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
12892

FECHA : 22/11/2023
PAGADO A : ALMONACID RAMIREZ JULIO FERNANDO
C.C/NIT : 80421389
LA SUMA DE : SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE : PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL DE LA ESE, SEGÚN CONTRATO Nº 246, DURANTE EL 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2023.

DETALLE DEL EGRESO:

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1217	1397	421	429	2.4.5.02.09.01	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	5,180,000.00
1217	1398	538	544	2.4.5.02.09.01	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	1,928,000.00
					TOTAL	**7,108,000.00**

DETALLE ORDENES DE PAGO

No. Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
15911	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 31, OCTUBRE 2023. FRA.10. CTO 246.		5,046,000.00
15912	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 31, OCTUBRE 2023. FRA.10. CTO 246.		1,928,000.00
		TOTAL	**6,974,000**

DETALLE RETENCIONES

Concepto	Descripción	Base Retención	%	Valor
1812	RETENCION SERVICIOS MANUAL	7,108,000.00		134,000.00
			TOTAL:	**134,000.00**

DETALLE DE PAGO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100506	BANCOLOMBIA C. 343104923-93	0.00	6,974,000.00
24255301	SERVICIOS	6,974,000.00	0.00

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

12892

FECHA	:	22/11/2023
PAGADO A	:	ALMONACID RAMIREZ JULIO FERNANDO
C.C/NIT	:	80421389
LA SUMA DE	:	SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE
POR CONCEPTO DE	:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL DE LA ESE, SEGÚN CONTRATO Nº 246, DURANTE EL 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2023.

DETALLE DEL EGRESO:

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

ISABEL ROCIO GARZÓN FORERO
GERENTE

JUAN ANTONIO FORERO RODRIGUEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Recibi:

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

22 de Noviembre de 2023 4:39:05 PM
Dirección IP: 186.170.27.98

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: miércoles, 22 de noviembre de 2023 - 1:10 PM

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado | **Detalle** | Verificación | Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
HOSPITAL NUESTRA SENO
NIT: 899999164
FECHA: 22/11/2023

Entidad	BANCOLOMBIA
Producto Beneficiario	35441490141
Identificación Beneficiario	80421389
Nombre del Beneficiario	FERNANDO ALMONACID
Tipo de Producto	
Tipo de Transacción	37
Valor	6,974,000.00
Concepto de la Transacción	Rec Prop
Referencia	Rec Prop Oct 01 a 31
Lugar de Pago	S
Estado del Pago:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE

Regresar

1289.

43

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA Para Personas Naturales No Comerciantes o Regimen Simplificado Decreto 522 de 2003, Articulo 3°	NUMERO	FECHA		
		A	M	D
	10	2023-10-31		

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, 190 HORAS PROGRAMADAS(CIENTO NOVENTA) Y 59 HORAS DE TRASLADOS (CINCUENTA Y NUEVE). 44 HORAS EFECTIVAS Y 15 DURANTE EL TURNO.	$ 7.108.000
DURANTE EL PERIODO DEL: 1 AL 31 DE OCTUBRE 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	$ 7.108.000
NETO A PAGAR	$ 7.108.000

VB PPTO
Rec. Propios

Rtf: 134.000=
Neto: 6.974.000= ✓
Dto: 15911-15912
VBTO: SMF

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:** 4
2.Fecha de Presentación	31/10/2023	**3. Período del informe:**	DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	26/10/2023	71951236	$795.300	

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	320.300	0		0		0	3	1.000	0	321.300	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	410.000	0	0	0	0	3	1.300	0	411.300	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	62.500				62.500	3	200	62.700			625	62.700	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	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	320.300	321.300
Pensión	1	410.000	411.300
Riesgos Laborales	1	62.500	62.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	792.800	795.300

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	1 – 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
2023-09	2023-09	I	26/10/2023	71951236	$795,300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colsanita	Jubilado	Extranjero	Colom. exterior	Sisperado	ING	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	57	0			N	X																25-14	2,562,000	410,000	0	0	0	0	EPS005	2,562,000	320,300	14-25	2,562,000	3	62,500		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	Octubre 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	7,108,000	7,108,000
Total Ingresos mes	**7,108,000**	**7,108,000**
Menos ingresos no constitutivos de renta (INCR)		
Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)	410,000	410,000
Fondo de Solidaridad Pensional	-	-
Aportes vol. a fondos de pensiones oblig. (RAI) (Art. 55 ET)		
Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	320,300	320,300
Aportes a ARL	62,500	62,500
Total ingresos no contitutivos de renta ni ganancia ocasional		**792,800**
Subtotal (A)		**6,315,200**
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)		**6,315,200**
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)		**6,315,200**
Menos renta exenta -25% del subtotal (C) (Numeral 10 art. 206 ET)		**1,578,800**
Límite del 40% y 1.340 UVT sobre Rentas Exentas y Deducciones		**1,578,800**
Base gravable (ver tabla)		**4,736,400**
Valor retención en la fuente a practicar por el periodo (art. 383 ET)	**1.89%**	**$ 134,000**

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 GC" Gestión Contractual	CÓDIGO	GC.F-018
		VERSIÓN	01
	INFORME ACTA DE CORTE Y SUPERVISIÓN	CREACIÓN	2023-04-24
		REVISIÓN	2023-04-24

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA

Fecha:	10/11/2023	Acta de Corte N°	4	Periodo Ejecución:		1/10/2023 al	31/10/2023
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 SUBGERENTE CIENTIFICA						

OBJETO DE CONTRATO:

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 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):	$	-
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:	$	24.928.000,00
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):		
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:	$	26.856.000,00
Saldo por ejecutar:	-$	1.928.000,00

3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA

Plazo inicial del contrato:	CUATRO (04) MESES
Prorroga N° 1 (SI APLICA):	
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:	CUATRO (04) MESES
Fecha de terminación del contrato:	31/10/2023
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		
Cuenta de cobro y/o factura:	1	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.
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.71951236 SEPTIEMBRE
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:	10/11/2023	10/11/2023	10/11/2023	10/11/2023

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