FORMATO DE ACTIVIDADES

LUGAR Y FECHA: 02 DE ABRIL DE 2024.

NOMBRE DEL CONTRATANTE: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN**

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: **1.140.857.686 DE BARRANQUILLA**

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: CRA 9 N° 15-54

TELÉFONO:

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y COORDINADOR DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.

FECHA DE INICIACIÓN: 01 DE ENERO DE 2024

FECHA DE TERMINACIÓN: 30 DE ABRIL DE 2024

LUGAR DONDE SE CONTRATO: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

TIEMPO DEL CONTRATO: 01 DE ENERO AL 30 DE ABRIL DE 2024

PERIODO DE PAGO: MES DE MARZO DE 2024.

SEGURIDAD SOCIAL: NUEVA EPS. ($163.900)

NUMERO DE PLANILLA: 9464969515

PENSIÓN: PORVENIR. ($209.800)

ARL: SURA. ($32.000)

- Realice consulta externa con 113 horas
- Se atiende a pacientes de diferentes EPS
- Realizar correctamente las historias clínicas
- Realizar procedimientos requeridos por la ESE
- Atención de los usuarios de consultas particulares



DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN
C.C. 1.140.857.686 DE BARRANQUILLA

Condensado de la agenda de consulta externa

Citas entre:			Administradora:	Profesional:
dom, 31 mar, 2024	Y	vie, 1 mar, 2024	Para todas las administradoras	DAVID FERNANDO RINCON

Agrupación por EPS | Agrupación por médico | Agrupación por consulta

Nombre EPS	Número consultas
NUEVA EPS SUBSIDIADO	231
COOSALUD EPS SUBSIDIADO	40
COOSALUD EPS SUB OTROS MUNICIP	5
SALUD TOTAL SUBSIDIADO	1
SECRETARIA DE SALUD DEPTAL STD	1
NUEVA EPS CONTRIBUTIVO	1
COMPENSAR CONTRIBUTIVO	1

INFORME DE SUPERVISIÓN

TIPO DE CONTRATO:				**PRESTACION DE SERVICIOS**		
CONTRATO No. Y FECHA:				HISB-010 DEL 01 DE ENERO DE 2024.		
CONTRATISTA:				**DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN**		
Nit o C.C. No.				**1.140.857.686 DE BARRANQUILLA**		
OBJETO:				PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER		
VALOR INICIAL:				**$ 16.240.000**		
VALOR ADICIONAL:				**NO APLICA**		
PLAZO INICIAL:				01 DE ENERO AL 30 DE ABRIL 2024		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA		
SUPERVISOR:				**ALEJANDRA MAGDALENA OSORIO MATAJIRA**		
C.C. No. DEL INTERVENTOR				**1.098.736.409 DE BUCARAMANGA**		
FECHA DE INICIACIÓN:				01 DE ENERO DE 2024		
ACTA DE SUSPENSION	Nº	Nº	Nº	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
ACTA DE REINICIACION	Nº	Nº	Nº	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
FECHA DE TERMINACIÓN:				30 DE ABRIL 2024		
MUNICIPIO:				BARBOSA		
OFICINA GESTORA:				ADMINISTRACION-TALENTO HUMANO		
VALOR A PAGAR				**$ 3.277.000**		
PERIODO DE PAGO:				**DESDE: 01/03/2024**		**HASTA: 31/03/2024**

Con base en los informes presentados por el Contratista, **DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN** , respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la E.S. E Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, tomando como base el presente informe por valor de **$. 3.277.000.oo,** con un valor a pagar de **$. 3.277.000.oo**

C E R T I F I C O Q U E:

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato y una vez revisada la documentación suministrada por el Contratista, con relación al desarrollo y ejecución del mismo, las actividades representativas realizadas durante la ejecución fueron:

- Realice consulta externa con 113 horas.
- Se atiende a pacientes de diferentes EPS
- Realizar correctamente las historias clínicas
- Realizar procedimientos requeridos por la ESE
- Atención de los usuarios de consultas particulares

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, caja de compensación familiar, ICBF, SENA, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002:
A continuación, se relacionan los pagos del período, a saber:

APORTE A SALUD	Periodo de cotización	**MARZO DE 2024**
	Fecha de pago	27/03/2024
	Nº de Planilla	9464969515
	Ingreso Base de Cotización	**$1.310.800**
	Valor cotizado	**$ 163.900**
	EPS	**NUEVA EPS**
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	**MARZO DE 2024**
	Fecha de pago	27/03/2024
	Nº de Planilla	9464969515
	Ingreso Base de Cotización	**$1.310.800**

	Valor cotizado	**$ 209.800**
	Fondo de Pensiones	**PORVENIR**
APORTE A.R.P.	Periodo de cotización	**MARZO DE 2024**
	Fecha de pago	27/03/2024
	Nº de Planilla	9464969515
	Ingreso Base de Cotización	**$1.310.800**
	Valor cotizado	**$ 32.000**
	A.R.P.	**ARL SURA**
PARAFISCALES	SENA	No aplica
	I.C.B.F.	No aplica
	Caja de Compensación	No aplica

Por lo anterior, el suscrito Supervisor hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los dos (02) días del mes Abril de 2024.

Dra. Alejandra Osorio Matajira
C.C. 1088256409
unab

ALEJANDRA MAGDALENA OSORIO MATAJIRA
SUPERVISOR

ACTA PARCIAL N 03

TIPO DE CONTRATO :				**PRESTACION DE SERVICIOS**		
CONTRATO No. Y FECHA:				HISB-010 DEL 01 DE ENERO DE 2024.		
CONTRATISTA:				**DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN**		
NIT o C.C. No.				**1.140.857.686 DE BARRANQUILLA**		
OBJETO:				PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER		
VALOR INICIAL:				**$ 16.240.000.oo**		
VALOR ADICIONAL:				**NO APLICA**		
PLAZO INICIAL:				01 DE ENERO AL 30 DE ABRIL DE 2024		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA		
PORCENTAJE DE EJECUCION:				**56.64%**		
SUPERVISOR:				**ALEJANDRA MAGDALENA OSORIO MATAJIRA**		
C.C. DEL SUPERVISOR				**1.098.736.409 DE BUCARAMANGA**		
FECHA DE INICIACION:				DEL 01 DE ENERO DE 2024		
ACTA DE SUSPENSION	Nº	Nº	Nº	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
ACTA DE REINICIACION	Nº	Nº	Nº	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
FECHA DE TERMINACION:				30 DE ABRIL DE 2024		
MUNICIPIO:				BARBOSA		
OFICINA GESTORA:				ADMINISTRACION		

En Barbosa (Santander), a los dos (02) Días del mes de Abril de 2024, se reunieron, **ALEJANDRA MAGDALENA OSORIO MATAJIRA** en calidad de Supervisor del contrato referido y **DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN** quien comparece en **NOMBRE PROPIO** como Contratista, con el Fin de elaborar la presente, **ACTA PARCIAL N 03 DEL CONTRATO HISB-010 DE 2024**, correspondiente a la ejecución de actividades por el periodo comprendido del **01 de marzo de 2024 al 31 de marzo de 2024** de acuerdo con las actividades ejecutadas y consignadas en el anexo Nº 1, el cual hace parte integral de la presente acta, así como del informe del Supervisor. Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, caja de compensación familiar, ICBF, SENA, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

VALOR ACTA PARCIAL N 01	**$ 3.045.000**
VALOR ACTA PARCIAL N 02	**$ 3.364.000**
Presente acta	**$ 3.277.000** ✓
SALDO	**$ 6.554.000** ✓

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE: ($3.277.000).

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los Dos (02) días del mes de Abril de 2024.

Dra. Alejandra Osorio Matajira
C.C. 1098736409

ALEJANDRA MAGDALENA OSORIO MATAJIRA
SUPERVISOR

DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN
CONTRATISTA

SOLICITUD DE OBLIGACIÓN CONTRAÍDA

Fecha y Hora:	No. Radicado	No. Folios

BENEFICIARIO :	**DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN**
C.C. o NIT :	**1.140.857.686 DE BARRANQUILLA**
VALOR :	**TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE: ($3.277.000).**

DOCUMENTO PRINCIPAL	Contrato	X				No.	HISB-CD-010	Fecha	01/01/2024
	Adicional		Otro			No.		Fecha	

DOCUMENTOS ANEXOS:	Pago Seguridad Social y Parafiscales	X	Certificación Bancaria		Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra		
	Entrada Almacén		Rembolsos de Caja Menor		Resolución		
	Otros	X	INFORME DE SUPERVISION, INFORME DE ACTIVIDADES, ACTA DE PAGO PARCIAL.				

CDP Nº: 24-00010	RP Nº: 24-00010	Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.01	Vigencia: 2024

Periodo a Cobrar	Desde: 01/03/2024	Hasta: 31/03/2024	Acta	X	Parcial	X	No.	03
			Informe Supervisión	X	Final			

CONCEPTO:	**PAGO PARCIAL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No HISB-010 DE 2024**, PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO EN EL AREA DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

RESPONSABLES:

Dra. Alejandra Osorio Matajira
C.C. 1098736409
unab

ALEJANDRA MAGDALENA OSORIO MATAJIRA
SUPERVISOR

DAVID FERNANDO RINCON BELTRAN
CONTRATISTA

Vo. Bo. CONTRATACION

CONCEPTO	BASE	VALOR RETENCIONES Y/O DEDUCCIONES
Vr. Antes de IVA		
IVA		
R. Fuente 1		
R. ICA		
Conmoción / Otros		

OBSERVACIONES

18	04	2024	3,244,230.00

RINCON BELTRAN DAVID FERNANDO

TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS m/cte**********

ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA Nit: 00890205456 - 5 BARBOSA	AÑO	MES	DÍA	COMPROBANTE DE EGRESO	Pág
	2024	04	18	**No: CE 24-00229** Con: 1	1

Doc. de Pago : 78629326	Nombre Banco : BANCO POPULAR	Benef	: RINCON BELTRAN DAVID FERNANDO
Cuenta Número : 49000101-3	Nombre Cuenta : 101-3 FONDOS COMUNES	Nit	: 01140857686

CG 24-00290, CP 24-00010, CD 24-00010, PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ASISTENCIALES COMO MEDICO EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA, SANTANDER. MARZO 2024

LIQUIDACIONES

Detalle del Concepto	Valor	Detalle del Concepto	Valor
Ind y Cio	32,770.00		
Total Descuentos $	**32,770.00**		

CONTABILIZACIONES

Cont	Detalle	Código Contable	Imputación Presupuestal	Fond	Valor Débito	Valor Crédito	Base
2072	Honorarios	24905401	2.4.5.02.09.01	RP	3,277,000.00	0.00	3,277,000.00
1767	Rete Ica por Honorarios	24370301			0.00	32,770.00	3,277,000.00
0404	49000101-3 Fondos Comunes Popular	11100502			0.00	3,244,230.00	3,244,230.00
				SUMAS IGUALES $	**3,277,000.00**	**3,277,000.00**	

Valor a pagar: $ 3,244,230.00
En letras: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS m/cte.**********

SANDRA R
Elaboró

Ordenador del Gasto

Recibí:
C.C. 1140857686