# 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**
**13625**

**FECHA** : 24/04/2024
**PAGADO A** : SANTANA GARZON GLORIA ISABEL
**C.C/NIT** : 1020726227
**LA SUMA DE** : UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE** : PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DEL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA ESE, SEGÚN CONTRATO Nº 123, DURANTE EL 02 AL 31 DE MARZO DE 2024.

DETALLE DEL EGRESO:

**DETALLE PRESUPUESTO**

| Giro | Compromiso | CRP | CDP | Rubro | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 354 | 525 | 186 | 180 | 2.4.5.02.09.01 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES | 1,800,000.00 |
| | | | | | **TOTAL** | **1,800,000.00** |

**DETALLE ORDENES DE PAGO**

| No. Orden Pago | Detalle | Valor Orden | Saldo |
|---|---|---|---|
| 16828 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DEL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA ESE, DEL 2 AL 31 DE MARZO 2024. FRA.1., SEGÚN CTO. 123 | | 1,800,000.00 |
| | | TOTAL | 1,800,000 |

**DETALLE DE PAGO**

| Cuenta | Descripción | Debito | Credito |
|---|---|---|---|
| 11100506 | BANCOLOMBIA C. 343104923-93 | 0.00 | 1,800,000.00 |
| 24255301 | SERVICIOS | 1,800,000.00 | 0.00 |

**Transferencia** Desde BANCOLOMBIA Cuenta No. : 34310492393 Hacia: DAVIVIENDA Cuenta No. 0550473100079598

Recibi:

**MAUREN LILIANA GUTIERREZ PULIDO**
GERENTE

**JUAN ANTONIO FORERO RODRIGUEZ**
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

C.C / NIT

Elaboro
Nubia Liliana Peñuela

Subgerencia Administrativa
Juan Antonio Forero Rodriguez

Usuario que Digita: LAG

**Empresa:** HOSPITAL NUESTRA SENO **Nit:** 899999164
**Usuario:** NUBIA PEÑUELA

**25 de Abril de 2024 9:02:36 AM**
**Dirección IP:** 186.170.27.98

**Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el:** miércoles, 24 de abril de 2024 - 5:45 PM

## Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado | **Detalle** | Verificación | Confirmación

**Bancolombia NIT 890903938-8**
HOSPITAL NUESTRA SENO
**NIT:** 899999164
**FECHA:** 25/04/2024

Fecha Pago
Abril 24/2024

| | |
|---|---|
| **Entidad** | BANCO DAVIVIENDA |
| **Producto Beneficiario** | 550473100079598 |
| **Identificación Beneficiario** | 1020726227 |
| **Nombre del Beneficiario** | GLORIA SANTANA |
| **Tipo de Producto** | Ahorros |
| **Tipo de Transacción** | 37 |
| **Valor** | 1,800,000.00 |
| **Concepto de la Transacción** | Cont |
| **Referencia** | Cont Mar 02 a 31 |
| **Lugar de Pago** | S |
| **Estado del Pago:** | POR APLICAR EN ENTIDAD DE ACH |

Regresar

13625

Nuevo.

89.

| 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 DE PRESENTACION<br>A / M / D |
|---|---|---|
| | 1 | 2024-03-31 |

| *INFORMACIÓN DE LA PERSONA NATURAL (Vendedor)* | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre | CC | NIT | No. DE IDENTIFICACION | DV |
| GLORIA ISABEL SANTANA GARZON | X | - | 1,020,726,227 | |

| Dirección | Teléfono | Ciudad |
|---|---|---|
| CALLE 1 A No. 7-19E | 3144508119 | 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 DE APOYO A LA GESTION DEL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA | $ 1,800,000 |
| PERIODO A COBRAR: 2 AL 31 DE MARZO DE 2024 | |
| CONTRATO: 123 CDP: 180 | |
| *TOTAL* | $ 1,800,000 |
| *NETO A PAGAR* | $ 1,800,000 |

*FIRMA VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO*

Gabel Santana

GLORIA ISABEL SANTANA GARZON
CEDULA: 1,020,726,227
De: BOGOTA

VB PPTO

Neto: 1.800.000
Dto: 16828.
Vero: Smf.

Recibí: Abril 24/2024 9:15 am

Smf
Recibí
10/04/24

| 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:** | 1 |
| **2.Fecha de Presentación** | 31/03/2024 | | **3. PERIODO A COBRAR** | DEL 2 AL 31 DE MARZO 2024 | | | |
| **4. Nombre del Contratista:** | Gloria Isabel Santana Garzón | | **5. Nombre Interventor o Supervisor:** | SUBGERENTE CIENTÍFICA | | | |
| **6.Valor del Contrato:** | $3.600.000 | | **7.Valor de Adición:** | | | | |
| **DATOSDELCONTRATO** | | | | | | | |
| **8.CONTRATO No.** | 123 | **9.CDP** | 180 | **10.PLAZO** | 2 MESES | **11.PRORROGA** | |
| **12.OBJETO** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DEL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA | | | | | | |

| **EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO** | | |
|---|---|---|
| **13.Obligaciones Contractuales** | **14. Actividades realizadas y/o productos entregados** | **15.Soportes** |
| 1.Cumplir con las acciones propias del auxiliar de enfermería (procedimientos) recibo y entrega de turno de acuerdo con las acciones programada y publicada | Cumplí con las acciones propias del auxiliar de enfermería (procedimientos) recibo y entrega de turno de acuerdo con las acciones programada y publicada | Recibo y entrega turno del período firmando. Cuadro de rotación firmado |
| 2. Registrar en la historia clínica todos los procesos realizados de manera clara y concisa, administrar medicamento según designación de la jefe del servicio y protocolo institucional, elaborar y tramitar las ordenes de salida de los usuarios previa autorización médica. | Registre en la historia clínica todos los procesos realizados de manera clara y concisa, administrar medicamentos según designación de la jefe del servicio y protocolo institucional, elaborar y tramitar las órdenes de salida de los usuarios previa autorización médica. | Formato diligencia por los jefes de área con observaciones firmado, |
| 3. Elaborar formato de dietas de acuerdo con los datos registrado en las historias clínicas y hacer la entrega a la encargada de la cocina en los horarios establecidos. | No requerido en el durante el mes | Formato de dietas del periodo |
| 4. Practicar y fomentar la atención humana como pilar de la institución en el marco de los planes y programas implementados en la E. S. E nuestra señora del Carmen portado a un servicio de alta calidad. | Practique y fomente la atención humanizada como pilar de la institución en el marco de los planes y programas implementados en la E.S.E nuestra señora del Carmen aportado a un servicio de alta calidad. | Encuestas de satisfacción del periodo el Excel |
| 5. Apoyar la implementación | Durante el presente mes no realizaron respectivas actividades | Formato diligenciado por |

| | | |
|---|---|---|
| de los procesos del MIPG. acreditación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, seguridad del paciente y demás políticas y programas que desarrolle la Institución. | | lo jefe de área con observaciones firmado. Actas y listado de asistencia si se realizaron acciones en torno al tema |
| 6. Asistir al comité de enfermería y demás convocatorias realizadas por la entidad | Asistir al comité de enfermería y demás convocatorias realizadas por la entidad | Acta y listado de asistencia de comité asistencial. Asistencia a capacitaciones virtuales del mes |
| 7. Conocer y practicar los lineamientos, guías, protocolos y demás políticas establecidas por la institución | Conozco y practico los lineamientos, guías, protocolos y demás políticas establecidas por la entidad | Formato diligenciado por los jefes de área con observaciones firmado. |
| 8. Realizar inventario de insumos y equipos de acuerdo con el cronograma establecido por el jefe del servicio | Realice inventario de insumos y equipos de acuerdo con el cronograma establecido por el jefe de cada servicio | Inventarios de urgencias, hospitalización y sala de partos del periodo. |
| 9. Realizar desinfección a todas las áreas tanto limpias como contaminadas de acuerdo con el cronograma establecido por el jefe de servicio | Realizar desinfección a todas las áreas limpias como contaminadas de acuerdo con el cronograma establecido por el jefe de servicio | Formatos de desinfección y toma de temperaturas del periodo, urgencias, hospitalización y sala de partos, |
| 10. Acatar las actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato | Acate las actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objetivo del contrato | Queda registrado en el formato de entrega de historias clínicas. |

ELCONTRATISTA:

Nombre: GLORIA ISABEL SANTANA GARZON

Firma: _____ a:

Original: Expediente del Contrato

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1020726227 | | SANTANA GARZON GLORIA ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr1n12652 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3144508119 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-03 | 2024-03 | 553571652 | 9465336206 | I | 2024/04/05 | 2024/04/04 | BANCOLOMBIA | 0 | $428,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1020726227 | SANTANA GLORIA | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS017 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | CCF22 | 30 | $1,300,000 | $26,000 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

OK.

pdfelement



2024/04/03 07:00 PM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC-1020726227 | | SANTANA GARZON GLORIA ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr1n12652 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3144508119 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-03 | 2024-03 | 553571652 | 9465336206 | I | 2024/04/05 | 2024/04/04 | BANCOLOMBIA | 0 | $428,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $428,200 | $0 | $0 | $428,200 |

pdfelement

| 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: | 11/04/2024 | Acta de Corte N° | 1 | | Periodo Ejecución: | | 02/03/2024 | al | 31/03/2024 |
| Persona natural: | X | Persona jurídica: | | | Modalidad contratación: | | CONTRATACIÓN DIRECTA | | |
| Numero cedula: | 1,020,725,227 | NIT: | | | | N° contrato: | 123-2024 | | |
| Nombre contratista: | GLORIA ISABEL SANTANA GARZON | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | isabelsantanag.87@gmail.com | | | | | Numero de contacto: | 3144508119 | | |
| Nombre y cargo del supervisor: | SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO<br>SUBGERENTE CIENTIFICA | | | | | | | | |

**OBJETO DE CONTRATO:**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DEL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA.

| 2. BALANCE FINANCIERO | | |
|---|---|---|
| Valor inicial del contrato: | $ | 3,600,000.00 |
| 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: | $ | 3,600,000.00 |
| Acta de corte (1): | $ | **1,800,000.00** |
| Acta de corte (2): | | |
| Acta de corte (3): | | |
| 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: | $ | 1,800,000.00 |
| Saldo por ejecutar: | $ | 1,800,000.00 |

| 3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA | |
|---|---|
| Plazo inicial del contrato: | DOS (02) MESES |
| Prorroga N° 1 (SI APLICA): | |
| Prorroga N° 2 (SI APLICA): | |
| Prorroga N° 3 (SI APLICA): | |
| Fecha de acta de inicio: | 02/03/2024 |
| 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: | DOS (02) MESES |
| 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.9465336206 MARZO**

**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 | | APROBO |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | LYNA LAVERDE | ANA DUARTE | SONIA MARQUEZ | SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO |
| CARGO | Secretaria Ejecutiva | Tecnico Presupuesto | Apoyo Contabilidad | SUBGERENTE CIENTIFICA |
| FIRMA | | | | |
| FECHA: | 11/04/2024 | 11/04/2024 | 11/04/2024 | 11/04/2024 |

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