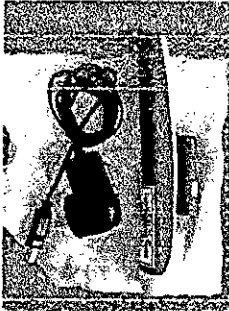
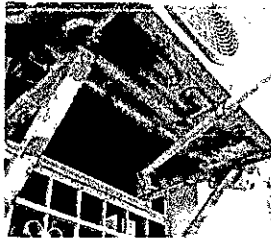


INFORME DE CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES

Nombre del Contratista: OSCAR ANDRES MONROY AREVALO Cedula: 1.110.466.349 de Ibagué- Tolima	Contrato N° 199 DE 2024 Valor del contrato: DIECIOCHO MILLONES CUATROSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$18'400.000)
Número del Certificado de disponibilidad presupuestal No. 346	Número del Certificado de registro presupuestal No.348
Forma de Pago: DIECIOCHO MILLONES CUATROSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$18'400.000) PAGO No 1: PAGADO PAGO No 2: PAGADO PAGO No 3: PAGADO PAGO No 4: CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE (4'000.000) PAGO No 5: PENDIENTE	Fecha Acta de inicio del contrato: 14 de agosto de 2024 Fecha de terminación del contrato: 31 de diciembre de 2024
Pago No. 04 Porcentaje ejecutado: 80 % en ejecución de actividades pendiente de pago: CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE \$4.000.000	Planilla de seguridad social : 7945650197 Valor pagado: \$680.600
OBJETO DEL CONTRATO. "CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN INGENIERO DE MANTENIMIENTO BIOMEDICO QUE PRESTE SERVICIO DE SOPORTE TECNICO A LOS ELEMENTOS BIOMEDICOS, MANTENIMIENTO DE LA PLANTA ELECTRICA Y RED DE FRIO EN EL AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SAN JOSE ESE"	

170



4	MANTENIMIENTO S CORRECTIVOS	MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS: -	Cambio de brazaletes tensiometros de consultorio 5, reparacion de lampara de fotocurado 3M cambio de bateria, limpieza de aire acondicionado de consultorio 1, cambio de baterias oximetro de pulso Edan, revision monitor de signos vitales BLT 7000 de tab, revision de micromotor de unidad odontologica ajuste de contrangulo.   
		MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO DE LA PLANTA ELECTRICA	 

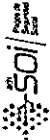
COORDIALMENTE,

Oscar A. Monroy

OSCAR ANDRES MONROY AREVALO
CC 1.110.466.349 de Ibagué- Tolima

712

		HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA		CODIGO: GC-FO-59	
				FECHA: 06/06/2024	
		DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA		VERSION: 01	
(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS EN EL RÉGIMEN SIMPLIFICADO)					
FECHA DE ELABORACIÓN		NÚMERO		PERÍODO COBRADO	
DD	MM	AAAA		DEL	AL
27	11	2024	4	1	30
INFORMACIÓN DEL VENDEDOR					
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
OSCAR ANDRES MONROY AREVALO			TIPO:		NÚMERO
			☒ C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO		1.110.466.349
DIRECCIÓN			CIUDAD	NÚMERO TELÉFONO	CORREO
CRA 4 B # 29-25 HIPODROMO			IBAGUE	3187526528	baxtermonroy@hotmail.com
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL					
HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA					
IDENTIFICACIÓN					
TIPO					
NÚMERO					
DV					
NIT					
890700967					
1					
FECHA	CANTIDAD	CONCEPTO		VALOR DE LA OPERACIÓN	
				VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
30/11/2024	1	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN INGENIERO BIOMEDICO QUE PRESTE SERVICIO DE SOPORTE TECNICO A LOS ELEMENTOS BIOMEDICOS, MANTENIMIENTO DE LA PLANTA ELECTRICA Y RED DE FRIO EN EL AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SAN JOSE ESE.- PERIODO DEL 01 NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 2024		\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
VENDEDOR				TOTAL	
En cumplimiento de lo señalado en el literal j) Artículo 617 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad del juramento que he cumplido con la afiliación y el pago de los aportes a las Seguridad Social correspondientes a los ingresos objeto de esta factura bajo el número de planilla 9464494264 y que estos aportes no han servido de base para disminuir la retención en la fuente en otros cobros. Declaro que soy del régimen simplificado y según el Artículo 511 del Estatuto Tributario no estoy obligado a expedir factura de venta				RTE FTE (%)	
				RTE ICA (por mil)	
				TOTAL A PAGAR	
				BASE GRAVABLE	
				IVA	
ANEXOS (Marque con una "X")				RTE IVA (%)	
☒ Aportes ARL ☐ Aportes AFC o Pensiones Voluntarias				ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DEL COMPRADOR	
☒ Aportes Salud ☒ Aportes Pensiones				NÚMERO CONSECUTIVO	
				FECHA DE RECIBO	
				DD	MM
				AAAA	
INFORMACIÓN PARA DISMINUCIONES DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE					
CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE APORTA	BASE DE APORTE	VALOR APORTADO	FECHA PAGO APORTES	
				DD	MM
				AAAA	
Aportes Obligatorios a Salud	SALUD TOTAL	\$ 2.200.000	\$ 275.000	14	11
Aportes Obligatorios a Pensión	COLPENSIONES	\$ 2.200.000	\$ 352.000	14	11
Aportes ARP	SURA	\$ 2.200.000	\$ 53.600	14	11
Aportes Voluntarios a Pensión					
Aportes Voluntarios AFC					
 FIRMA DEL PROVEEDOR			DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. 1.110.466.349		
La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012, reglamentado por el Decreto 1950 de 2012					



PLANILLA INTEGRADA AUTOLICUDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

8 DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RUTIN SOCIAL: NOMBRE COMPLETO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: AÑO DE INGRESO: AÑO DE INGRESO:	CELESTIA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: PASAD: DEPARTAMENTO: CARRERA 42303: TELÉFONO: OZ-INDEPENDIENTE: PRIVADA: ACTIVIDAD ECONÓMICA: ÚNICO	NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: DÍAS DE LABOR: FECHA PAGO (semanal): MAYO 11/12	TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: MAYO 11/12 MAYO 11/12
OSCAR ANDRÉS MONROY AREVALO SOLIMA I-NDEPENDIENTE Mantenimiento y reparación especialidades de equipo		MAYO 11/12	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

TOTAL APORTES A PERÍODO		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN
1	\$ 327.000	1	\$ 327.000
SUBTOTAL		SUBTOTAL	
\$ 327.000		\$ 327.000	

774

SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

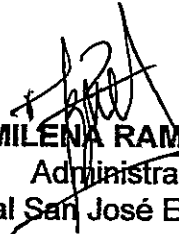
No. 199 de 2024

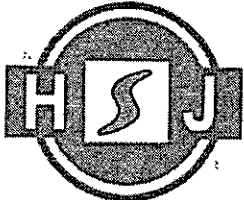
CERTIFICA QUE:

OSCAR ANDRES MONROY AREVALO identificado con cedula de ciudadanía 1.110.466.349 de Ibagué- Tolima en el periodo comprendido entre el **01 de noviembre al 30 de noviembre de 2024**, ha cumplido totalmente con todas las obligaciones y actividades específicas pactadas en el contrato No.199 de agosto 2024, cuyo objeto es:

"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN INGENIERO EN MANTENIMIENTO BIOMEDICO QUE PRESTE SERVICIO DE SOPORTE TECNICO A LOS ELEMENTOS BIOMEDICOS, MANTENIMIENTO DE LA PLANTA ELECTRICA Y RED DE FRIO EN EL AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SAN JOSE ESE"

La presente certificación se expide el 30 de noviembre del 2024 con destino al área financiera, para efectos de tramitar el **cuarto Pago**, por valor CUATRO MILLONES DE PESOS (\$ 4'000.000)


ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
Administradora
Hospital San José ESE de Ortega

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

ACTA DE SUPERVISIÓN No. 4

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	199
CONTRATISTA	OSCAR ANDRES MONROY AREVALO
NUMERO DE CEDULA	1.110.466.349
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN INGENIERO BIOMEDICO QUE PRESTE SERVICIO DE SOPORTE TECNICO A LOS ELEMENTOS BIOMEDICOS, MANTENIMIENTO DE LA PLANTA ELECTRICA Y RED DE FRIO EN EL AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SAN JOSE ESE.
VALOR DEL CONTRATO	\$18.400.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	14 DE AGOSTO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	31 DE DICIEMBRE DE 2024
SUPERVISOR DESIGNADO	ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
PERIODO SUPERVISADO	NOVIEMBRE
TELEFONO CONTRATISTA	3187526528
EMAIL CONTRATISTA:	baxtermonroy@hotmail.com

1. INFORME FINANCIERO:

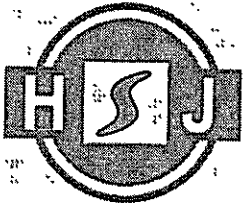
CDP No.	VALOR CDP	REGISTRO No.	VALOR REGISTRO
346	\$18.400.000	348	\$18.400.000

MES EJECUTADO	VALOR MENSUAL A PAGAR	SALDO DISPONIBLE
AGOSTO	\$2.400.000	\$16.000.000
SEPTIEMBRE	\$4.000.000	\$12.000.000
OCTUBRE	\$4.000.000	\$8.000.000
NOVIEMBRE	\$4.000.000	\$4.000.000
TOTAL	\$14.400.000	\$4.000.000

2. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES: El contratista **OSCAR ANDRES MONROY AREVALO** identificado con número de ciudadanía **1.110.466.349**, cumplió a cabalidad durante el mes de **NOVIEMBRE 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	

Elaboro: Angela Milena Ramirez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
---	--	---

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

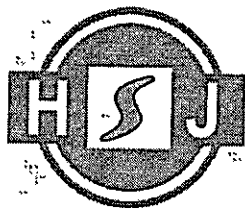
716

Ejecutó las actividades asignadas de acuerdo con 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:

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTOR	SOBRESALIENTE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Llevarle a cada equipo una hoja de vida con todos los requerimientos exigidos.			X			SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
2	Hacer ordinariamente tres (3) visitas durante el mes y extraordinariamente cuando los equipos lo requieran.			X			SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
3	Cuando los equipos no puedan ser arreglados en la institución éstos deben ser trasladados al lugar donde se les de mantenimiento requerido.			X			SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
4	Mensualmente debe presentar la Factura de los servicios con todos los soportes requeridos por el Hospital.			X			SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO. -
5	Mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica para el adecuado funcionamiento de la misma.			X			- SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
6	Inspeccionar contaminantes en el aceite (Agua, metales, etc) a la planta eléctrica del Hospital.			X			SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO. -
7	Inspeccionar toda clases de fugas a la planta Eléctrica del hospital.			X			SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO. -
8	Revisar presión de aceite y temperatura óptima de operación de la planta del hospital.			X			SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
9	Elaborar y Entregar los Informes de Gestión mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento de las mismas.			X			- SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.

Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
---	--	---



HOSPITAL SAN JOSE ESE
ORTEGA TOLIMA
NIT. 890.700.967-1

Código: GC-FO-61

INFORME DE SUPERVISION

Versión: 01

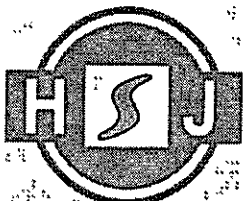
Fecha: 06/06/2024

10	Responder por los elementos entregados para el desarrollo del Objeto Contractual.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
11	Realizar su actividad de manera transitoria e independiente, esto es, sin subordinación o dependencia respecto al Hospital, utilizando los recursos propios.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
12	Hacer la entrega final de sus actividades debidamente ejecutadas para el cumplimiento.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
13	Colocar en conocimiento de ELCONTRATANTE Y/O HOSPITAL los conflictos o diferencias que se presenten durante la ejecución del contrato, así como las inhabilidades, incompatibilidades, impedimentos y conflicto de intereses que surjan con posterioridad a este Contrato de Prestación de Servicios Profesionales.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
14	Propender por la seguridad de la información.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
15	Optimizar el tiempo y los elementos logísticos, que se le proporcionen para el desarrollo del objeto contractual.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
16	Guardar la reserva debida de la información y documentación de la cual tenga conocimiento en desarrollo del objeto contractual.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
17	Suscribir el acta de iniciación que de común acuerdo se haga con el supervisor una vez legalizado y perfeccionado el presente contrato.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
18	Atender las observaciones y/o requerimientos que le formule EL CONTRATANTE Y/O HOSPITAL a través del supervisor del contrato.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
19	Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la propuesta presentada por el contratista.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
20	Realizar oportunamente los pagos al sistema general de seguridad social y pago de parafiscales de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
21	Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
22	Responder por la calidad de los servicios prestados.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES

Elaboro:
Angela Milena Ramírez Preciado
Administradora

Reviso:
Karina Sanchez Sanchez
Asesora de Calidad

Aprobó:
Diana Marcela Campos Barrios
Gerente

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

118

						PACTADAS EN EL CONTRATO.
23	Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
24	El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley, las ordenanzas y los acuerdos.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
25	Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.			X		SI CUMPLIO CON TODAS LAS ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
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 del 25 al 5 de cada mes para poder realizar la supervisión del contrato.
2. Asistir a todas las capacitaciones citadas por el servicio de Administración, Gerencia
3. Realizar la segregación adecuada de los residuos hospitalarios.
4. Mantener en completo orden el sitio de trabajo.

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

ITEM	PERIODO DE PAGO AÑO - MES	FECHA DE PAGO AÑO - MES - DÍA	VALOR	No DE LA PLANILLA
SALUD	2024-11	2024-11-12	\$275.000	7945650197
RIESGOS PROFESIONALES	2024-11	2024-11-12	\$53.600	7945650197
PENSION	2024-11	2024-11-12	\$352.000	7945650197

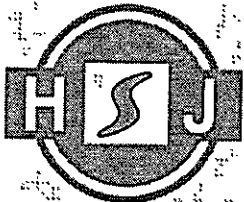
6. ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE NOVIEMBRE

SI	☒	NO	☐
RELACIONAR SOPORTES DEL INFORME: INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2024 Y SEGURIDAD SOCIAL DE MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2024			

7. PROCEDE PAGO EN ESTE PERIODO:

SI	☒	NO	☐
EN CASO DE PROCEDER PAGO SE ANEXA AL PRESENTE INFORME CERTIFICACIÓN PARA PAGO			

Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
---	--	---

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

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 **NOVIEMBRE** por la suma de \$ 4.000.000


ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
 Supervisor

Anexo: Pago de seguridad social
Informe de actividades
Evidencias fotográficas

Elaboro: Angela Milena Ramirez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
---	--	---



HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

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

COMPROBANTE EGRESO No.16808

Fecha: 03/12/2024

720

Tercero

CC 1110466349 OSCAR ANDRES MONROY AREVALO
Dirección: CS 4 F NO. 29-25 Teléfono: 2667815

Datos del Pago

Forma de Pago : TRANSFERENCIA ELECTRONICA BANCO DAVIVIENDA Cuenta : 166969999829

Concepto

SE CANCELA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN INGENIERO BIOMEDICO QUE PRESTE SERVICIOS DE SOPORTE TECNICO A LOS ELEMENTOS BIOMEDICOS, MANTENIMIENTO DE LA PLANTA ELECTRICA Y RED DE FRIO EN EL AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SAN JOSE ESE PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 14 DE AGOSTO SEGUN EL CONTRATO 199. MES NOVIEMBRE DE 2024.

Documento	Numero	Factura			Valor
		Documento	Numero	Fecha	
CUENTA POR PAGAR	10757	FCP	7823	27/11/2024	\$4.000.000.00
Total : \$4.000.000.00					

Edición Contable			
Codigo	Cuenta	Deber	Haber
240101	Bienes y servicios	\$4.000.000.00	
11100508	Davivienda 166969999829		\$4.000.000.00
Total		\$4.000.000.00	\$4.000.000.00

SON

CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE

Oscar A. Monroy
BENEFICIARIO

Diana Marcela Campos Barrios
GERENTE
53122713



127

Comprobante de Pago

04/12/2024 - 15:55

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST
Nombre Proceso	PAGO ASESORES DEL HOSPITAL SAN JOSE
Cuenta Origen de los Fondos	OFICIAL SIN SOBREGIRO - 560166969999829
Fecha del Pago	04/12/2024
Hora del Pago	15:51

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1110466349	Referencia	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	167400111909	Entidad destino	DAVIVIENDA
Valor	\$ 4.000.000,00	Estado	Pago Exitoso