INFORME ACTIVIDADES

CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. **HISB-CD-027-2024**, DEL 02 de enero de 2024	
LUGAR Y FECHA DEL PRESENTE INFORME:	BARBOSA, 31 de marzo de 2024	
NOMBRE DEL CONTRATANTE:	E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO NIT 890205456-5	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ADRIANA HERNANDEZ AGUDELO	
CORREO:	luzadrianahernandeza@gmail.com	
TELÉFONO:	3104881196	
OBJETO:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE CALIDAD DE LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA"	
FECHA DE INICIACIÓN:	02 de enero de 2024	
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 de marzo de 2024	
PLAZO DEL CONTRATO:	Del 01 de enero al 31 de marzo de 2024	
PERIODO DE PAGO:	Del 01 al 31 de marzo de 2024	
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL		
NUMERO DE PLANILLA:	No. **4544820900**	
IBC:	**$** 1.380.000	
SALUD:	NUEVA EPS	$ 172.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	$ 220.800
ARL:	POSITIVA	$ 7.300
TOTAL, APORTES MES		$400.600

Seguridad social independientes. (artículo 3.2.2.1 del decreto 780 de 2016.)

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO DERIVADAS DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

Actividades realizadas

Se acompaño a comité de calidad del mes de marzo

Se realizo autoevlaucion de habilitación
autoevaluacion- resolucion-3100-2019-anexo-estandar barbosa.xlsx - Hojas de cálculo de Google

Se realizo apoyo a la trazabilidad de PQRF 2024

TRAZABILIDAD PQRSF BARBOSA

ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

FORMATO DE TRAZABILIDAD PQRSF

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE PQRSF	CANAL DE RADICACION DE LA PQRSF	SERVICIOS OFERTADOS	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO TELEFONICO	EPS A LA QUE PERTENECE	LUGAR DE RESIDENCIA	
1		QUEJA	BUZON DE SUGERENCIAS AREA DE URGENCIAS	ATENCION EN URGENCIAS	KAROLL BARRERA	1098710819	3134191945	NEPS	CALLE 8 # 2-12	AT
2		FELICITACION AGRADECIMIENTO	BUZON DE SUGERENCIAS AREA DE URGENCIAS	ATENCION EN URGENCIAS	ANGEMIRO ORTZ	19367364	No informa	NEPS	no informa	FE
3		SUGERENCIA	BUZON DE SUGERENCIAS AREA DE CONSULTA EXTERNA	NO INFORMA	ANONIMO	NO INFORMA	No informa		no informa	TS
4	11/02/2024	QUEJA	OFICINA SIAU	MEDICINA GENERAL	YENNY PAOLA VALLE	37671808	3224051110	COOPSALUD	VILLA MARIA	DE
5		QUEJA	OFICINA SIAU	NO SE TIENE CLARIDAD	BRIGITH CAROLINA BARRERA	NO INFORMA	3224578230		SAN MARCOS	QU
6	23/02/2024	SOLICITUD	OFICINA SIAU	MEDICAMENTOS EPS	JULIO VICENTE SANTAMARIA	NO INFORMA	3152490636	NEPS	VEREDA CRISTALES	SO
7	26/02/2024	FELICITACION AGRADECIMIENTO	OFICINA SIAU	HIGIENISTA ODONTOLOGIA	ALBERTO JAVIER OTERO	91083035	3172865957	NEPS	LOS LAGOS	FE
8	27/02/2024	QUEJA	OFICINA SIAU	ODONTOLOGIA	MARCELA MENDOZA MOJICA	1107740407	3209020869	NEPS	VILLA DEL LLANO	RE
9	13/08/2024	QUEJA	GERENCIA	MEDICINA GENERAL	DOCTOR JAIME ORTIZ					EX
10	14/08/2024	QUEJA	OFICINA SIAU	MEDICINA GENERAL	CARLOS ROMERO	91917249	3214622140	NEPS	VEREDA BUENAVISTA	NO

Se apoyo el informe de sustentación 2193 de enero y febrero

Detallado 2193 trimestre 2024

0	Total población objeto programada	Total dosis programdas año	ENERO		FEBRERO		MARZO		T
			CANT - ADM	% CUM ESE	CANT - ADM	% CUM ESE	CANT - ADM	% CUM ESE	
BCG	7	7	0	0%	0	0%		0%	
Hepatitis B	7	7	2	29%	9	129%		0%	
Hepatitis A	370	370	32	9%	30	8%		0%	
Varicela	355	355	80	23%	49	14%		0%	
Pentavalente	385	1,155	116	10%	84	7%		0%	
Rotavirus	385	770	59	8%	34	4%		0%	
Vacuna Oral contra Polio	443	886	0	#REF!	0	0%		0%	
Vacuna Inyectable contra Polio	385	1,155	168	0%	111	10%		0%	
Neumococo	498	1,230	92	7%	57	5%		0%	
Influenza Estacional niños	498	1,238	60	5%	0	0%		0%	
Triple Viral	548	918	120	13%	80	9%		0%	
DPT	548	548	0	0%	26	5%		0%	
Fiebre Amarilla	370	370	31	8%	26	7%		0%	
Virus del Papiloma Humano-VPH	437	437	23	5%	13	3%		0%	
Influenza Estacional Gestantes	224	224	24	11%	6	3%		0%	
Influenza Estacional - Adultos	460	460	329	72%	357	78%		0%	
DPT Acelular en Gestantes	232	232	15	6%	13	6%		0%	
Sarampión- Rubeola	4,777	4,777	0	0%	0	0%		0%	
Toxoide Tetánico Diftérico- TD	382	382	34	9%	49	13%		0%	
Vacuna COVID-19	11,000		0	#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!	
Vacuna Antirrabica Humana				#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!	
Dosis de vacunas aplicadas a población no programada				#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!	

Se apoyo el comité y actas de comité de ética 2024

Compartidos conmigo › COMITE DE ETICA › ACTAS COMITE ETICA

Tipo | Personas | Modificado

Se usó un 87% del almacenamiento Si te quedas sin almacenamiento, no podrás crear, editar ni subir archivos. Obtén 100 GB de al por ~~$ 7.900,00~~ $ 2.000,00 al mes durante 2 meses.

Liberar espacio

Nombre	Propietario	Última modifi...
1. ENERO	siauhisb2018...	4 mar 2024
2. febrero	siauhisb2018...	4 mar 2024

Sea apoyo la actualización de formato de encuesta de satisfacción

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	

	ENCUESTA PARA CONOCER LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Codigo		
		Versión		
		Vigencia		

Apreciado Usuario, su opinión es muy importante para nosotros, le agradecemos el tiempo que nos dedique diligenciando esta encuesta, su respuestas contribuiran a brindar mejores servicios.

INFORMACION GENERAL							
DD	MM	AAAA	SERVICIO				
MARQUE CON UNA X LA CALIFICACION QUE MERECE CADA ITEM	Muy bueno	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	Muy Mala	
1. ¿Cómo calificaría la experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en esta Entidad?							
2. ¿Cómo calificaría las condiciones de aseo y orden en la institución?							
3. ¿Cómo califica el trato recibido frente al respeto y la amabilidad del personal que lo(a) atendio?							
4. ¿La orientación que recibio frente a sus inquietudes y cuidado de su salud fue?							
5. ¿Conoce los derechos y deberes de los usuarios de la ESE?. Indique el medio de información.	SI	NO	Folleto	información verbal	Cartelera	Otro	
6. ¿El tiempo de espera entre la hora asignada para su cita y la atención recibida fue:	Inmediata	Entre 5 y 10 mnt	Entre 10 y 20 mnt	Más de 20 mnt	No fue atendido		
7. ¿Recomendaria a sus Familiares y amigos esta Entidad?	Definitivamente SI	Probablemente SI	Definitivamente NO		Probablemente	NO	
Agradecemos sus sugerencias para mejorar nuestros servicios.							

Cordialmente,

LUZ ADRIANA HERNANDEZ
CC 52.620.852

E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	Página: 1 de 1
	SOLICITUD DE OBLIGACION CONTRAIDA	Versión: 1
		Fecha de aprobación: /2019

SOLICITUD DE OBLIGACIÓN CONTRAÍDA

Fecha y Hora: 04 de marzo de 2024	No. Radicado:	No. Folios

BENEFICIARIO :	LUZ ADRIANA HERNANDEZ AGUDELO									
C.C. o NIT :	52.620.852 DE USAQUEN									
VALOR :	DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($2.600.000.oo)									
DOCUMENTO PRINCIPAL	Contrato	X				No.	HISB-CD-027-2024	Fecha	02 de enero de 2024	
	Adicional		Otro			No.		Fecha		
DOCUMENTOS ANEXOS:	Pago Seguridad Social y Parafiscales	X	Certificación Bancaria	X	Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra					
	Entrada Almacén		Rembolsos de Caja Menor		Resolución					
	Otros	X	INFORME DE SUPERVISION, INFORME DE ACTIVIDADES, PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, ACTA PARCIAL							
CDP Nº: 24-00027	RP Nº: 24-00027	Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.08	Vigencia: 2024							
Periodo a Cobrar	Desde: 01/03/2024	Hasta: 31/03/2024	Acta	x	Parcial		No.			
			Informe Supervision	X	Final	X				
CONCEPTO:	PAGO FINAL DEL PERIODO: **01 al 31 de marzo de 2024**, DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **HISB-CD-027-2024**, DEL 02 DE ENERO DE 2024. CUYO OBJETO ES LA: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE CALIDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA"									

RESPONSABLES:

DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO
SUPERVISOR

LUZ ADRIANA HERNANDEZ A
CONTRATISTA

Vo. Bo. CONTRATACION

INFORME DE SUPERVISIÓN

TIPO DE CONTRATO:				**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**		
CONTRATO No. Y FECHA:				**HISB-CD-027-2024** DEL 02 de ENERO DE 2024		
CONTRATISTA:				**LUZ ADRIANA HERNANDEZ A**		
Nit o C.C. No.				**52.620.852 de USAQUEN**		
OBJETO:				PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE CALIDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA		
VALOR INICIAL:				**$7.800.000**		
VALOR ADICIONAL:				NO APLICA		
PLAZO INICIAL:				3 meses		
PLAZO ADICIONAL:				NO APLICA-		
SUPERVISOR:				**DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO**		
C.C. No. DEL INTERVENTOR				**27.984.033 DE BARBOSA**		
FECHA DE INICIACIÓN:				02 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:				31 de marzo de 2024		
MUNICIPIO:				Barbosa –Santander.		
OFICINA GESTORA:				ADMINISTRACCION-TALENTO HUMANO		
VALOR A PAGAR:				**$2.600.000.oo**		
PERIODO DE PAGO:				**DESDE: 01 de marzo de 2024**	**HASTA: 31 de marzo de 2024**	

Con base en los informes presentados por el Contratista: **LUZ ADRIANA HERNANDEZ AGUDELO,** respecto a las actividades ejecutadas en ejecución del contrato **HISB-CD-027-2024**, del 01 al 31 de marzo de 2024; 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 a pagar de dos millones seiscientos mil pesos ($ 2.600.000).

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

De acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato **HISB-CD-027-2024** y una vez revisada la documentación suministrada por el Contratista, con relación al desarrollo y ejecución de este, las actividades representativas realizadas durante la ejecución fueron:

ACTIVIDADES

1) **OBJETO:** "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE CALIDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA"

Actividades realizadas

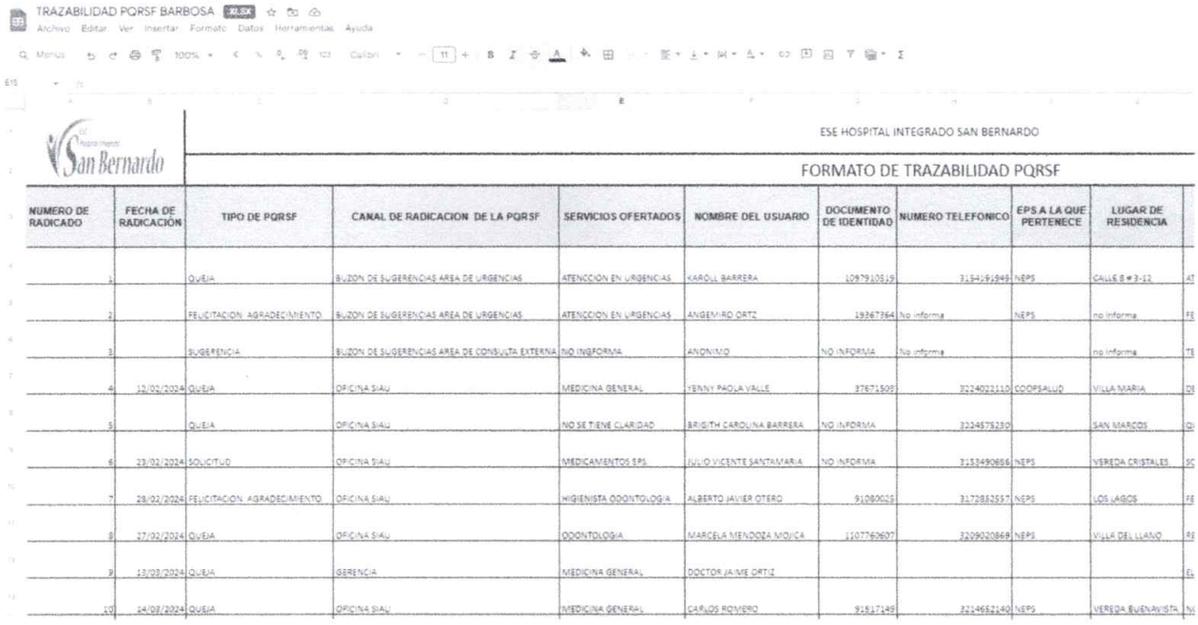
Se acompaño a comité de calidad del mes de febrero

Actividades realizadas

Se acompaño a comité de calidad del mes de marzo

Se realizo autoevlaucion de habilitación
autoevaluacion- resolucion-3100-2019-anexo-estandar barbosa.xlsx - Hojas de cálculo de Google

Se realizo apoyo a la trazabilidad de PQRF 2024



TRAZABILIDAD PQRSF BARBOSA

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

FORMATO DE TRAZABILIDAD PQRSF

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE PQRSF	CANAL DE RADICACION DE LA PQRSF	SERVICIOS OFERTADOS	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO TELEFONICO	EPS A LA QUE PERTENECE	LUGAR DE RESIDENCIA	
1		QUEJA	BUZON DE SUGERENCIAS AREA DE URGENCIAS	ATENCCION EN URGENCIAS	KAROLL BARRERA	1097910819	3154191949	NEPS	CALLE 8 # 3-12	AT
2		FELICITACION AGRADECIMIENTO	BUZON DE SUGERENCIAS AREA DE URGENCIAS	ATENCCION EN URGENCIAS	ANGEMIRO ORTZ	19367364	No informa	NEPS	no informa	FE
3		SUGERENCIA	BUZON DE SUGERENCIAS AREA DE CONSULTA EXTERNA	NO INGFORMA	ANONIMO	NO INFORMA	No informa		no informa	TE
4	12/01/2024	QUEJA	OFICINA SIAU	MEDICINA GENERAL	YENNY PAOLA VALLE	37671909	3224022110	COOPSALUD	VILLA MARIA	DI
5		QUEJA	OFICINA SIAU	NO SE TIENE CLARIDAD	BRIGITH CAROLINA BARRERA	NO INFORMA	3234575230		SAN MARCOS	QI
6	23/02/2024	SOLICITUD	OFICINA SIAU	MEDICAMENTOS EPS	JULIO VICENTE SANTAMARIA	NO INFORMA	3133490656	NEPS	VEREDA CRISTALES	SC
7	28/02/2024	FELICITACION AGRADECIMIENTO	OFICINA SIAU	HIGIENISTA ODONTOLOGIA	ALBERTO JAVIER OTERO	91080025	3172852557	NEPS	LOS LAGOS	FE
8	27/02/2024	QUEJA	OFICINA SIAU	ODONTOLOGIA	MARCELA MENDOZA MOJICA	1107760697	3209020869	NEPS	VILLA DEL LLANO	PE
9	13/03/2024	QUEJA	GERENCIA	MEDICINA GENERAL	DOCTOR JAIME ORTIZ					EL
10	14/03/2024	QUEJA	OFICINA SIAU	MEDICINA GENERAL	CARLOS ROMERO	91617149	3214652140	NEPS	VEREDA BUENAVISTA	NI

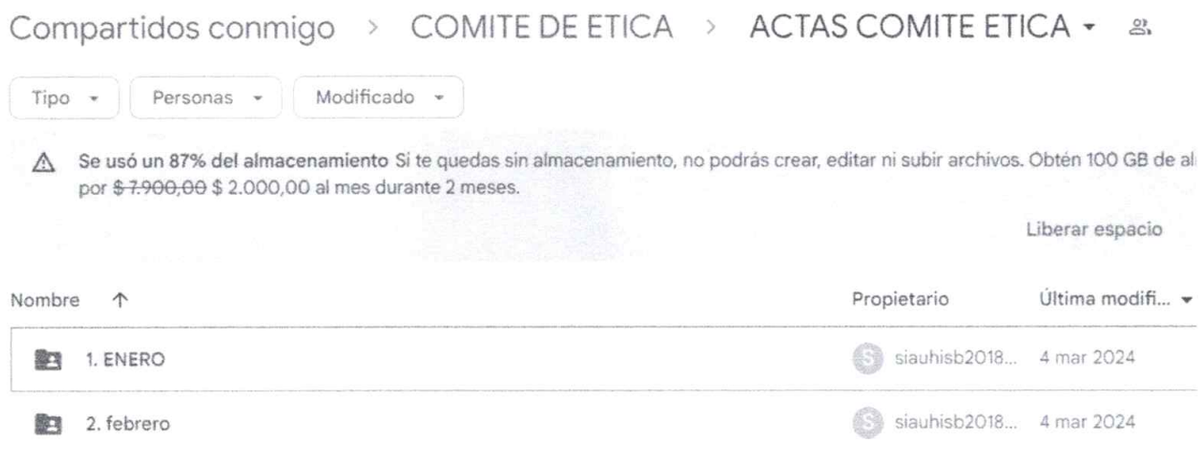
Se apoyo el informe de sustentación 2193 de enero y febrero

Detallado 2193 trimestre 2024

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

0	Total población objeto programada	Total dosis programdas año	ENERO		FEBRERO		MARZO	
			CANT - ADM	% CUM ESE	CANT - ADM	% CUM ESE	CANT - ADM	% CUM ESE
BCG	7	7	0	0%	0	0%		0%
Hepatitis B	7	7	2	29%	9	129%		0%
Hepatitis A	370	370	32	9%	30	8%		0%
Varicela	355	355	80	23%	49	14%		0%
Pentavalente	385	1,155	116	10%	34	7%		0%
Rotavirus	385	770	59	8%	34	4%		0%
Vacuna Oral contra Polio	443	886	0	#REF!	0	0%		0%
Vacuna Inyectable contra Polio	385	1,155	168	0%	111	10%		0%
Neumococo	498	1,230	92	7%	57	5%		0%
Influenza Estacional niños	498	1,238	60	5%	0	0%		0%
Triple Viral	548	918	120	13%	80	9%		0%
DPT	548	548	0	0%	26	5%		0%
Fiebre Amarilla	370	370	31	8%	26	7%		0%
Virus del Papiloma Humano-VPH	437	437	23	5%	13	3%		0%
Influenza Estacional Gestantes	224	224	24	11%	6	3%		0%
Influenza Estacional - Adultos	460	460	329	72%	357	78%		0%
DPT Acelular en Gestantes	232	232	15	6%	13	6%		0%
Saramapión- Rubeola	4,777	4,777	0	0%	0	0%		0%
Toxoide Tetánico Diftérico- TD	382	382	34	9%	49	13%		0%
Vacuna COVID-19	11,000		0	#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Vacuna Antirrabica Humana				#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Dosis de vacunas aplicadas a población no programada				#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!

Se apoyo el comité y actas de comité de ética 2024



Sea apoyo la actualización de formato de encuesta de satisfacción

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

ESE Hospital Integrado San Bernardo	ENCUESTA PARA CONOCER LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Código	
		Versión	
		Vigencia	

Apreciado Usuario, su opinión es muy importante para nosotros, le agradecemos el tiempo que nos dedique diligenciando esta encuesta, su respuestas contribuiran a brindar mejores servicios

INFORMACION GENERAL

DD	MM	AAAA	SERVICIO	

MARQUE CON UNA X LA CALIFICACION QUE MERECE CADA ITEM	Muy bueno	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	Muy Mala
1. ¿Cómo calificaria la experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en esta Entidad?						
2. ¿Cómo calificaria las condiciones de aseo y orden en la institución?						
3. ¿Cómo califica el trato recibido frente al respeto y la amabilidad del personal que lo(a) atendio?						
4. ¿La orientación que recibio frente a sus inquietudes y cuidado de su salud fue?						
5. ¿Conoce los derechos y deberes de los usuarios de la ESE?. Indique el medio de información.	SI	NO	Folleto	información verbal	Cartelera	Otro
6. ¿El tiempo de espera entre la hora asignada para su cita y la atención recibida fue:	Inmediata	Entre 5 y 10 mnt	Entre 10 y 20 mnt	Más de 20 mnt	No fue atendido	
7. ¿Recomendaria a sus Familiares y amigos esta Entidad?	Definitivamente SI	Probablemente SI	Definitivamente NO		Probablemente	NO

Agradecemos sus sugerencias para mejorar nuestros servicios.

Cordialmente,

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al Sistema de Seguridad Social, 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	2024/03/22
	Nº de Planilla	**40993894**
	Ingreso Base de Cotización	$1.380.000
	Valor cotizado	$ 172.500
	EPS	**NUEVA EPS**
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	MARZO DE 2024
	Fecha de pago	2024/03/22
	Nº de Planilla	**40993894**
	Ingreso Base de Cotización	$1.380.000
	Valor cotizado	$ 220.800
	Fondo de Pensiones	**COLPENSIONES**
APORTE A.R.P.	Periodo de cotización	MARZO DE 2024
	Fecha de pago	2024/03/22
	Nº de Planilla	**40993894**
	Ingreso Base de Cotización	$1.380.000
	Valor cotizado	$ 7.300

	A.R.P.	**POSITIVA**
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 treinta y un (31) días del mes de marzo de 2024

DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO
SUPERVISOR

ACTA DE RECIBO FINAL

TIPO DE CONTRATO:				**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**		
CONTRATO No. Y FECHA:				**HISB-CD-027-2024 – ENERO 02 DE 2024**		
CONTRATISTA:				**LUZ ADRIANA HERNANDEZ AGUDELO**		
NIT o C.C. No.				**52.620.852 DE USAQUEN**		
OBJETO:				PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE CALIDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA		
VALOR INICIAL:				**$7.800.000**		
VALOR ADICIONAL:				**0**		
PLAZO INICIAL:				3 meses		
PLAZO ADICIONAL:				0		
PORCENTAJE DE EJECUCION:				**100%**		
SUPERVISOR:				**DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO**		
C.C. DEL SUPERVISOR				**27.984.033 de Barbosa**		
FECHA DE INICIACION:				**02 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:				**31 DE MARZO DE 2024**		
MUNICIPIO:				BARBOSA		
OFICINA GESTORA:				ADMINISTRACION		

En Barbosa (Santander), a los treinta y un (31) días del mes de marzo de 2024, se reunieron, **DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO**, en calidad de Supervisor del contrato referido y **LUZ ADRIANA HERNANDEZ AGUDELO** quien comparece en **NOMBRE PROPIO** como Contratista, con el Fin de elaborar la presente, **ACTA DE RECIBO FINAL** del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No HISB-CD-027-2024**, correspondiente a la ejecución de actividades por el periodo del mes de marzo de 2024 , de acuerdo con las actividades ejecutadas y consignadas en el anexo N.º 01, 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, Riesgos profesionales, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL No. 01	**$ 2.600.000**
VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL No. 02	**$ 2.600.000**
VALOR ACTA DE RECIBO FINAL	**$ 2.600.000**
SALDO	**$ 0**

VALOR PARA PAGAR EN LA PRESENTE ACTA: DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($ 2.600.000)

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los treinta y un (31) días del mes de marzo de 2024.

DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO
SUPERVISOR

LUZ ADRIANA HERNANDEZ A
CONTRATISTA

31	05	2024	2,418,000.00

HERNANDEZ AGUDELO LUZ ADRIANA

DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS m/cte**********

ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA
Nit: 00890205456 - 5
BARBOSA

AÑO	MES	DÍA	COMPROBANTE DE EGRESO		Pág
2024	05	31	**No: CE 24-00315**	Con: 1	1

Doc. de Pago : TRANSFE
Cuenta Número : 49000101-3
Nombre Banco : BANCO POPULAR
Nombre Cuenta : 101-3 FONDOS COMUNES
Benef : HERNANDEZ AGUDELO LUZ ADRIANA
Nit : 00052620852

CG 24-00358, CP 24-00027, CD 24-00027, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE CALIDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA.

LIQUIDACIONES

Detalle del Concepto	Valor	Detalle del Concepto	Valor
Estampilla Pro Cultura	52,000.00	Estampilla Pro-Anciano	104,000.00
Ind y Cio	26,000.00		
Total Descuentos $	**182,000.00**		

CONTABILIZACIONES

Cont	Detalle	Código Contable	Imputación Presupuestal	Fond	Valor Débito	Valor Crédito	Base
2072	Honorarios	24905401	2.4.5.02.08.02	RP	2,600,000.00	0.00	2,600,000.00
1767	Rete Ica por Honorarios	24370301			0.00	26,000.00	2,600,000.00
2137	estampilla pro cultura	24072205			0.00	52,000.00	2,600,000.00
2089	estampilla pro bienestar adulto mayor alc	24072204			0.00	104,000.00	2,600,000.00
0404	49000101-3 Fondos Comunes Popular	11100502			0.00	2,418,000.00	2,418,000.00
				SUMAS IGUALES $	**2,600,000.00**	**2,600,000.00**	

Valor a pagar: $ 2,418,000.00
En letras: DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS m/cte.**********

WCASTE

Elaboró | Ordenador del Gasto | Recibí: C.C.