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
13674

FECHA : 15/05/2024
PAGADO A : SANTANA GARZON GLORIA ISABEL
C.C/NIT : 1020726227
LA SUMA DE : UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE : PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DEL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA ESE, DEL 1 AL 30 DE ABRIL 2024. FRA.2., SEGÚN CTO. 123.

DETALLE DEL EGRESO:

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
395	561	186	180	2.4.5.02.09.01.01	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES OPERACIÓN HOSPITAL	1,800,000.00
					TOTAL	**1,800,000.00**

DETALLE ORDENES DE PAGO

No. Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
16865	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DEL AREA ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA ESE, DEL 1 AL 30 DE ABRIL 2024. FRA.2., 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

MAUREN LILIANA GUTIERREZ PULIDO
GERENTE

JUAN ANTONIO FORERO RODRIGUEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

SONIA MILENA MARQUEZ FORERO
ELABORO

Empresa: HOSPITAL NUESTRA SENO **Nit:** 899999164
Usuario: MAUREN LILIANA GUTIERREZ PULIDO

15 de Mayo de 2024 5:59:30 PM
Dirección IP: 186.170.27.98

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: miércoles, 15 de mayo de 2024 - 12:42 PM

Consulta del Detalle de la Transacción

Encabezado | **Detalle** | Verificación | Confirmación

Bancolombia NIT 890903938-8
HOSPITAL NUESTRA SENO
NIT: 899999164
FECHA: 15/05/2024

Entidad	BANCO DAVIVIENDA
Producto Beneficiario	550473100079598
Identificación Beneficiario	1020726227
Nombre del Beneficiario	GLORIA SANTANA
Tipo de Producto	
Tipo de Transacción	37
Valor	1,800,000.00
Concepto de la Transacción	Cont
Referencia	Cont Abr 01 a 30
Lugar de Pago	S
Estado del Pago:	POR APLICAR EN ENTIDAD DE ACH

Regresar

Egreso # 13674.

#20

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA Para Personas Naturales No Comerciantes o Regimen Simplificado Decreto 522 de 2003, Articulo 3º	NUMERO	FECHA DE PRESENTACION		
		A	M	D
	2	2024-04-30		

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: 1 AL 30 DE ABRIL DE 2024	
CONTRATO: 123 CDP: 180/247	

FIRMA VENDEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO

Isabel Santana

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

TOTAL	$ 1,800,000
NETO A PAGAR	$ 1,800,000

VB PPTO
Cto # 123
CDP # 180
RP # 186

Neto: 1.800.000
Dto: 16865
VBno: Smf

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:** 2	
2.Fecha de Presentación	30/04/2024		**3. PERIODO A COBRAR**	DEL 1 AL 30 DE ABRIL 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:**	1.800.000			
DATOSDELCONTRATO							
8.CONTRATO No.	123	**9.CDP**	180/247	**10.PLAZO**	2 MESES	**11.PRORROGA**	UN MES
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 periodo 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: Gabel Santana a:

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	1	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

2024/04/03 07:00 PM

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. INFORMACIÓN CONTRATISTA

Fecha:	30/04/2024	Acta de Corte N°	2	Periodo Ejecución:		01/04/2024	al	30/04/2024
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 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):	$	1,800,000.00
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:	$	5,400,000.00
Acta de corte (1):	$	1,800,000.00
Acta de corte (2):	$	**1,800,000.00**
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:	$	3,600,000.00
Saldo por ejecutar:	$	1,800,000.00

3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA

Plazo inicial del contrato:	DOS (02) MESES
Prorroga N° 1 (SI APLICA):	1 MES
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:	TRES (3) MESES
Fecha de terminación del contrato:	3°/05/2024
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		APROBÓ
NOMBRE	LYNA LAVERDE	ANA DUARTE	SONIA MARQUEZ	SHIRLEY ANDREA CORTES YAZO
CARGO	Secretaria Ejecutiva	Tecnico Presupuesto	Apoyo Contabilidad	SUBGERENTE CIENTIFICA
FIRMA				
FECHA:	30/04/2024	30/04/2024	30/04/2024	30/04/2024

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