

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA

Decreto No. 358 Marzo 2020 Art. artículo 1.6.1.4.12

DOCUMENTO SOPORTE : N° 05

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas con no Obligados a facturar: Para personas naturales no comerciantes

RAZON SOCIAL : HOSPITAL LOCAL DE FUENTEDEORO**DIRECCIÓN :** Cra. 14 No. 14 36 - Barrio Las Brisas**TELÉFONO :** 3157528343**NIT :** 822.001.570 DV 3**FECHA DE LA
TRANSACCIÓN :**

30-dic-24

C.C. No.40.405.615 de Fuentedeoro (Meta)

**NOMBRE Y
APELLIDOS DEL
BENEFICIARIO DEL
PAGO :**

NANCY POLOCHE LEYTON

**CIUDAD Y DIRECCIÓN
DEL BENEFICIARIO :**

Calle 8 No 12-81 Barrio El Lago

**CODIGO ACTIVIDAD
ECONOMICA:**

8211

CONCEPTO:

Prestacion de Servicios Profesionales de Asesoría para el Mantenimiento y Mejoramiento Continuo del Sistema Integral de Gestión de Calidad en el Hospital Local Primer Nivel E.S.E. Fuentedeoro. Del 01 al 30 de diciembre de 2024.

No. 05 De Contrato 244 de 2024**Programa o Unidad Funcional: Administrativa-Asesora de Calidad****Periodo de cobro: DEL 01 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2024****Objeto del contrato:**

Prestar los Servicios Profesionales de Asesoría para el Mantenimiento y Mejoramiento Continuo del Sistema Integral de Gestión de Calidad en el Hospital Local Primer Nivel E.S.E. Fuentedeoro.

VALOR DE LA OPERACIÓN

\$

2.891.900

RETENCION EN LA FUENTE

\$

-

VALOR A PAGAR

\$

2.891.900

FIRMA: NANCY POLOCHE LEYTON

C.C. 40.405.615 de Fuentedeoro

NOTA: Las personas inscritas en Régimen Simplificado, adjuntar fotocopia del RUT

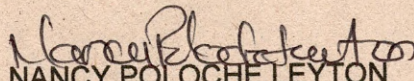
Las personas naturales no comerciantes, adjuntar fotocopia de la C.C

INFORME DE ACTIVIDADES No. 05	
CUENTA DE COBRO NUMERO:	05
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NANCY POLOCHE LEYTON
IDENTIFICACION:	40.405.615 de Fuentedeoro
CONTRATO NUMERO:	244 del 01 de agosto de 2024
PERIODO EJECUTADO:	Del 01 al 30 de diciembre de 2024
VALOR A COBRAR:	\$ 2.891.900 pesos
OBJETO:	Prestar los Servicios Profesionales de Asesoría para el Mantenimiento y Mejoramiento Continuo del Sistema Integral de Gestión de Calidad en el Hospital Local Primer Nivel E.S.E. Fuentedeoro.
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Realizar el trámite de inscripción de novedades ante el ente territorial, dando cumplimiento la implementación del Sistema Único de Habilitación (SUH).	Durante el periodo se realizó validación del REPS, no se presenta ninguna novedad.
2. Realizar autoevaluación semestral de los estándares de habilitación para determinar el grado de desarrollo en los diferentes servicios, apoyando en la documentación e implementación de los criterios de habilitación, con presentación de informe de los hallazgos.	Continuamente se realiza revisión de documentos de los estándares de habilitación de cada proceso documentados para la mejora continua de cada proceso en la prestación de los servicios,
3. Evaluación, implementación y seguimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), con base en los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud, con enfoque en acreditación o en lineamientos de seguridad del paciente.	Se da cumplimiento al cronograma PAMEC teniendo en cuenta ruta crítica para realizar el seguimiento de los estándares de acreditación y el cronograma para el desarrollo del mismo.
4. Diseñar, implementar la medición y gestión integral de los indicadores de calidad, con el fin de realizar seguimiento y monitoreo a la calidad de la atención, con acompañamiento en la gestión de los resultados de los indicadores para intervención de las oportunidades de mejora.	Se realiza ficha en formato digital Excel para el seguimiento y monitoreo de los indicadores de calidad dando cumplimiento a la resolución 256 de 2016.
5. Realizar Asistencia técnica en la construcción del tablero de indicadores y sus fichas técnicas.	Se realiza tablero de indicadores y fichas técnicas y se retroalimenta de manera mensual.
6. Realizar Asistencia técnica en la implementación de Programas de Seguridad del Paciente, mediante la alineación del direccionamiento estratégico, la cultura organizacional y la gestión de los procesos y el modelo de atención.	Se realizó dos rondas con la enfermera líder comité de seguridad del paciente Sandra tomando evidencia y registrando en la lista de chequeo y se socializa en la jornada de comité para la mejora continua.
7. Seguimiento planes de mejoramiento de los eventos adversos e incidentes, presentados en la institución, previo análisis	Durante la ejecución no se presentó ningún evento adverso.
8. Diseño e implementación y seguimiento del programa de humanización de la atención, teniendo como pilar la construcción de una cultura organizacional en la que los valores están orientados a diseñar políticas, programas y prácticas, y a velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano.	Continuamente se fomenta la política de Humanización con el fin de sensibilizar a todos los colaboradores en seguir trabajando en la prestación del servicio con calidad, segura y humanizada.

Nancy Poloche Leyton
C.C.40.405.615 de Fuentedeoro

9. Implementación de prácticas humanizadas en el marco de la atención en salud, acompañado de la capacitación y formación en humanización de la atención al personal de la institución.	Durante este mes como practica de humanización se resaltó en jornada de comité la importancia de la Humanización y Buen trato en los servicios y se socializa en comité.
10. Asesoría para el diseño, montaje, implementación y seguimiento a guías y/o protocolos de atención médica, como herramienta adicional que contribuya a la atención segura de los pacientes.	En el mes de diciembre se hace revisión de los protocolos, guías, manuales, políticas institucionales para su actualización,
11. Realizar seguimiento al Plan de desarrollo Institucional a través de un plan de acción para cada vigencia, que permite identificar cumplimiento de metas.	Durante este periodo se hace seguimiento a los planes de mejoramiento de las auditorias internas.
12. Establecer los planes de mejoramiento a que haya lugar y hacer los respectivos seguimientos	Para este mes se realizó planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados
13. Apoyar en la realización de informes de las diferentes Instituciones de control y verificación relacionados con el Sistemas Obligatorio de Calidad en Salud.	Se generó informe de indicadores de calidad de la Resolución 1552 y 0256 y se envía a las EPS por medio de correo electrónico., se sube a plataforma GENESIS para cajacopi, al igual que PISIS y SIHO del Ministerio de Salud información trimestral
14. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la Institución, y aquellas que desarrolle la entidad a través de los diferentes medios virtuales, como redes sociales, entre otros	Se realiza divulgación de los diferentes publicaciones de actividades realizadas por el Hospital por los diferentes medios de comunicación establecidos para ello. .
15. Participar en los procesos de implementación, gestión y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de la calidad, en cuanto se convoque	Se participó de la jornada de comité de control interno y contabilidad.
16. Participar en los Comités Institucionales, capacitaciones y reuniones programadas por el Hospital	Se participó activamente del comité Institucional, en la feria de salud, igualmente se participó en capacitación de participación social por la secretaria de salud del meta.
ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME	
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL NUMERO	DICIEMBRE: 9478648168

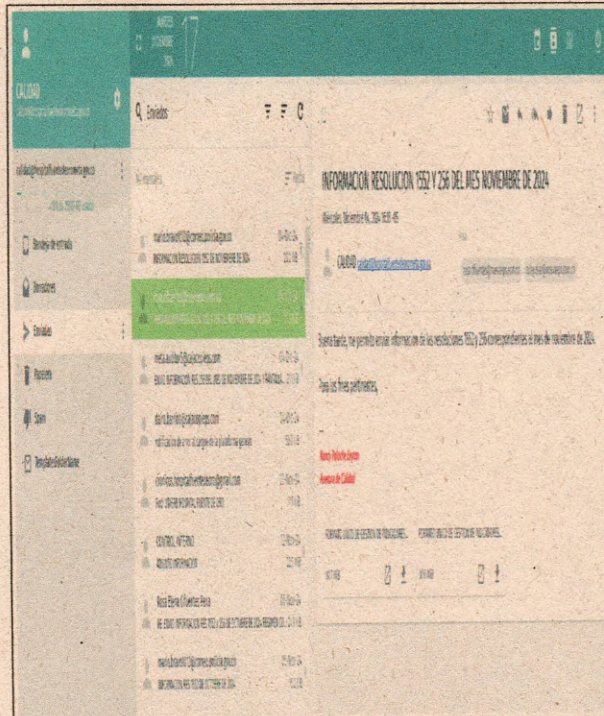
Atentamente,


NANCY POLOCHE LEYTON
C.C. 40.405.615 de Fuentedeoro

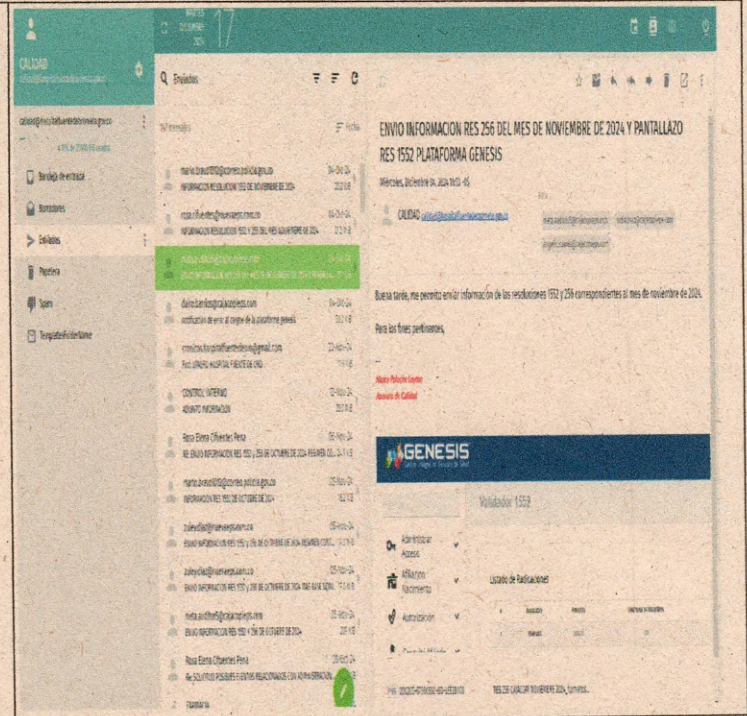
Calle 8 No 12 -81 Barrio El Lago
Celular 3202282827

Nancy Poloche Leyton
C.C.40.405.615 de Fuentedeoro

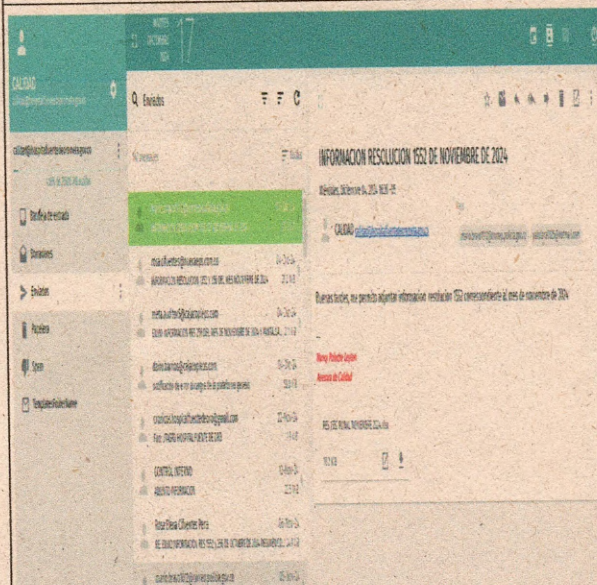
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



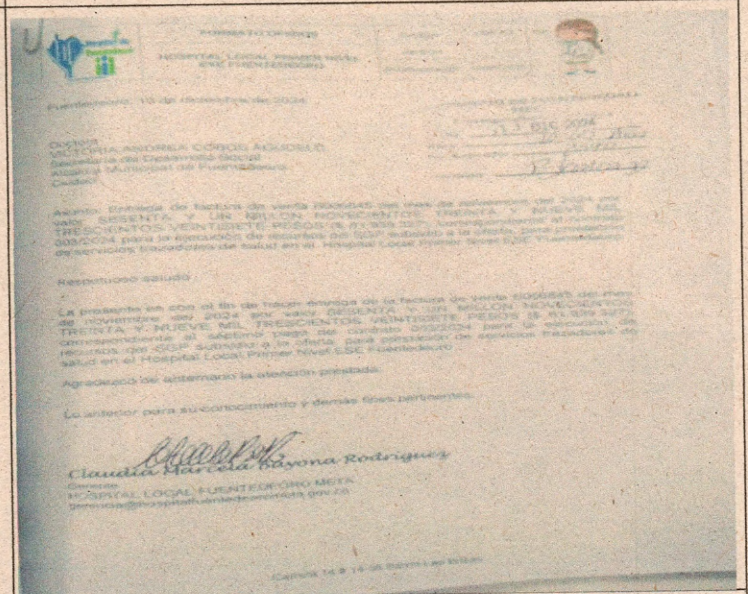
Pantallazo envió información RES 256 Y 1552
Nueva EPS



Pantallazo envió información CAJACOPI- PLATAFORMA
GENESIS RES 1552 y 256



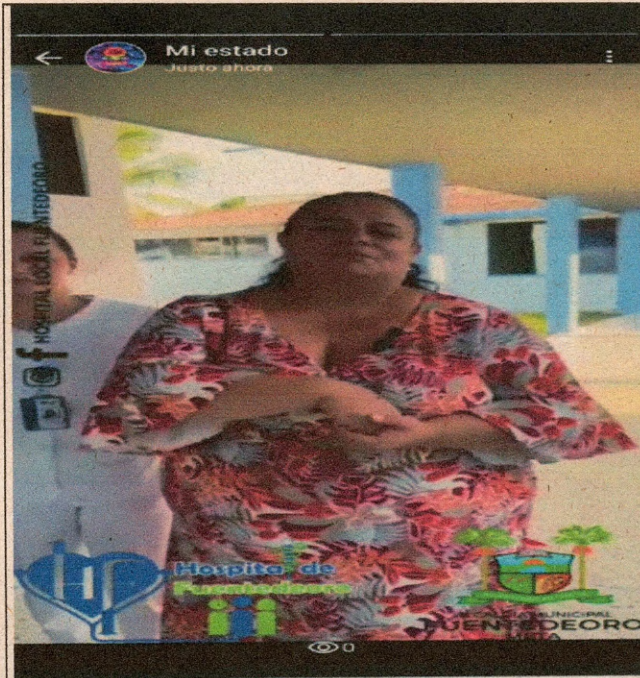
Pantallazo envió información 1552 Policía
Nacional



Pantallazo Radicación Informe de oferta

Calle 8 No 12 -81 Barrio El Lago
Celular 3202282827

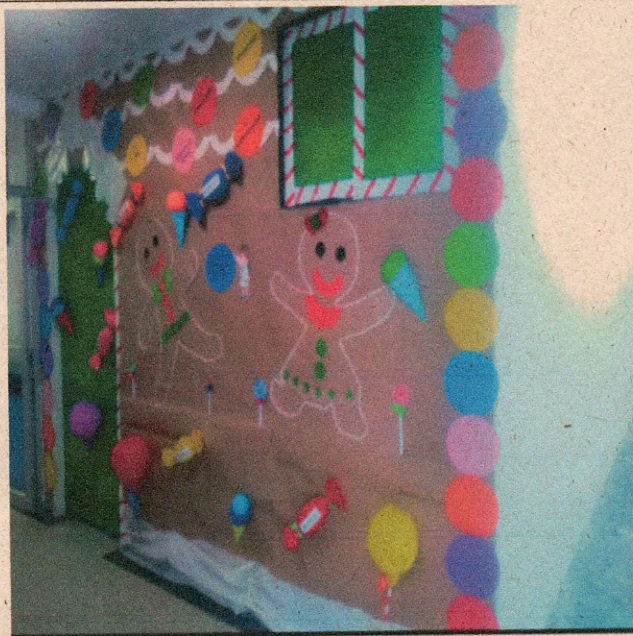
Nancy Poloche Leyton
C.C.40.405.615 de Fuentedeoro



Pantallazo divulgación información via whatsapp



Pantallazo divulgación información via Facebook



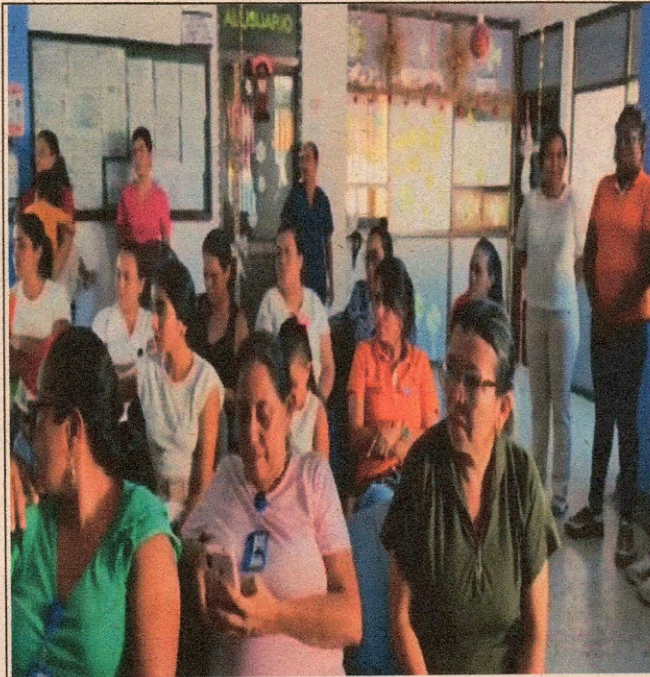
Participación en la jornada decoración navideña-
entrada oficina calidad y sistemas



Participación en la jornada decoración navideña
entrada oficina calidad y sistemas

Calle 8 No 12 -81 Barrio El Lago
Celular 3202282827

Nancy Poloche Leyton
C.C.40.405.615 de Fuentedeoro



Participación novena en el HLF



Participación capacitación Participación Social



Participación jornada de comités Institucionales



Participación cumpleaños del municipio

Calle 8 No 12 -81 Barrio El Lago
Celular 3202282827

Fuentedeoro Meta, 30 de diciembre de 2024

Señores
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO
Ciudad

Asunto: **Declaración Juramentada para efectos tributarios –Ley 2277 de 2022.**

Cordial saludo:

Yo, **NANCY POLOCHE LEYTON**, identificada con Cédula de Ciudadanía Número 40.405.615 expedida en Fuentedeoro Meta, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento del pago número **05** del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No.244 de fecha 01 de agosto de 2024 objeto de esta declaración:

1. Que de conformidad con el párrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, mis ingresos corresponden a rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y me acojo a la depuración de retención en la fuente por pagos mensualizados indicada en el párrafo 2 del párrafo indicado.

De igual forma solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 01 al 30 de diciembre de 2024. En los pagos que me realice EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO de acuerdo con los siguientes factores:

Descripción	Valor
Deducción por intereses pagados en el año _____ por adquisición de vivienda	\$ 0
Deducción por pagos de medicina prepagada.	\$ 0

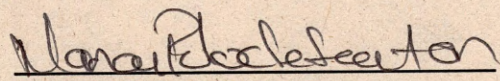
Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos.

Identificación	Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Edad
1.122.356.630	NICOLAS JUNIOR	ROJAS	POLOCHE	HIJO	18 AÑOS

2. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Atentamente,

FIRMA CONTRATISTA:
NOMBRE CONTRATISTA:
N° IDENTIFICACIÓN Y DV:

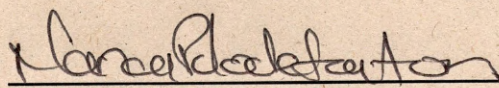

NANCY POLOCHE LEYTON
C.C.40.405.615 de Fuentedeoro

NOTA: El presente documento será anexo del formato **VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO DE CONTRATOS** para trámite de cuenta.

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **NANCY POLOCHE LEYTON**, identificada con la cedula de ciudadanía No.40.405.615 de Fuentedeoro Meta Colombia, en mi calidad de Contratista, con el Hospital Local Primer Nivel E.S.E Fuentedeoro, dentro de la Orden de Prestación de Servicios No.244 del 01 de agosto de 2024, por medio del presente documento, declaro bajo la gravedad del juramento en los términos que consagra la Ley, que los documentos que presento al área de Contratación y Órdenes de Pago, corresponde a los pagos de Seguridad Social en Salud del mes de **DICIEMBRE**, el cual anexo para el cobro respectivo.

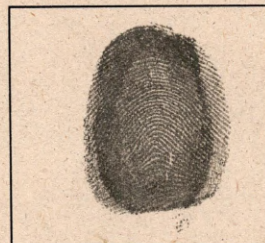
Para constancia se firma en Fuentedeoro Meta, a los treinta (30) días del mes de diciembre del año Dos mil Veinticuatro (2024).



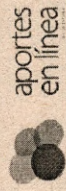
NANCY POLOCHE LEYTON

C.C. No. 40.405.615 de Fuentedeoro

HUELLA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE																		
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF										
CC-0405615		POLOCHE LEYTON NANCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 8 12 81	FUENTE DE ORO-META	3202282827	No										
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																		
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias/Mora	Valor										
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias/Mora	Valor										
2024-12	2024-12	9478648168	I	2025/01/08	2024/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$402,200										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																		
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucesos: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$31,700			\$1,300,000	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$31,700			\$1,300,000	\$0
Ciudad: FUENTE DE ORO Depto: META (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$31,700			\$1,300,000	\$0
1	CC-0405615	POLOCHE NANCY	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5037	30	\$1,300,000	\$162,500	0	14-23	30	\$31,700	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación

dv

Razon Social

Clase Aportante

Sucursal Principal

Direccion

Ciudad-Departamento

Teléfono

Exonerado SENA e ICBF

CC 40405615

POLOCHE LETON NANCY

INDEPENDIENTE

PRINCIPAL

calle 8 12 81

FUENTE DE ORO-META

320282827

No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

Pensión

Salud

Clave

Planilla

Planilla

Pago

Limite

Fecha

Pago

Banco

Dias Mora

Valor

2024-12

2024-12

27598900

9478648168

1

2025/01/08

2024/12/09

BANCO DE OCCIDENTE

0

\$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO

CODIGO

NIT

DY

AFILIADOS

VALOR LIQUIDADO

INTERESES MORA

SALDOS E INCAPACIDADES

VALOR A PAGAR

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)

230301

800,224,808

8

1

\$208,000

\$0

\$208,000

ARL (ADMINISTRADORAS: 1)

14-23

860,011,153

6

1

\$31,700

\$0

\$31,700

EPS (ADMINISTRADORAS: 1)

EP5037

900,156,264

2

1

\$162,500

\$0

\$162,500

TOTAL

1

\$402,200

\$0

\$402,200

Página 2 de 2

2024/12/09 09:47 AM

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	
		HLF	
FORMATO DE VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL			

**LA PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO**

VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL No 244-05

Que el señor (a) **NANCY POLOCHE LEYTON** identificado con cedula de ciudadanía número 40.405.615, expedida en Fuentedeoro, vinculado por medio de contrato de prestación de servicios N° 244 Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes **DICIEMBRE** del año 2024, en cuando a salud, pensiones y riesgos laborales detallados a continuación.

ADMINISTRADORA	NUMERO PLANILLA	VALOR PAGO
Nueva EPS	9478648168	162.500
Porvenir	9478648168	208.000
Positiva	9478648168	31.700
TOTAL		\$ 402.200

En constancia se firma el día 10 del mes de diciembre del año 2024


LISBETH ORDOÑEZ SANCHEZ
CONTRATO NUMERO 254 DE 2024
Profesional Salud Ocupacional

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION			
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			

**INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 244
DEL 01 DE AGOSTO DE 2024**

1. DATOS DEL INFORME	
FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:	30 DE DICIEMBRE DE 2024
INFORME NUMERO:	05
PERIODO EJECUTADO:	DEL 01 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2024
VALOR A COBRAR:	\$ 2.891.900 pesos
2. GENERALIDADES DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa)	Contratos Prestación de Servicios Profesionales
NUMERO DE CONTRATO	244
OBJETO	Prestar los Servicios Profesionales de Asesoría para el Mantenimiento y Mejoramiento Continuo del Sistema Integral de Gestión de Calidad en el Hospital Local Primer Nivel E.S.E. Fuentedeoro.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NANCY POLOCHE LEYTON
IDENTIFICACION	40.405.615 expedida en Fuentedeoro
FECHA DE INICIO	01 de agosto de 2024
FECHA DE TERMINACION	31 de diciembre de 2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUVE MIL QUINIENTOS PESOS (\$14.459.500) MCTE
FORMA DE PAGO	CINCO (05) PAGOS MENSUALES, por un valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS PESOS (\$2.891.900) M/CTE
RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO	AYDALUZ PENAGOS SANCHEZ
ADICIONES O PRORROGAS (Si aplica)	N/A

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION			
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			

3. INFORMA DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	EJECUTADO DURANTE EL PERIODO		ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
	SI	NO	
1. Realizar el trámite de inscripción de novedades ante el ente territorial, dando cumplimiento la implementación del Sistema Único de Habilitación (SUH).	X		Durante el periodo se realizó validación del REPS, no se presenta ninguna novedad.
2. Realizar autoevaluación semestral de los estándares de habilitación para determinar el grado de desarrollo en los diferentes servicios, apoyando en la documentación e implementación de los criterios de habilitación, con presentación de informe de los hallazgos.	X		Continuamente se realiza revisión de documentos de los estándares de habilitación de cada proceso documentados para la mejora continua de cada proceso en la prestación de los servicios,
3. Evaluación, implementación y seguimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), con base en los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud, con enfoque en acreditación o en lineamientos de seguridad del paciente.	X		Se da cumplimiento al cronograma PAMEC teniendo en cuenta ruta crítica para realizar el seguimiento de los estándares de acreditación y el cronograma para el desarrollo del mismo.
4. Diseñar, implementar la medición y gestión integral de los indicadores de calidad, con el fin de realizar seguimiento y monitoreo a la calidad de la atención, con acompañamiento en la gestión de los resultados de los indicadores para intervención de las oportunidades de mejora.	X		Se realiza ficha en formato digital Excel para el seguimiento y monitoreo de los indicadores de calidad dando cumplimiento a la resolución 256 de 2016.
5. Realizar Asistencia técnica en la construcción del tablero de	X		Se realiza tablero de indicadores y fichas técnicas y se retroalimenta de manera mensual.

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
 Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO		Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION				
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO				

indicadores y sus fichas técnicas.			
6. Realizar Asistencia técnica en la implementación de Programas de Seguridad del Paciente, mediante la alineación del direccionamiento estratégico, la cultura organizacional y la gestión de los procesos y el modelo de atención.	X		Se realizó dos rondas con la enfermera líder comité de seguridad del paciente Sandra tomando evidencia y registrando en la lista de chequeo y se socializa en la jornada de comité para la mejora continua.
7. Seguimiento planes de mejoramiento de los eventos adversos e incidentes, presentados en la institución, previo análisis	X		Durante la ejecución no se presentó ningún evento adverso.
8. Diseño e implementación y seguimiento del programa de humanización de la atención, teniendo como pilar la construcción de una cultura organizacional en la que los valores están orientados a diseñar políticas, programas y prácticas, y a velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano.	X		Continuamente se fomenta la política de Humanización con el fin de sensibilizar a todos los colaboradores en seguir trabajando en la prestación del servicio con calidad, segura y humanizada.
9. Implementación de prácticas humanizadas en el marco de la atención en salud, acompañado de la capacitación y formación en humanización de la atención al personal de la institución.	X		Durante este mes como practica de humanización se resaltó en jornada de comité la importancia de la Humanización y Buen trato en los servicios y se socializa en comité.
10. Asesoría para el diseño, montaje, implementación y seguimiento a guías y/o protocolos de atención médica, como herramienta adicional que contribuya a la atención segura de los pacientes.	X		En el mes de diciembre se hace revisión de los protocolos, guías, manuales, políticas institucionales para su actualización,
11. Realizar seguimiento al Plan de desarrollo Institucional a través de un plan de acción para cada vigencia, que permite identificar cumplimiento de metas.	X		Durante este periodo se hace seguimiento a los planes de mejoramiento de las auditorias internas.

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
 Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO		Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION				
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO				

12. Establecer los planes de mejoramiento a que haya lugar y hacer los respectivos seguimientos	X		Para este mes se realizó planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados
13. Apoyar en la realización de informes de las diferentes Instituciones de control y verificación relacionados con el Sistema Obligatorio de Calidad en Salud.	X		Se generó informe de indicadores de calidad de la Resolución 1552 y 0256 y se envía a las EPS por medio de correo electrónico., se sube a plataforma GENESIS para cajacopi.
14. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la Institución, y aquellas que desarrolle la entidad a través de los diferentes medios virtuales, como redes sociales, entre otros	X		Se realiza divulgación de los diferentes publicaciones de actividades realizadas por el Hospital por los diferentes medios de comunicación establecidos para ello. .
15. Participar en los procesos de implementación, gestión y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de la calidad, en cuanto se convoque	X		Se participó de la jornada de comité de control interno y contabilidad.
16. Participar en los Comités Institucionales, capacitaciones y reuniones programadas por el Hospital	X		Se participó activamente del comité Institucional, en la feria de salud, igualmente se participó en capacitación de participación social por la secretaria de salud del meta.

4. Aportes a Seguridad Social

Se realizó verificación de pago de aportes a seguridad social conforme se evidencia en formato de verificación pago de seguridad social No 244-05 expedida por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha 10 de diciembre de 2024.

5. RESUMEN FINANCIERO

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

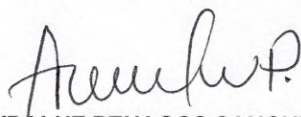
	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO		Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION				
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO				

VALOR DEL CONTRATO	No. INFORME	PERIODO	VALOR PAGADO
	1/5	Del 01 al 31 de agosto del 2024	\$ 2.891.900
	2/5	Del 01 al 30 de septiembre del 2024	\$ 2.891.900
	3/5	Del 01 al 31 de octubre del 2024	\$ 2.891.900
	4/5	Del 01 al 30 de noviembre del 2024	\$ 2.891.900
	5/5	Del 01 al 30 de diciembre del 2024	\$ 2.891.900
SALDO CONTRATO			\$ 0

6. Cumplimiento de Actividades

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del 01 al 30 de diciembre de 2024, de acuerdo al contrato de prestación de servicios profesionales No. 244 de 2024, según informe presentado por el contratista.

La presente se expide a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2024. En constancia de lo anterior firma el presente informe la supervisora del contrato.


AYDALUZ PENAGOS SANCHEZ
 Supervisora

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
 Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co