# ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO

**NIT: 899.999.164-9**
**Calle 3 Nº 3-87/95 Tabio- Cundinamarca**
**Tel: 8647222**

## COMPROBANTE DE EGRESO
## 13026

**FECHA** : 12/12/2023
**PAGADO A** : ALMONACID RAMIREZ JULIO FERNANDO
**C.C/NIT** : 80421389
**LA SUMA DE** : CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE** : PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL Y APOYO A LOS TRASLADOS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL REQUERIDOS POR LA ESE, SEGÚN CONTRATO Nº 246, DURANTE EL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023. (REC. PROPIOS).

**DETALLE DEL EGRESO:**

**DETALLE PRESUPUESTO**

| Giro | Compromiso | CRP | CDP | Rubro | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1350 | 1624 | 538 | 544 | 2.4.5.02.09.01 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES | 5,878,000.00 |
| | | | | | TOTAL | 5,878,000.00 |

**DETALLE ORDENES DE PAGO**

| No. Orden Pago | Detalle | Valor Orden | Saldo |
|---|---|---|---|
| 16146 | PRESTACION SERVICIOS APOYO EN PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ASISTENCIAL MEDICO GENERAL EN URGENCIAS, HOSPITALIZACION, APOYO TRASLADOS TRANSPORTE ASISTENCIAL QUE SEAN REQUERIDOS POR CRITERIO MEDICO DE LA ESE, DEL 1 AL 30, NOVIEMBRE 2023. FRA.11. CTO 246. | | 5,878,000.00 |
| | | TOTAL | 5,878,000 |

**DETALLE DE PAGO**

| Cuenta | Descripción | Debito | Credito |
|---|---|---|---|
| 11100506 | BANCOLOMBIA C. 343104923-93 | 0.00 | 5,878,000.00 |
| 24255301 | SERVICIOS | 5,878,000.00 | 0.00 |

**Transferencia** Desde BANCOLOMBIA Cuenta No. : 34310492393 Hacia: BANCOLOMBIA Cuenta No. 35441490141

Recibi:

**ISABEL ROCIO GARZÓN FORERO**
GERENTE

**JUAN ANTONIO FORERO RODRIGUEZ**
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

C.C / NIT

| Elaboro | Subgerencia Administrativa |
|---|---|
| Nubia Liliana Peñuela | Juan Antonio Forero Rodriguez |

**Usuario que Digita: LAG**

**Empresa:** HOSPITAL NUESTRA SENO **Nit:** 899999164
**Usuario:** ISABEL ROCIO GARZON FORERO

**12 de Diciembre de 2023 11:48:59 AM**
**Dirección IP:** 186.170.27.98

**Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el:** martes, 12 de diciembre de 2023 - 11:21 AM

## Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado **Detalle** Verificación Confirmación

**Bancolombia NIT 890903938-8**
HOSPITAL NUESTRA SENO
**NIT:** 899999164
**FECHA:** 12/12/2023

| | |
|---|---|
| **Entidad** | BANCOLOMBIA |
| **Producto Beneficiario** | 35441490141 |
| **Identificación Beneficiario** | 80421389 |
| **Nombre del Beneficiario** | FERNANDO ALMONACID |
| **Tipo de Producto** | |
| **Tipo de Transacción** | 37 |
| **Valor** | 5,878,000.00 |
| **Concepto de la Transacción** | Rec Prop |
| **Referencia** | Rec Prop Nov 01 a 30 |
| **Lugar de Pago** | S |
| **Estado del Pago:** | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE |

Regresar

11

| DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA<br>Para Personas Naturales No Comerciantes o Regimen Simplificado<br>Decreto 522 de 2003, Articulo 3º | NUMERO | FECHA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | A | M | D |
| | 11 | 2023-11-30 | | |

***INFORMACIÓN DE LA PERSONA NATURAL (Vendedor)***

| Nombre | CC | NIT | No. DE IDENTIFICACION | DV |
|---|---|---|---|---|
| JULIO FERNANDO ALMONACID RAMIREZ | X | - | 80.421.389 | |

| Dirección | Teléfono | Ciudad |
|---|---|---|
| CALLE 3 No. 16B-55 | 3185302530 | CAJICA |

***INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE***

| Nombre | C.C. | NIT | No. DE IDENTIFICACION | DV |
|---|---|---|---|---|
| E.S.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO | | X | 899.999.164 | 9 |

| Dirección | Teléfono | Ciudad |
|---|---|---|
| CALLE 3 N 3-87 | 8647222 | TABIO |

| ***CONCEPTO*** | ***VALOR*** |
|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y APOYO A LOS TRASLADOS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL QUE SEAN REQUERIDOS POR CRITERIO MEDICO, 176 HORAS PROGRAMADAS(CIENTO SETENTA Y SEIS HORAS) Y 29 HORAS DE TRASLADOS (VEINTINUEVE). 18 HORAS EFECTIVAS Y 11 DURANTE EL TURNO. | $ 5.878.000 |
| DURANTE EL PERIODO DEL: 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023 | |
| CONTRATO: 246/2023 CDP: 429/544 | |

***FIRMA VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO***

JULIO FERNANDO ALMONACID RAMIREZ
CEDULA: 80.421.389
De: BOGOTA

| | |
|---|---|
| ***TOTAL*** | $ 5.878.000 |
| ***NETO A PAGAR*** | $ 5.878.000 |

VB PPTO

VB PPTO
Cto # 246
CDP: 544
RP # 538
2400020901. Rec propios $ 5.878.000

Neto: 5.878.000
Dto: 16146
VBoo: EMF

| HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO | GF- Gestión Financiera * C-Contabilidad | CÓDIGO | GF.C-F-001 |
|---|---|---|---|
| | **INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES** | VERSIÓN | 01 |
| | | CREACIÓN | 2020-02-20 |
| | | REVISIÓN | 2020-02-20 |

| DATOS DEL INFORME | | | |
|---|---|---|---|
| **INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES** | | | **Numero:** 5 |
| **2.Fecha de Presentación** | 30/11/2023 | **3. Período del informe:** | DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE 2023. |
| **4. Nombre del Contratista:** | JULIO FERNANDO ALMONACID RAMÍREZ | **5. Nombre Interventor o Supervisor:** | SUBGERENCIA CIENTIFICA |
| **6.Valor del Contrato:** | VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTIOCHOMIL PESOS M/CTE ($24.928.000) | **7.Valor de Adición:** | DOCE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATROMIL PESOS M/CTE ($12.464.000) |

| **8.DATOSDELCONTRATO** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **8.Contrato No.** | 246/2023 | **9.CDP** | 429/544 | **10.PLAZO** | (04) Cuatro meses | **11.PRORROGA** | (02) DOS MESES |
| **12. OBJETO** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y APOYO A LOS TRASLADOS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL QUE SEAN REQUERIDOS POR CRITERIO MEDICO. | | | | | | |

**C.EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO**

| 13.Obligaciones Contractuales | 14. Actividades realizadas y/o productos entregados | 15. Soportes |
|---|---|---|
| 1. Realizar consulta en donde se realice lo propio de las funciones médicas (solicitar exámenes de medicina general, formular, diagnosticar, prescribir el tratamiento correspondiente, realizar el proceso de internación, consulta externa y/o remitir a segundo nivel se es el caso), realizar todos los pasos necesarios para determinar la atención integral requerida de cada usuario, indicando con claridad las instrucciones necesarias al personal de apoyo para su realización y orientación a pacientes. | Se realiza consulta en consultorio de urgencias general y respiratorio (cumpliendo con el acto médico de atención de pacientes siguiendo el proceso de atención medica establecida por la institución) dejando registro completo y adecuado en historia clínica diligenciada en el sistema CITISALUD | Soporte de historia clínica en CITISALUD |
| 2. Realizar revista médica y verificar que las instrucciones dadas al personal de apoyo sean cumplidas | Se realiza revista médica de los pacientes que se encuentran en observación y hospitalización evaluando manejo tratamiento y órdenes médicas, verificando que se estén siguiendo por el personal de apoyo | Registro y soporte de la historia clínica de CITISALUD y en cuadro de entrega de turno |
| 3. Cumplir con responsabilidad con lo establecido en la Resolución No 1995 de 1999 y todo aquello que s e refiere a historia clínica guardando la debida | Se cumple con responsabilidad con lo establecido en la Resolución No 1995 de 1999 y todo aquello que s e refiere a | Registro y soporte de la historia clínica de CITISALUD |

| | | |
|---|---|---|
| reserva y discreción de la información que se le ha confiado | historia clínica guardando la debida reserva y discreción de la información que se le ha confiado | |
| 4. Participar en el proceso de notificación de enfermedades de interés de salud publica | Se participa en el proceso de notificación de enfermedades de interés de salud pública , realizando notificación de manera oportuna en los formatos establecidos | Fichas de notificación obligatorias y carpeta de registro de notificación que se encuentra en cada consultorio |
| 5. Cumplir con responsabilidad la asignación de turnos, realizando la entrega y recibo de turno de manera detallada las actividades, valoraciones médicas y procedimientos realizados a los pacientes ubicados en los diferentes servicios o informe de alguna novedad ocurrida | Se cumple con responsabilidad la asignación de turnos, realizando la entrega y recibo de turno de manera detallada las actividades, valoraciones médicas y procedimientos realizados a los pacientes ubicados en los diferentes servicios o informe de alguna novedad ocurrida | Registro en la entrega de turno que queda registro en onedriveospitaltabionsc @hotmail.com |
| 6. Dar buen uso y mantenimiento a los equipos a su cargo y responder por los mismos realizando un inventario inicial con marcas , referencias y características técnicas | Se da buen uso y mantenimiento a los equipos a su cargo y responder por los mismos realizando un inventario inicial con marcas, referencias y características técnicas | Inventario de equipos realizado por enfermería |
| 7. Diligenciamiento de todos los formatos establecidos y requeridos para la presentación de los servicios incluidos los RIPS | Se realiza diligenciamiento de todos los formatos establecidos y requeridos para la presentación de los servicios incluidos los RIPS | Registro y soporte de la historia clínica de CITISALUD |
| 8. Asistir a reuniones de tipo administrativo y/o educativas programados por las subgerencias administrativa y/o científica de carácter obligatorio según corresponda, garantizando la adherencia a los diferentes procesos y procedimientos inherentes al sistema integral de gestión (SIG) del hospital | Se asiste a reuniones de tipo administrativo y/o educativas programados por las subgerencias administrativa y/o científica de carácter obligatorio según corresponda, garantizando la adherencia a los diferentes procesos y procedimientos inherentes al sistema integral de gestión (SIG) del hospital | Actas de asistencia firmadas en cada reunión establecida |
| 9. Realizar demanda inducida a los diferente programas de P&D con que cuenta el Hospital, de acuerdo a las metas establecidas por la jefe de consulta externa | Se realiza demanda inducida a los diferentes programas de P&D con que cuenta el Hospital, de acuerdo a las metas establecidas por la jefa de consulta externa | Registro y soporte de la historia clínica de CITISALUD |
| 10. Coordinar y/o apoyar los diferentes programas asignados por el supervisor del contrato | Registro y soporte de la historia clínica de CITISALUD | Registro y soporte de la historia clínica de CITISALUD |
| 11. Practicar y fomentar la atención | Se fomenta la atención | Registro y soporte de la |

| | | |
|---|---|---|
| humanizada como pilar de la institución, en el marco de los planes y programas implementados en la ESE Nuestra señora del Carmen aportando a un servicio de alta calidad | humanizada , aportando un servicio de alta calidad | historia clínica de CITISALUD |
| 12. Apoyar la implementación de los procesos de MIPG. | Se apoya la implementación de los procesos de MIPG | Documentos anexos a hoja de vida en soporte en talento humano |
| 13. Conocer y practicar los lineamientos, guías, protocolos y demás políticas establecidas por la institución. | Se participo activamente en las reuniones de adherencia de lineamientos, guías, protocolos y demás políticas establecidas por la institución. | Copia de presentaciones de capacitaciones realizadas por el profesional, acta de socialización y asistencia, firma de asistencia en las capacitaciones realizadas por los otros profesionales |
| 14. Acatar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo al objeto del contrato. | Se realizo capacitaciones virtuales (respondiendo los test correspondientes), cumpliendo con los lineamientos establecidos por la institución | Registro de asistencia a las capacitaciones de los diferentes procesos y cumplimiento de los registros solicitados |

ELCONTRATISTA:

Nombre: JULIO FERNANDO ALMONACID RAMÍREZ

Firma:

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 | 80421389 | JULIO FERNANDO ALMONACID RAMIREZ | VIA TABIO KL 1.5 VEREDA CANELON | 3185302530 | fernandoalmonacidramirez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | CAJICÁ | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 23/11/2023 | 72648667 | $810,600 |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 355,500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 355,500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 455,100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 455,100 | 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 | | | | | | | | | | |

**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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 355,500 | 355,500 |
| Pensión | 1 | 455,100 | 455,100 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 810,600 | 810,600 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80421389 | JULIO FERNANDO ALMONACID RAMIREZ | | VIA TABIO KL 1.5 VEREDA CANELON | 3185302530 | fernandoalmonacidramirez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | CAJICÁ | | SI |

| 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 | |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 23/11/2023 | 72648667 | $810.600 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | 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 |
| CC | 80421389 | ALMONACID RAMIREZ JULIO FERNANDO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.844.000 | 456.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.844.000 | 355.500 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

RETENCIÓN EN LA FUENTE A TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR RENTAS DE TRABAJO

| EMPRESA DE EJEMPLO | Mes | Noviembre de 2023 |
|---|---|---|
| JULIO FERNANDO ALMONACID | Número de meses del cálculo | 1 |
| CC. 80421389 | Valor UVT 2023 | 42,412 |

| | Conceptos | Datos | Depuración |
|---|---|---|---|
| | **Total pagos en el mes** | | |
| 1 | Valor de la renta de trabajo | 5,878,000 | 5,878,000 |
| | **Total ingresos mes** | 5,878,000 | 5,878,000 |
| | **Menos ingresos no constitutivos de renta (INCR)** | | |
| | Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET) | 455,100 | 455,100 |
| | Fondo de Solidaridad Pensional | - | - |
| | Aportes vol. a fondos de pensiones oblig. (RAI) (Art. 55 ET) | | |
| | Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET) | 355,500 | 355,500 |
| | Aportes a ARL | - | - |
| | **Total ingresos no contitutivos de renta ni ganancia ocasional** | | 810,600 |
| | **Subtotal (A)** | | 5,067,400 |
| 2 | **Menos rentas exentas** | | |
| | Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET) | - | - |
| | Aportes con destino a cuentas AFC (art 126-4 ET) | - | |
| | **Total rentas exentas** | - | - |
| | **Subtotal (B)** | | 5,067,400 |
| 3 | **Menos deducciones** | | |
| | Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud | - | - |
| | Seleccione "SI" si tiene derecho a dependientes (Art 387 ET) | NO | - |
| | Intereses por prestamos de vivienda (en proporción a los meses certificados) | - | - |
| | | - | - |
| | **Total deducciones** | | - |
| | **Subtotal (C)** | | 5,067,400 |
| | **Menos renta exenta -25% del subtotal (C) (Numeral 10 art. 206 ET)** | | 1,266,850 |
| | **Limite del 40% y 1.340 UVT sobre Rentas Exentas y Deducciones** | | 1,266,850 |
| | **Base gravable (ver tabla)** | | 3,800,550 |
| | **Valor retención en la fuente a practicar por el periodo (art. 383 ET)** | 0.00% | $ - |

La retención en la fuente que se calcule en esta herramienta es aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria.
Parágrafo 2 Art. 383 ET
Modificado Ley 2277 de 2022

| | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO | CÓDIGO | GC.F-018 |
|---|---|---|---|
| | GC° Gestión Contractual | VERSIÓN | 01 |
| | INFORME ACTA DE CORTE Y SUPERVISIÓN | CREACIÓN | 2023-04-24 |
| | | REVISIÓN | 2023-04-24 |

**1. INFORMACIÓN CONTRATISTA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha: | 4/12/2023 | Acta de Corte N° | 5 | Periodo Ejecución: | 1/11/2023 | al | 30/11/2023 |
| Persona natural | X | Persona jurídica: | | Modalidad contratación: | CONTRATACIÓN DIRECTA | | |
| Numero cedula: | 80.421.389 | NIT: | | N° contrato: | 246-2023 | | |
| Nombre contratista: | JULIO FERNANDO ALMONACID RAMIREZ | | | | | | |
| Correo electrónico: | N/A | | | Numero de contacto: | 3185302530 | | |
| Nombre y cargo del supervisor: | SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO<br>SUBGERENTE CIENTIFICA | | | | | | |

**OBJETO DE CONTRATO:**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIAS , HOSPITALIZACION Y APOYO A LOS TRASLADOS DE TRANSPORTE ASISTENCIAL QUE SEAN REQUERIDOS POR CRITERIO MEDICO DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA.

**2. BALANCE FINANCIERO**

| | | |
|---|---|---|
| Valor inicial del contrato: | $ | 24.928.000,00 |
| Adicional N°1 (SI APLICA): | $ | 12.464.000,00 |
| Adicional N°2 (SI APLICA): | $ | - |
| Adicional N°3 (SI APLICA): | $ | - |
| Adicional N°4 (SI APLICA): | $ | - |
| Adicional N°5 (SI APLICA): | $ | - |
| Adicional N°6 (SI APLICA): | $ | - |
| Adicional N°7 (SI APLICA): | $ | - |
| Valor total del contrato: | $ | 37.392.000,00 |
| Acta de corte (1): | $ | 6.772.000,00 |
| Acta de corte (2): | $ | 6.572.000,00 |
| Acta de corte (3): | $ | 6.404.000,00 |
| Acta de corte (4): | $ | 7.108.000,00 |
| Acta de corte (5): | $ | 5.878.000,00 |
| Acta de corte (6): | | |
| Acta de corte (7): | | |
| Acta de corte (8): | $ | - |
| Acta de corte (9): | $ | - |
| Acta de corte (10): | $ | - |
| Acta de corte (11): | $ | - |
| Acta de corte (12): | $ | - |
| Valor ejecutado: | $ | 32.734.000,00 |
| Saldo por ejecutar: | $ | 4.658.000,00 |

**3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA**

| | |
|---|---|
| Plazo inicial del contrato: | CUATRO (04) MESES |
| Prorroga N° 1 (SI APLICA): | 2 MESES |
| Prorroga N° 2 (SI APLICA): | |
| Prorroga N° 3 (SI APLICA): | |
| Fecha de acta de inicio: | 1/07/2023 |
| Suspensión N° 1 ( SI APLICA): | |
| Reinicio N° 1 (SI APLICA): | |
| Suspensión N° 2 ( SI APLICA): | |
| Reinicio N° 2 (SI APLICA): | |
| Tiempo de cesión (SI APLICA): | |
| Plazo total del contrato: | SEIS (06) MESES |
| Fecha de terminación del contrato: | 31/12/2023 |
| Nombre cedente (SI APLICA): | |
| Identificación del cedente (SI APLICA): | |
| Numero del contrato objeto de la cesión (SI APLICA): | |
| Fecha de cesión de contrato (SI APLICA): | |

| 4. RELACIÓN DE ANEXOS ENTREGADOS | PAGINAS | SI | NO | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| Informe de actividades: | 3 | X | | El suscrito supervisor, certifica que previa revisión del acta de corte, y los anexos relacionados con el informe de actividades CUMPLE con los requisitos legales necesarios para autorizar el pago. |
| Cuenta de cobro y/o factura: | 1 | X | | |
| Certificado de aportes suscritas por el revisor fiscal: | | | X | |
| Copia tarjeta profesional del contador o revisor fiscal: | | | X | |
| Certificado de la junta de contadores persona jurídica: | | | X | |
| Otros (especificar): Certificado bancario, Acta de inicio | | | X | |
| Planilla de seguridad social | 1 | X | | N.72648667 OCTUBRE |
| Anexo, Medio magnético CD | | X | | |

**5. OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:**

**Toda la información registrada y cargada en el aplicativo SECOP II, por el contratista se presenta de manera digital, dejando constancia del aval por el supervisor en el mismo aplicativo SECOP II. Los productos y soportes entregados reposarán en la plataforma de almacenamiento de la Entidad.**

SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO
SUBGERENTE CIENTIFICA

| | ELABORO | REVISO | | APROBÓ |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | LYNA LAVERDE | ANA DUARTE | SONIA MARQUEZ | SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO |
| CARGO | Secretaria Ejecutiva | Tecnico Presupuesto | Apoyo Contabilidad | SUBGERENTE CIENTIFICA |
| FIRMA | | | | |
| FECHA: | 4/12/2023 | 4/12/2023 | 4/12/2023 | 4/12/2023 |

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el acta de corte y supervision, el informe de actividades y sus anexos encontrandolos ajustados a las normas y disposiciones legales vigentes