FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA
NIT - 900947806-9

Nombre del Contratista: FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA **Cedula: NIT.900.947.967-1**	**Contrato N°304** **FECHA DEL CONTRATO:4 de octubre de 2024** **Valor: NUEVE MILLONES OCHOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CUATROSCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($ 9.866.490)**
Certificado de disponibilidad presupuestal No.471	**Certificado de registro presupuestal** No.: 475
Forma de Pago: El hospital San José de Ortega-Tolima, cancelara el valor del contrato en un(1) solo pago	**Fecha Acta de inicio: 4 DE OCTUBRE DE 2024**
Pago total **Porcentaje ejecutado: 100%**	**Planilla de seguridad social N° 30945605** **Valor pagado:** $ 377.300
Objeto del Contrato: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO PARA LA CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL FUNCIONARIO PUBLICO Y DEL AMOR Y LA AMISTAD EN EL MARCO DE LAS ACTIVIDADES DEL BIENESTAR SOCIAL DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E	

FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA
NIT - 900947806-9

ITEM DE ACTIVIDAD	OBLIGACIÓN ESPECIFICAS	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRAFICA
1	El contratista deberá cumplir con el objeto del contrato y con todos los requerimientos exigidos y las especificaciones técnicas solicitadas por la E.S.E derivados del contenido de los estudios previos.	Se cumplió con el objeto del contrato y los requerimientos exigidos.	 

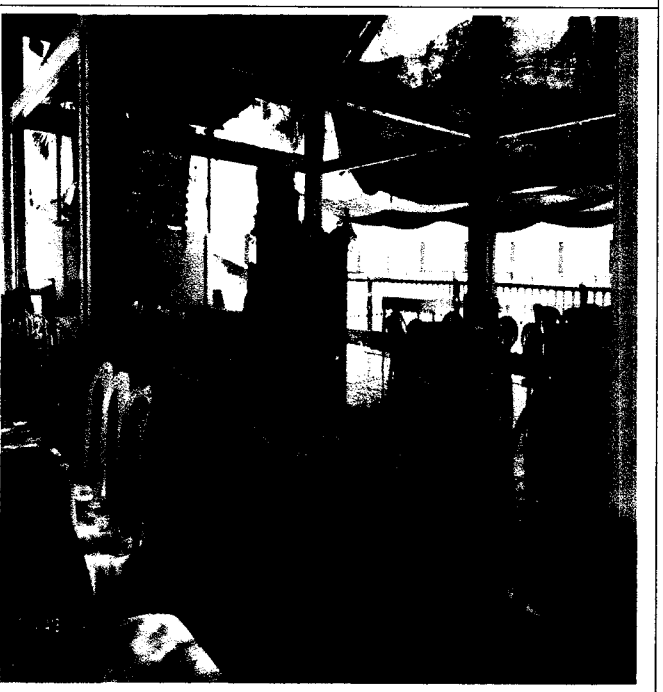
2	Planear, organizar, administrar y ejecutar el evento de conformidad con las especificaciones técnicas solicitadas por la ESE, en el lugar y fecha establecida e informada previamente por el Supervisor del contrato.	**Se cumplió con la realización del evento en la piscina Municipal en la fecha estipulada el día 05 de octubre del 2024.**	
3	Garantizar la calidad de los bienes y servicios ofrecidos a la Entidad, y ser responsable de su inmediato reemplazo o corrección en caso de presentarse baja calidad, defectos u otros inconvenientes en los mismos.	**Se garantizo la calidad de los bienes servicios ofrecidos ene le evento del 05 de octubre del 2024.**	
4	Responder por la oportuna prestación y por la calidad de los servicios contratados.	**Se presto un oportuno servicio en la actividad desarrollada en la piscina municipal el día 05 de octubre del 2024, de integración de los funcionarios del Hospital San Jose.**	

5	El contratista se hará responsable por los riesgos y perjuicios que cause a la Entidad y a terceros en razón o con ocasión de la ejecución y cumplimiento del contrato.	La fundación Manos amigas de mi tierra de los riesgos que hubieren presentados, en el evento del 05 de octubre realizado no presento ninguna anomalía.	
6	coordinar con el supervisor del contrato la ejecución de la actividad a realizar.	Se coordino con La fundación Manos Amigas la ejecución del Contrato.	
7	Comunicar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía durante la ejecución del contrato al supervisor.	No presento anomalías durante la ejecución del contrato.	
8	Entregar un informe de las actividades realizadas, incluidas evidencias fotográficas.	Se entrega el informe con las actividades realizadas y el respectivo registro fotográfico.	
9	Todas las demás obligaciones inherentes o necesarias para la correcta y satisfactoria ejecución del contrato.	Se cumplió con las obligaciones y demás que se nos asignaron.	

FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA
NIT - 900947806-9

EVIDENCIA FOTOGRAFICA









FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA
NIT - 900947806-9






LORENAPATRICIA TAFUR LOZANO
C.C 52.437.351 DE BOGOTÁ
REPRESENTANTE LEGAL

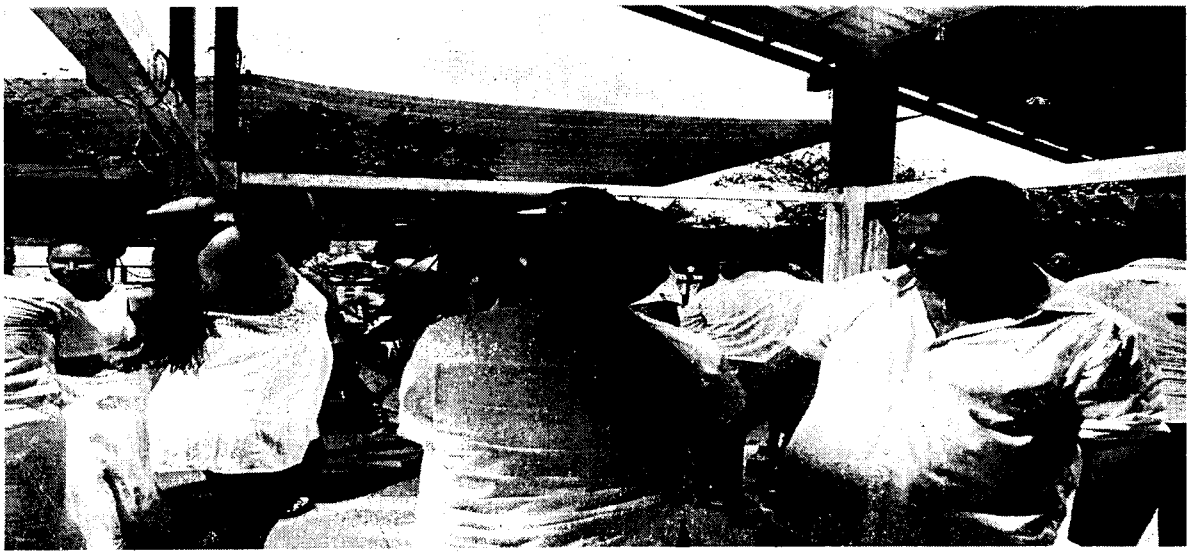
DIRECCION : MANZANA A CASA 16 BARRIO TECHITOS ORTEGA TOLIMA – TELEFONO 310 580 1536

NOMBRE: Comité de Bienestar		
ACTA No. 0		**FECHA:05-10-2024**
LUGAR: HSJO	**HORA INICIO: 12:30 p.m.**	**HORA FINAL: 6:00 p.m.**
FACILITADOR: Comité de bienestar		**RESPONSABLE DEL ACTA:** Milena Madrigal
ASISTENTES: Formato Anexo		

GENERALIDADES DE LA REUNIÓN

1.	**TEMAS PARA TRATAR** 1. Bienvenida 2. Palabras de la gerente 3. Palabras del comité 4. Almuerzo 5. Integración. 6. Compromisos.
2.	Siendo las 12:30 p.m. se inician las actividades programadas por el comité de bienestar en busca de mejorar los lazos de amistad y compañerismo entre los funcionarios del hospital. La gerente y el comité de bienestar dan saludo y expresan los agradecimientos por la puntual asistencia. Después se realizo el almuerzo con todos los funcionarios para proceder a continuar con la integración y así lograr que todos participen de la actividad. Entrega de camibuso blanco con el logo del hospital como incentivo para los funcionarios de planta. Recreación con actividades lúdicas, premiación, refrigerio e hidratación con la compañía de un grupo musical. Siendo las 6:00 p.m. seda por terminada la actividad programada quedando las evidencias de lo programado.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA
Día de los dulces de los niños de los funcionarios del hospital. ademas concurso de disfraces.	Comité de bienestar	29-10-2024
Día del servidor publico	Comité de bienestar	Por definir
Examen medico laboral	Comité de bienestar	21-10-2024













Realizo:	Karina Sánchez Sánchez	Coordinadora de Calidad
Reviso:	Ángela Milena Ramírez Preciado	Administradora
Aprobó:	Diana Marcela Campos Barrios	Gerente





HOSPITAL SAN JOSE E.S.E NIVEL 1 ORTEGA – TOLIMA

RELACION PERSONAL DE PLANTA

ENTREGA DE CAMISETA DIA DEL SERVIDOR PUBLICO

No	NOMBRES	APELLIDOS	GARGO	FIRMA
1	BIVIANA	APONTE BONILLA	AUX ADMINISTRATIVO	Biviana Aponte Bonilla
2	LUZ CATALINA	ARANDA	AUX ADMINISTRATIVO	
3	CARLINA	GUARNIZO BOCANEGRA	AUX ADMINISTRATIVO	
4	DIANA MARCELA	CAMPOS BARRIOS	GERENTE	
5	ANGELA MILENA	RAMIREZ PRECIADO	PROFESIONAL U.	
6	MARIA NORMA E.	RAMIREZ QUITORA	SECRETARIA	
7	NILSA JULIETA	MORENO BERMUDEZ	OFIC. CONT INTERNO	
8	MERLY CECILIA	ALVIS VEGA	ALMACENISTA	
9	WILFREDY	OSORIO OVIEDO	ENFERMERO SERV SOCIAL	
10	OLGA LUCIA	LOPEZ SANCHEZ	ENFERMERA PROFECIONAL	
11	ASTRID	HERMANDEZ ALAPE	BACTERIOLOGA	
12	EDUARDO	MENDOZA CASTELLANOS	MEDICO GENERAL	
13	CARLOS	LEAL CRUZ	ODONTOLOGO	
14	CIRO JOSE	MARTINEZ	MEDICO SER.SOCIAL	
15	BYRON	DIAZ OBANDO	MEDICO SER.SOCIAL	
16	TERESA DE JUSUS	ALAPE REMICIO	AUXILIAR ENFERMERIA	
17	VERONICA	ALAPE REMICIO	AUXILIAR ENFERMERIA	
18	NIDIA CONSUELO	ALVIS	AUXILIAR ENFERMERIA	
19	DIANA MAGALY	CALDERON MONROY	AUXILIAR ENFERMERIA	
20	ROCIO VIANEY	GARCIA SANTOS	AUXILIAR ENFERMERIA	
21	MARIA NIDA	MADRIGAL MORALES	AUXILIAR ENFERMERIA	
22	BLANCA MILENA	MADRIGAL GIRON	AUXILIAR ENFERMERIA	
23	NELCY	MANRIQUE MURCIA	AUXILIAR ENFERMERIA	
24	CLARA DENIS	MONTAÑA OYOLA	AUXILIAR ENFERMERIA	

25	MARTHA DOREY	MONTAÑA CORRALES	AUXILIAR ENFERMERIA	
26	LEIDY NAYIVE	MORENO	AUXILIAR ENFERMERIA	
27	ASTRID MILENA	NAVIA	AUXILIAR ENFERMERIA	
28	LUZ EDITH	OLIVEROS CALDERON	AUXILIAR ENFERMERIA	
29	ESMERALDA	PEDRAZA RODRIGUEZ	AUXILIAR ENFERMERIA	
30	ANA MILENA	SANDOVAL GUZMAN	AUXILIAR ENFERMERIA	
31	MARIA ESMERALDA	TAPIERO CAPERA	AUXILIAR ENFERMERIA	
32	CLARIBEL	TIQUE GARCIA	AUXILIAR ENFERMERIA	
33	GUSTAVO	MORENO ROGUIREZ	CONDUCTOR	

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E NIVEL 1 ORTEGA - **TOLIMA**

RELACION DE PERSONAL DE PLANTA

ASITENCIA

EVENTO DEL DIA DEL SERVIDOR PUBLICO

No	NOMBRES	APELLIDOS	GARGO	FIRMA
1	BIVIANA	APONTE BONILLA	AUX ADMINISTRATIVO	
2	LUZ CATALINA	ARANDA	AUX ADMINISTRATIVO	
3	CARLINA	GUARNIZO BOCANEGRA	AUX ADMINISTRATIVO	
4	DIANA MARCELA	CAMPOS BARRIOS	GERENTE	
5	ANGELA MILENA	RAMIREZ PRECIADO	PROFESIONAL U.	
6	MARIA NORMA E.	RAMIREZ QUITORA	SECRETARIA	
7	NILSA JULIETA	MORENO BERMUDEZ	OFIC. CONT INTERNO	
8	MERLY CECILIA	ALVIS VEGA	ALMACENISTA	
9	WILFREDY	OSORIO OVIEDO	ENFERMERO SERV SOCIAL	
10	OLGA LUCIA	LOPEZ SANCHEZ	ENFERMERA PROFECIONAL	
11	ASTRID	HERMANDEZ ALAPE	BACTERIOLOGA	
12	EDUARDO	MENDOZA CASTELLANOS	MEDICO GENERAL	
13	CARLOS	LEAL CRUZ	ODONTOLOGO	
14	CIRO JOSE	MARTINEZ	MEDICO SER.SOCIAL	
15	BYRON	DIAZ OBANDO	MEDICO SER.SOCIAL	
16	JERESA DE JUSUS	ALAPE REMICIO	AUXILIAR ENFERMERIA	
17	VERONICA	ALAPE REMICIO	AUXILIAR ENFERMERIA	
18	NIDIA CONSUELO	ALVIS	AUXILIAR ENFERMERIA	
19	DIANA MAGALY	CALDERON MONROY	AUXILIAR ENFERMERIA	
20	ROCIO VIANEY	GARCIA SANTOS	AUXILIAR ENFERMERIA	
21	MARIA NIDA	MADRIGAL MORALES	AUXILIAR ENFERMERIA	

22	BLANCA MILENA	MADRIGAL GIRON	AUXILIAR ENFERMERIA	
23	NELCY	MANRIQUE MURCIA	AUXILIAR ENFERMERIA	
24	CLARA DENIS	MONTAÑA OYOLA	AUXILIAR ENFERMERIA	
25	MARTHA DOREY	MONTAÑA CORRALES	AUXILIAR ENFERMERIA	
26	LEIDY NAYIVE	MORENO	AUXILIAR ENFERMERIA	
27	ASTRID MILENA	NAVIA	AUXILIAR ENFERMERIA	
28	LUZ EDITH	OLIVEROS CALDERON	AUXILIAR ENFERMERIA	
29	ESMERALDA	PEDRAZA RODRIGUEZ	AUXILIAR ENFERMERIA	
30	ANA MILENA	SANDOVAL GUZMAN	AUXILIAR ENFERMERIA	
31	MARIA ESMERALDA	TAPIERO CAPERA	AUXILIAR ENFERMERIA	
32	CLARIBEL	TIQUE GARCIA	AUXILIAR ENFERMERIA	
33	GUSTAVO	MORENO ROGUIREZ	CONDUCTOR	

nonrique
Nilda
Catalina
Angela
Bairon
Cito
Sefe
Olga
Claudenis

Carol. 50.
Pilar. 50.
Elizabet 50

FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA
NIT 900947806-9
MZ A CA 16 P1 BRR TECHITOS, Ortega, Tolima,
Tel: 3105801536
fundacionma14@gmail.com ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No. FVMA1
Responsable de IVA

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIVEL 1
CL 6 3 25, Colombia, Ortega, Tolima

24/10/2024

6082258801 890700967-1

24/10/2024

1	CAMISETAS MARCADAS CON LOGOS INSTITUCIONALES	Unidad	$42.016	34	$1.428.544
2	ACTIVIDADES LÙDICAS Y RECREATIVAS INCLUYE RECREACIONISTA ANIMADOR	Unidad	$1.344.536,1	1	$1.344.536
3	HIDRATACION	Unidad	$2.168.830	1	$2.168.830
4	DECORACIÒN DE SILLAS Y MESAS	Unidad	$1.108.260	1	$1.108.260
5	ALMUERZOS	Unidad	$14.868	160	$2.378.880
6	ALQUILER DEL LUGAR DEL EVENTO	Unidad	$588.223	1	$588.223

Moneda: COP
Generado: 2024-10-24 11:16:12-05:00
Validación DIAN: 2024-10-24 11:17:13-05:00

Tipo de operación: Estándar Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia débito bancaria

CUFE: 247458ce44ba34057d763e8f272b77acd424ee182947e3635294c90159e197d2707a21b96327488093e46532d5e75aeb

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

Subtotal	$9.017.273
IVA (19.00%)	$849.217
[illegible]	[illegible]

Total de lineas: 6

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N°18764081230550 de 2024-10-09 Modalidad Factura Electrónica Desde N° FVMA1 hasta FVMA200 con vigencia hasta 2026-10-09

Representación gráfica de factura de venta electrónica

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S. - Software Alegra - NIT 900.359.088-2

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	LORENA TAFUR
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	C-52437351
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-10-08
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-52437351
NOMBRE EMPLEADO	LORENA TAFUR
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
AFP	COLFONDOS
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL SURA – SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	30945805
REFERENCIA PAGO (PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2024-10
PERIODO SALUD	2024-10
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.300.000	0,1600000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.300.000	0,125000	$ 162.500	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.300.000	0,00522000	$ 6.800	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,000000	$ 0	0	0,000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 377.300

FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA
NIT - 900947806-9

ANEXO 3- 1
CERTIFICACION APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

CERTIFICACIÓN PERSONA JURÍDICA

El suscrito (revisor fiscal o representante legal, según sea el caso), certifica que la fundación Manos Amigas por Mi Tierra, identificada con NIT. 900947806-9, se encuentra paz y salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicios Naciones de Aprendizaje de toda la persona que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante los últimos seis (6) meses.

Lo anterior para cumplir lo establecido en el art. 50 de la ley 789 del 2002 y la ley 1150 de 2007, decreto 1072 de 2015, decreto 1990 de 2016 y la resolución No 0312 de 2019.

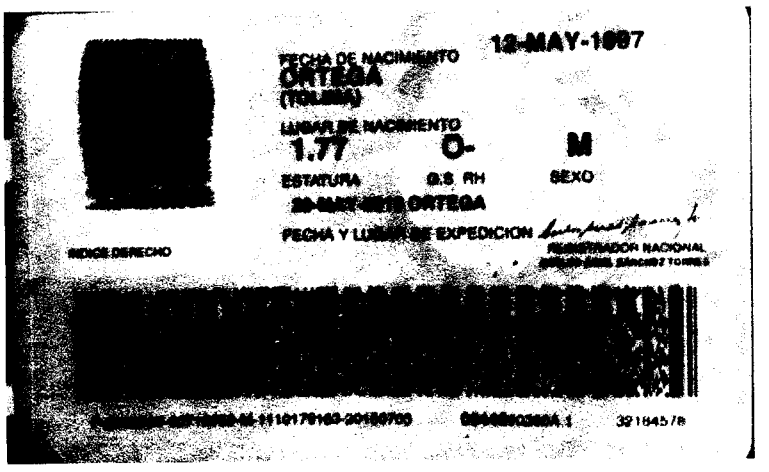
La presente se expide a los 10 días del mes de octubre del año 2024, en Ortega Tolima.

Tarjeta No. 309801-T

Revisor Fiscal _____

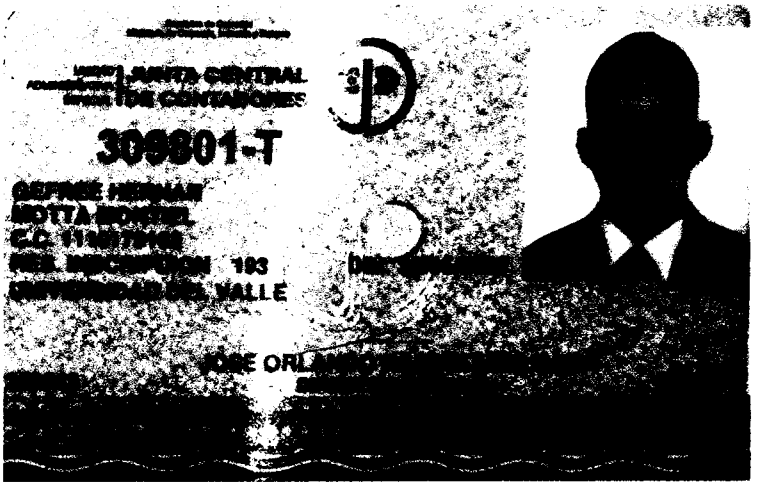
Scanned with CamScanner

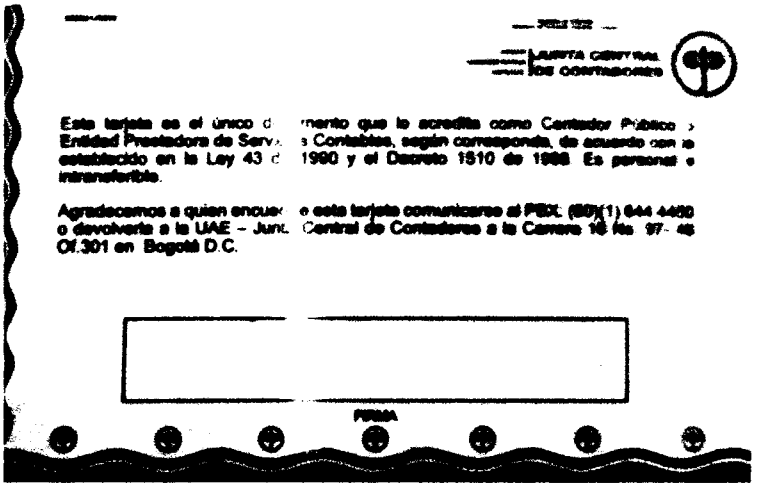




Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner





Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F 7 9 1 9 9 5 9 F 6 B 2 C 9 2 D

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **GEFREE HERNAN MOTTA MONTIEL** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1110179163 de ORTEGA (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 309801-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 27 días del mes de Agosto de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar **acompañándolo en el desarrollo de sus metas.**

Guamo, 07 de marzo de 2024

Cordial saldo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el cliente **FUNDACIÓN MANOS AMIGAS POR MI TIERRA** identificado con NIT **900947806** a la fecha de expedición de esta certificación tiene el siguiente producto con nosotros:

Nombre Producto	No Producto	Fecha de Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	**41100005055**	**2024/03/07**	**ACTIVA**

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.
Estamos a su disposición para confirmar la anterior información.

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez
Gerente Transformación de Sucursales
* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

VIGILADO

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

ACTA DE SUPERVISIÓN No. 1

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**304**
CONTRATISTA	**FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA**
NUMERO DE NIT	900.947.806-9
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO PARA LA CELEBRACION DEL DIA DEL FUNCIONARIO PUBLICO Y DEL AMOR Y AMISTAD EN EL MARCO DE LAS ACTIVIDADESDE BIENESTAR SOCIAL DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA ESE. SEGUN EL CONTRATO 304
VALOR DEL CONTRATO	**$9.866.490**
FECHA DE INICIO CONTRATO	04/10/2024
FECHA DE TERMINACIÒN CONTRATO	
SUPERVISOR DESIGNADO	**ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO**
PERIODO SUPERVISADO	**OCTUBRE**
TELEFONO CONTRATISTA	3105801536
EMAIL CONTRATISTA:	Fundacionma14@gmail.com

1. INFORME FINANCIERO:

CDP No.	VALOR CDP	REGISTRO No.	VALOR REGISTRO
471	**$9.866.490**	475	**$9.866.490**

MES EJECUTADO	VALOR MENSUAL A PAGAR	SALDO DISPONIBLE
OCTUBRE	**$9.866.490**	$0
TOTAL	**$ 9.866.490**	$ 0

2. **CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES:** El contratista **FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA identificado con número de Nit 900.947.806**-9, cumplió a cabalidad durante el **mes de Octubre DEL 2024** con las siguientes actividades:

CONCEPTO	SI	NO
Se mantuvo afiliado a seguridad social de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.	X	
Realizó pago de seguridad social teniendo en cuenta el 40% del valor devengado por honorarios durante el periodo supervisado.	X	
Ejecutó las actividades asignadas de acuerdo a los requerimientos del supervisor en términos de contenidos, oportunidad y calidad.	X	
Demostró competencia, conocimientos, habilidades y destrezas en la realización de las actividades y procedimientos delegados	X	

3. OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO:

	ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-61
	INFORME DE SUPERVISION	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El contratista deberá cumplir con el objeto del contrato y con todos los requerimientos exigidos y las especificaciones técnicas solicitadas por la E.S.E derivados del contenido de los estudios previos.			X			-
2	Planear, organizar, administrar y ejecutar el evento de conformidad con las especificaciones técnicas solicitadas por la ESE, en el lugar y fecha establecida e informada previamente por el Supervisor del contrato			X			
3	Garantizar la calidad de los bienes y servicios ofrecidos a la Entidad, y ser responsable de su inmediato reemplazo o corrección en caso de presentarse baja calidad, defectos u otros inconvenientes en los mismos.			X			-
4	Responder por la oportuna prestación y por la calidad de los servicios contratados.			X			-
5	El contratista se hará responsable por los riesgos y perjuicios que cause a la Entidad y a terceros en razón o con ocasión de la ejecución y cumplimiento del contrato			X			-
6	Coordinar con el supervisor del contrato la ejecución de la actividad a realizar.			X			-
7	Comunicar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía durante la ejecución del contrato al supervisor.			X			-
8	Entregar un informe de las actividades realizadas, incluidas evidencias fotográficas			X			-
9	Todas las demás obligaciones inherentes o necesarias para la correcta y satisfactoria ejecución del contrato.					X	-
Concepto general del cumplimiento de las obligaciones				X			**CUMPLIO CON SUS ACTIVIDADES EXITOSAMENTE**

4. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA:

1. Se le recomienda que el informe de Actividades debe ser entregarse en la fecha estipulada para poder realizar la supervisión del contrato.

5. RELACIÒN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:

ITEM	PERIODO DE PAGO *AÑO – MES*	FECHA DE PAGO *ANO – MES – DÍA*	VALOR	No DE LA PLANILLA
SALUD	2024-10	2024-010-08	$162.500.	**30945605**
RIESGOS PROFESIONALES	2024-10	2024-010-08	$6.800	**30945605**
PENSION	2024-10	2024-010-08	$208.000	**30945605**

6. ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE

SI [X]	NO [ ]
RELACIONAR SOPORTES DEL INFORME: **INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE DE 2024 Y SEGURIDAD SOCIAL DE MES DE OCTUBRE DE AÑO 2024**	

7. PROCEDE PAGO EN ESTE PERIODO:

SI [X]	NO [ ]
EN CASO DE PROCEDER PAGO SE ANEXA AL PRESENTE INFORME CERTIFICACIÓN PARA PAGO	

8. OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

Se constató oportunamente por parte en la oficina de contratación, el suministro completo de los documentos contractuales y legales exigidos como requisito previo para la ejecución del contrato.

Incapacidades: No presento ninguna incapacidad.

Este informe se genera para habilitar por parte de la entidad contratante, el pago de los honorarios del **mes de OCTUBRE por** la suma de **$ 9.866.490**

Asistentes,

ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
Supervisor

Anexo: Pago de seguridad social
Informe de actividades
Evidencias fotográficas

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151
Nit. 890700967-1

COMPROBANTE EGRESO No.16658
Fecha: 08/11/2024

Tercero

NI 9010947806-9 **FUNDACION MANOS AMIGAS POR MI TIERRA**
Dirección: CL 75 N 5 90 CON PARQUES DE TIERRA LINDA Teléfono: 3138665788

Datos del Pago

Forma de Pago : TRANSFERENCIA ELECTRONICA BANCO DAVIVIENDA **Cuenta :** 166969999829

Concepto

SE CANCELA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO PARA LA CELEBRACION DEL DIA DEL FUNCIONARIO PUBLICO Y DEL AMOR Y AMISTAD EN EL MARCO DE LAS ACTIVIDADESDE BIENESTAR SOCIAL DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA ESE. SEGUN EL CONTRATO 304.

Documento	Numero	Factura			Valor
		Documento	Numero	Fecha	
CUENTA POR PAGAR	10623	FCP	000000	25/10/2024	$9.866.490.00

Total : $9.866.490.00

Edición Contable

Codigo	Cuenta	Deber	Haber
249090	Otras cuentas por pagar	$9.866.490.00	
29059004	Sobretasa Bomberil 0.5%		$3.156.00
244004	RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO		$63.121.00
24362501	impuesto a las ventas retenido por consignar.		$127.382.00
24072201	PRO CULTURA 2%		$180.345.00
24072202	PRO ANCIANO 4%		$360.690.00
11100508	Davivienda 166969999829		$9.131.796.00
	Total	**$9.866.490.00**	**$9.866.490.00**

SON

NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

BENEFICIARIO

DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713

Empresa

HOSPITAL SAN JOSE DE (

Administración

Compras por internet

Pagos

Pago a Proveedores

Crear Pagos
Reutilizar Pagos
Modificar Pagos
Eliminar Pagos
Validar Pagos
Actualizar Pagos
Consultas
Procesos de Pagos
Estados de Pagos
Personalizar Plantillas

Pago Automático de Servicios Públicos o Privados

Inscripciones

Pago de Productos Davivienda

Transferencias, Usos y Avances

Consulta de Productos

Consulta de Inversiones

Consulta de Planes Institucionales

Certificaciones, Extractos y Paz y Salvos

Atención en línea

Sesión

Cerrar Sesión

CONOZCA AQUÍ
Todo sobre el Portal Empresarial

Línea Empresarial
-Bogotá (1) 3 27 83 60
-Bogotá (1) 7 42 59 80
-Desde otras ciudades de Colombia 01 8000 91 95 61

Bienvenido: **Señor(a) DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS**

8 de Noviembre del 2024 - 17:40

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST

Pago a Proveedores

Detalle del Pago

Nº Proceso de Pago	49942811	Nombre Proceso de Pago	PAGO DE VACACIONES LOGISTICA Y SERVICIO DE AGUA
Cantidad de Pagos	3	Valor Total a Pagar	$ 14.263.238,00
Tipo Identificación	NIT	Nº de Identificación	900947806
Nombres	0	Apellidos	0
Referencia	0000000000000000		
Tipo Producto o Servicio Destino	CUENTAS AHORRO OTROS BANCOS	Numero Producto o Servicio Destino	411****5055
Entidad Destino	BANCOLOMBIA	Estado Pago	Pendiente
EMail			
Cantidad de Documentos	0	Valor del Pago	$ 9.131.796,00
Documentos Ingresados	0	Monto Documentos Ingresados	$ 0,00

Regresar

© 2005 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial v6.55.01
Pagos v6.55.01