ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO

NIT: 899.999.164-9
Calle 3 N° 3-87/95 Tabio- Cundinamarca
Tel: 8647222

COMPROBANTE DE EGRESO
13533

FECHA : 12/04/2024
PAGADO A : ALMONACID RAMIREZ JULIO FERNANDO
C.C/NIT : 80421389
LA SUMA DE : SEIS MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE : PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y PARTOS DE LA ESE, SEGÚN CONTRATO N° 38, DURANTE EL 01 AL 31 DE MARZO DE 2024.

DETALLE DEL EGRESO:

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
262	350	38	41	2.4.5.02.09.01	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	6,080,000.00
					TOTAL	**6,080,000.00**

DETALLE ORDENES DE PAGO

No. Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
16709	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 MARZO 2024. FRA. 3. CTO 38.		6,080,000.00
		TOTAL	**6,080,000**

DETALLE DE PAGO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100506	BANCOLOMBIA C. 343104923-93	0.00	6,080,000.00
24255301	SERVICIOS	6,080,000.00	0.00

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

Recibi:

MAUREN LILIANA GUTIERREZ PULIDO
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: MAUREN LILIANA GUTIERREZ PULIDO

12 de Abril de 2024 6:04:58 PM
Dirección IP: 186.170.27.98

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: viernes, 12 de abril de 2024 - 3:10 PM

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado | **Detalle** | Verificación | Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
HOSPITAL NUESTRA SENO
NIT: 899999164
FECHA: 12/04/2024

Entidad	BANCOLOMBIA
Producto Beneficiario	35441490141
Identificación Beneficiario	80421389
Nombre del Beneficiario	FERNANDO ALMONACID
Tipo de Producto	
Tipo de Transacción	37
Valor	6,080,000.00
Concepto de la Transacción	Cont
Referencia	Cont Mar 01 a 31
Lugar de Pago	S
Estado del Pago:	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE

Regresar

13533

6.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA Para Personas Naturales No Comerciantes o Regimen Simplificado Decreto 522 de 2003, Articulo 3°	NUMERO	FECHA DE PRESENTACION		
		A	M	D
	3	2024-03-31		

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 HORAS) Y 0 HORAS DE TRASLADOS (CERO).	$ 6,080,000
DURANTE EL PERIODO DEL: DEL 1 AL 31 DE MARZO DE 2024	
CONTRATO: 038/2024 CDP: 41	
TOTAL	$ 6,080,000
NETO A PAGAR	$ 6,080,000

FIRMA VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO

JULIO FERNANDO ALMONACID RAMIRE
CEDULA: 80,421,389
De: BOGOTA

VB PPTO.

CTO: 38
CDP. 41
RP: —

Rtf: 0.
Neto: 6.080.000=
Dto: 76709.
Vence: Swift.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO	E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tabio	CÓDIGO	GF.C-F-001
	GF- Gestión Financiera * C-Contabilidad	VERSIÓN	02
	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES	CREACIÓN	2020-02-20
		REVISIÓN	2024-01-19

DATOS DEL INFORME			
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES			**1.Numero:** 3
2.Fecha de Presentación	31/03/2024	**3. PERIODO A COBRAR**	Del 1 de Marzo al 31 de Marzo 2024.
4. Nombre del Contratista:	JULIO FERNANDO ALMONACID RAMIREZ	**5. Nombre Interventor o Supervisor:**	SUBGERENCIA CIENTÍFICA
6.Valor del Contrato:	$27.400.000	**7.Valor de Adición:**	

DATOSDELCONTRATO							
8.CONTRATO No.	038 / 2024	**9.CDP**	41	**10.PLAZO**	3 Mese 28 Días	**11.PRORROGA**	
12.OBJETO	Prestación de servicios profesionales como médico general en el área de urgencias, hospitalización y apoyo a los traslados de transporte asistencial que sean requeridos por criterio médico.						

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 reserva y discreción de la información que se le ha confiado	Se cumple 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 reserva y discreción de la información que se le ha confiado	Registro y soporte de la historia clínica de CITISALUD
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. Además se hace impresión de dicha entrega y se legaja en folder de entrega de turno con las respectivas firmas y sellos.

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 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.	Se fomenta la atención humanizada , aportando un servicio de alta calidad	Registro y soporte de la 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 participó 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 realizó 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:

Original: Expediente del Contrato

Hospital Nuestra Señora Del Carmen Tabio Nit: 899,999,164-9

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		NO

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
2024-02	2024-02	1	18/03/2024	75554982	$636.200

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	279.000	0		0		0	0	0	0	279.000	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	357.200	0	0	0	0	0	0		357.200	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	279.000	279.000
Pensión	1	357.200	357.200
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	636.200	636.200

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		NO

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
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	75554982	$636.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excerpción	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
1	CC	80421389	ALMONACID RAMIREZ JULIO FERNANDO	3	0			N								X									25-14	2.232.000	357.200	0	0	0	0	EPS005	2.232.000	279.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

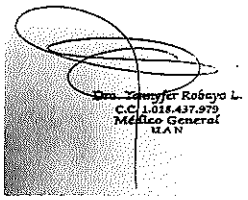
	E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tabio	CÓDIGO	GC. F-017
	GC* Gestión Contractual	VERSIÓN	02
	CERTIFICACIÓN HORAS EFECTIVAS REALIZADAS EQUIPO MEDICO	CREACIÓN	2021-06-10
		REVISIÓN	2022-09-23

PERIODO DE COBRO: 01 AL 31 DE MARZO DE 2024.

UNA VEZ REALIZADA LA REVISION DE HORAS EFECTIVAS REALIZADAS POR CADA UNO DE LOS MEDICOS QUE PRESTO SUS SERVICIOS EN EL PERIODO ANTERIORMENTE MENCIONADO, COMO COORDINADORA MEDICA CERTIFICO:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO	HORAS EFECTIVAS REALIZADAS	VALOR POR CANCELAR
1	Héctor Javier Valbuena Sánchez	222	6´656.000=
2	Camila Ivonne Ramírez Duarte	173	5´184.000=
3	Marlon Arregoces Pallares	83	2´464.000=
4	Miguel Andrés Garzón Cely	64	1´920.000=
5	Ivon Natalia Ramírez Prada	154	4´608.000=
6	Reagee Myke Arnoldth Gómez Álvarez	154	4´608.000=
7	María Paula Acevedo Beleño	212	6´336.000=
8	Juan Alejandro Rodríguez Gutiérrez	71	2´112.000=
9	Bryan Alexis García García	256	7´680.000=
10	Julio Fernando Almonacid Ramírez	190	6´080.000=
11	0	0	0
12	0	0	0

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA:



YENNYFER ROBAYO LEAL
Coordinadora Médica HNSC Tabio

Retención aplicable para el año 2024

Procedimiento No. 1

CONSULTORCONTABLE	Mes	Marzo de 2024
JULIO FERNANDO ALMONACID		
cc 80421389	VALOR UVT	
	Año 2024	47,065

	Conceptos	Datos	Depuración
1	**Total pagos laborales en el mes**		
	Sueldo	6,080,000	6,080,000
	Auxilio de transporte	-	-
	Comisiones	-	-
	Horas extras	-	-
	Recargos nocturnos y dominicales	-	-
	Otros auxilios (movilidad, alimentación, etc.)	-	-
	Bonificaciones	-	-
	Viáticos	-	-
	Exceso de las 41 UVT por pagos por concepto de alimentación (art 387-1 ET)	-	-
	Incapacidades	-	-
	Licencia de maternidad	-	-
	Cesantías (no se tienen en cuenta para efectos de la retención en la fuente)	-	-
	Intereses sobre cesantías (no se tienen en cuenta para efectos de la retención en la fuente)	-	-
	Prima el cálculo se realiza de forma independiente.	-	-
	Vacaciones	-	-
	Primas extralegales	-	-
	Otros ingresos laborales- Bonos, cheques electrónicos, pagos indirectos	-	-
	Total Ingresos mes (No se incfuye la prima)	**6,080,000**	**6,080,000**
2	**Menos ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional**		
	Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)	357,200	357,200
	Fondo de Solidaridad Pensional	-	-
	Aportes voluntarios a fondos de pensiones obligatorios (Régimen ahorro individual) (Art. 55 ET)	-	-
	Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	279,000	279,000
	Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	**636,200**	**636,200**
	Subtotal (A)		**5,443,800**
3	**Menos Deducciones**		
	Intereses por prestamos de vivienda (promedio año anterior o los meses correspondientes)	-	-
	Pagos por salud prepagada, Plan complementario de salud, o seguros de salud (art 387 ET)- P	-	-
	Seleccione "SI" si tiene derecho a dependientes (Art 387 ET)	-	-
	Total deducciones		-
	Menos rentas exentas		
	Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)	-	
	Aportes con destino a cuentas AFC, AVC (art 126-4 ET)	-	-
	Indemnizaciones proteccion a la maternidad (art 206 ET Num 2)	-	-
	Gastos de entierro del trabajador (art 206 ET Num 3)	-	-
	Otras rentas exentas (Art. 206 ET)	-	-
	Total renta exentas		-
	Subtotal (B)		**5,443,800**
	Valor de la prima de servicios		-
	Subtotal (B)		**5,443,800**
4	**Menos renta exenta -25% del subtotal (B) (Numeral 10 art. 206 ET)**		**1,360,950**
	LIMITE GENERAL DE RENTAS EXENTAS Y DEDUCCIONES 40% DEL INGRESO NETO Y HASTA 1.340 UVT		**1,360,950**
	Base Gravable (Ver Tabla)		**4,082,850**
	Valor retención en la fuente Art. 383 ET		**$ -**
	Valor retención en la fuente a practicar por prima de servicios (art. 383 ET)		**$ -**
	Total retenciones a practicar en el mes (Art. 383 ET)		**$ -**

0

Revisó

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. INFORMACION CONTRATISTA

Fecha:	04/04/2024	Acta de Corte N°	3	Periodo Ejecución:		01/03/2024 al	31/03/2024
Persona natural:	X	Persona jurídica:		Modalidad contratación:		CONTRATACION DIRECTA	
Numero cedula:	80,421,389	NIT:			N° contrato:	038-2024	
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:

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:	$	27,400,000.00
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:	$	27,400,000.00
Acta de corte (1):	$	6,196,000.00
Acta de corte (2):	$	5,580,000.00
Acta de corte (3):	$	6,080,000.00
Acta de corte (4):		
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:	$	17,856,000.00
Saldo por ejecutar:	$	9,544,000.00

3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA

Plazo inicial del contrato:	TRES (03) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS
Prorroga N° 1 (SI APLICA):	
Prorroga N° 2 (SI APLICA):	
Prorroga N° 3 (SI APLICA):	
Fecha de acta de inicio:	04/01/2024
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:	TRES (03) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS
Fecha de terminación del contrato:	30/04/2024
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
Informe de actividades:	2	X	
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	2	X	
Anexo, Medio magnético CD		X	

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR

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.

N.75554982 FEBRERO

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:	04/04/2024	04/04/2024	04/04/2024	04/04/2024

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