES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIDO VÁCHA

P-3111200-00983341-F-1006428754-20180301 0059674466G 1 46349265

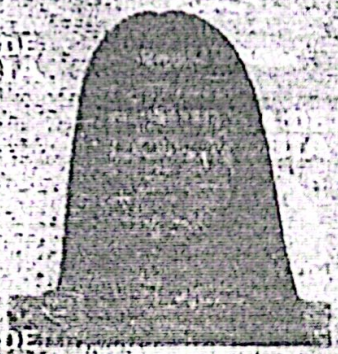
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.428.754

JURADO ARISTIZABAL
APELLIDOS

CLAUDIA FERNANDA
NOMBRES

FIRMA



Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E. | **HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E.**<br>**NIT: 891901061** |

## CERTIFICADO DE COMPROMISO PRESUPUESTAL No. 517

**La Dirección Administrativa y Financiera**

**CERTIFICA:**

Que en cumplimiento de las normas legales existe una disponibilidad Presupuestal de la Vigencia Fiscal de 2026 que ampara los conceptos y valores relacionados a continuación

| RUBRO | DESCRIPCION DEL RUBRO | VIGENCIA | CPC | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| 2.4.5.02.09.001 | Honorarios Asistenciales | VIGENCIA ACTUAL | | 467,000 |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL:** | **467,000** |
| **SON:** CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL PESOS M/L | |
| **Afectando la Disponibilidad No:** CD6506 | **Contrato No:** |
| **A Nombre De:** JURADO ARISTIZABAL CLAUDIA FERNANDA | |
| **N.I.T.:** 1.006.428.754 | **Registro Presupuestal No.** CO6 |
| **Concepto:** PRESTAR APOYO TECNICO A LA GESTON EN EL AREA ASISTENCIAL DE URGENCIAS Y REMISIONES DEL HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E. | |

Fecha de Expedición: Expedido a los 26 días del mes de Agosto de la Vigencia de 2026

**Expedido por Presupuesto**

Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E. | **HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E.**<br>**NIT: 891901061** |

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 506

**La Dirección Administrativa y Financiera**

**CERTIFICA:**

Que existe disponibilidad en el Presupuesto de la Vigencia Fiscal de 2026 que ampara los conceptos y valores relacionados a continuación

**OBJETO:** PRESTAR APOYO TECNICO A LA GESTON EN EL AREA ASISTENCIAL DE URGENCIAS Y REMISIONES DEL HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E.

| RUBRO | DESCRIPCION DEL RUBRO | VIGENCIA | CPC | VALOR | VR. DISPONIBLE |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.4.5.02.09.001 | Honorarios Asistenciales | VIGENCIA ACTUAL | | 467,000 | 0 |
| | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **TIPO DOCTO MVTO:** CD6 | **TOTAL CERTIFICADO:** | **467,000** |
| **SON:** CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL PESOS M/L | | |

Solicitado por: ADMINISTRATIVA

Fecha de Expedición: Expedido a los 26 días del mes de 08 de la Vigencia de 2026

Fecha de Vencimiento: 26-Sep-2026

**Expedido por Presupuesto**

Scanned with CamScanner

| | HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E<br>VERSALLES – VALLE DEL CAUCA<br>NIT. 891.901.061-9 | | | | CÓDIGO: FC-CO-FO-01 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | VERSION: 01 |
| | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 157 | | | | FECHA: 28/02/2025 |
| | | | | | TRD: |
| CDP No. | 506 | Fecha CDP: | 26-ago-26 | | $ 467.000 |
| FECHA: | 26-ago-26 | A FAVOR DE: (Persona natural o jurídica) | | CLAUDIA FERNANDA JURADO ARISTIZABAL | |
| PRESTACION DE SERVICIO: PRESTAR APOYO TECNICO EN EL AREA ASISTENCIAL DE URGENCIAS Y REMISIONES DEL HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E | | NIT/CÉDULA | | 1006428754 | |
| | | DIRECCIÓN | | CLL 8 No 7 | |
| | | TELEFONO | | 3504788362 | |
| | | CORREO ELECTRÓNICO | | claferju15@gmail.com | |

JUSTIFICACIÓN: El HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E constató previa revisión de los estudios de necesidad, que en la actualidad la entidad no cuenta dentro de su personal de planta con personal que desarrolle actividades relacionadas.

| FORMA DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO | PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO<br>treinta días (30) | |
|---|---|---|
| PRESTAR APOYO TECNICO EN EL AREA ASISTENCIAL DE URGENCIAS Y REMISIONES DEL HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E | LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO | HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E |
| COSTOS DEL SERVICIO | cuatrocientos setenta y siete mil pesos ml | |

| PLAZOS Y FORMAS DE PAGO | MÉTODO DE PAGO |
|---|---|
| El pago se realizará al finalizar el servicio, cumplinedo los requisitos de presentación de la factura y soportes correspondientes. | [Transferencia bancaria, cheque, efectivo, etc.]. |

OBSERVACIONES:

Firmas: GERENTE HOSPITAL HENRY VALENCIA OROZCO E.S.E — REPRESENTANTE LEGAL P.N o P.J

Firmas: SUPERVISOR -

El funcionario supervisor, certifica que el servicio se recibió a satisfacción, acorde a lo establecido en la orden de servicio, requisito para trámite de pago

Scanned with CamScanner