

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA
Decreto No. 358 Marzo 2020 Art. artículo 1.6.1.4.12
DOCUMENTO SOPORTE No: 319-01

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas con no Obligados a facturar:
Para personas naturales no comerciantes ó inscritas en Régimen Simplificado

RAZON SOCIAL : HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDERO

DIRECCIÓN: Cra. 19 No. 16 a 30 - Barrio Mancera TELÉFONO : 3202008043

NIT: 822.001.570 DV 3

FECHA DE LA TRANSACCIÓN : 25 de noviembre de 2024 C.C. No. 1122116620 DE ACACIAS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO: YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ

CIUDAD Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO : Acacias Meia, carrera 19 #16 a 30 barrio mancera

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: 8699

CONCEPTO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDERO DEL PERIODO DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024

No. De Contrato 319 Programa o Unidad Funcional: OPS

Periodo de cobro: 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2024

Objeto del contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDERO DEL PERIODO DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024

VALOR DE LA OPERACIÓN \$ 3.190.000

RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ -

VALOR A PAGAR \$ 3.190.000

Firma:

Tatiana Golu
27/11/24
10:48am

	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 No. 126 de 2024
DEL MES DE NOVIEMBRE**

1. DATOS DEL INFORME	
FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:	27-11-2024
INFORME NUMERO:	02
PERIODO EJECUTADO:	01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE 2024
VALOR A COBRAR:	TRES MILLONES CIENTO NOVENTA MIL PESOS (\$3.190.000) M/CTE.
2. GENERALIDADES DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa)	Contratos Prestación de Servicios Profesionales
NUMERO DE CONTRATO	319
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA CLINICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
IDENTIFICACION	1.122.116.620 DE ACACIAS
FECHA DE INICIO	01 DE OCTUBRE 2024
FECHA DE TERMINACION	01 DE ENERO 2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL PESOS (\$ 9.570.000) MCTE
FORMA DE PAGO	(3) MENSUALIDADES VENCIDAS POR VALOR DE TRES MILLONES CIENTO DIEZNUEVE MIL PESOS (\$ 3.190.000) MCTE CADA UNO
RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO	NATHALIA JULETH ARAUJO PRADA
ADICIONES O PRORROGAS (Si aplica)	NO APLICA

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	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Prestar atención psicológica en el área de consulta externa, urgencias y hospitalización, determinando la necesidad de los usuarios y acompañándolos en el proceso de las evoluciones en salud mental.	SI SE CUMPLE
2. Diligenciar en el módulo correspondiente el programa Prosoft, en forma correcta y completa, la información de la historia clínica, así como garantizar la reserva de la misma.	SI SE CUMPLE.
3. Realizar control y seguimiento a los pacientes	Se beneficiaron 94 usuarios en total.
4. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio y promover las alternativas de solución.	SI SE CUMPLE
5. Tramitar la remisión de pacientes a servicio de mayor complejidad de ser necesario.	SI SE CUMPLE
6 Realizar en su área específica las funciones correspondientes a psicología clínica.	SI SE CUMPLE
7 Diligenciar y reportar enfermedades en salud publica	SI SE CUMPLE
8 Aplicar los protocolos y guías adaptadas por el hospital.	SI SE CUMPLE
9. Hacer demanda inducida a los demás programas de promoción y prevención del hospital según resolución 3280 de 2018.	SI SE CUMPLE
10. Apoyo a talento humano	SI SE CUMPLE

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			

11. Participar en los comités de salud mental dentro y fuera de la Institución.	SI SE CUMPLE
12. Apoyar el proceso de activación de rutas en salud mental	SI SE CUMPLE
13. 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	SI SE CUMPLE

4. Aportes a Seguridad Social

Se anexa formato de verificación pago de seguridad social No 9476670577 expedida por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha 2024 – 11.

5. RESUMEN FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	No. INFORME	PERIODO	VALOR PAGADO
(\$9.570.000)	1/3	01 AL 31 DE OCTUBRE 2024	\$ 3.190.000
	2/3	01 AL 31 DE NOVIEMBRE DE 2024	\$ 3.190.000
	3/3		
SALDO CONTRATO			\$3.190.000

6. Cumplimiento de Actividades

EL SUPERVISOR, CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS PARA DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2024, DE ACUERDO AL CONTRATO DE

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				

PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 319 DE 2024, SEGÚN INFORME PRESENTADO POR EL CONTRATISTA.

LA PRESENTE SE EXPIDE A LOS VEINTISEIS (27) DÍAS DE MES DE NOVIEMBRE DE 2024. EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, FIRMA EL PRESENTE INFORME EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

Natalia Araujo

Supervisor

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

	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 319-02

Que el señor (a) **YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ** identificado con cedula de ciudadanía número 1.122.116.620, expedida en Villavicencio-Meta, vinculado por medio de contrato de prestación de servicios N° 319 Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes **NOVIEMBRE** del año 2024, en cuando a salud, pensiones y riesgos laborales detallados a continuación.

ADMINISTRADORA	NUMERO PLANILLA	VALOR PAGO
Nueva EPS	9476670577	162.500
Protección	9476670577	208.000
Positiva	9476670577	31.700
TOTAL		\$ 402.200

En constancia se firma el dia 25 del mes de noviembre del año 2024


LISBETH ORDOÑEZ SANCHEZ
CONTRATO NUMERO 254 DE 2024
Profesional Salud Ocupacional

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación de	Examen Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad de Residencia	Teléfono	Examinado SEPA #
CC 11271442	EXAMEN SOCIAL EN VIVO - CUBA, S.A.	NO PRESTADOR	PRINCIPAL	CMA 19 a 16A 30	ACACIAS, MEIA	5955395	48

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo	Clase	Tipo	Fecha		Pago		Bravo	Pago	
			Uso	Plazo	Valor	Días Mora		Valor	
Periodo	Salud	Pago	Plazo	Uso	Valor	Días Mora	Valor		
2024-11	64715000	1	2024-12-05	2024-11-25	BAJADO DE DEUDORANTE	0	\$407,100		

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Sistema Principal (3 años)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$37,200			\$0	\$0	
Centro de Trabajo Principal (3 años)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$37,200			\$0	\$0	
Centro de Trabajo Secundario (3 años)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$37,200			\$0	\$0	
Centro de Trabajo Tercero (3 años)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$37,200			\$0	\$0	
Total Afectados (3)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$37,200			\$0	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Excedido SDA e ICAF
CC 112716620		CARGA GARCIA EL VENT CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CIA 19 # 16A-30	ACACIAS-META	3555595	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banko	Pago	Dias Mora	Valor
2024-11	4073936	Planilla	2024/11/05	2024/11/25	BANCO DE OCCIDENTE		0	\$402,200

RESUMEN DE PAGO

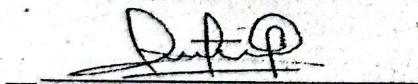
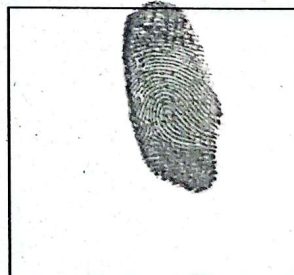
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
NUOVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200

DECLARACION JURAMENTADA

Yo YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.122.116.620 de Acacias, Meta en mi calidad de Contratista, con el Hospital Local E.S.E, Fuentedeoro, dentro de la Orden de Prestación de Servicios No. 319 del 01 de octubre del 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, corresponden al pago de Seguridad Social en Salud del mes de noviembre de 2024, el cual anexo para el cobro respectivo.

Para constancia se firma en Fuentedeoro, Meta, a los treinta y uno (30) días del mes de noviembre (2024).

HUELLA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yeny Carolina Garcia Gonzalez', written over a horizontal line.

YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
CC 1.122.116.62. de Acacias

Fuentedeoro, 30 de noviembre de 2024

Señores
HOSPITAL LOCAL I NIVEL ESE FUENTEDEORO
Ciudad

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

Cordial saludo:

Yo, YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Número 1.122.116.620 expedida en Acacias, Meta, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento del pago número 02 del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 319 de fecha 01 de octubre 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 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre 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	\$
Deducción por pagos de medicina prepagada.	\$

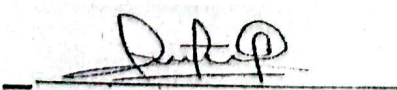
Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos.

Identificación	Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Edad
1122124879	Danna carolina	Gerena	Garcia	hija	16
1122137194	Samuel Mauricio	Gerena	Garcia	hijo	11

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

Atentamente,

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


YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
1.122.116.620

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

INFORME DE ACTIVIDADES No. 02

CUENTA DE COBRO NUMERO:	02
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
IDENTIFICACION:	C.C: 1.122.116.620 de Acacias
CONTRATO NUMERO:	319
PERIODO EJECUTADO:	01 de noviembre al 30 de noviembre
VALOR A COBRAR:	TRES MILLONES CIENTO NOVENTA MIL PESOS (\$3.190.000) M/CTE.
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Prestar atención psicológica en el área de consulta externa, urgencias y hospitalización, determinando la necesidad de los usuarios y acompañándolos en el proceso de las evoluciones en salud mental.	SI SE CUMPLE
2. Diligenciar en el módulo correspondiente el programa Prosoft, en forma correcta y completa, la información de la historia clínica, así como garantizar la reserva de la misma.	SI SE CUMPLE.
3. Realizar control y seguimiento a los pacientes	Se beneficiaron 96 usuarios en total.
4. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio y promover las alternativas de solución.	SI SE CUMPLE
5. Tramitar la remisión de pacientes a servicio de mayor complejidad de ser necesario.	SI SE CUMPLE
6 Realizar en su área específica las funciones correspondientes a psicología clínica.	SI SE CUMPLE
7 Diligenciar y reportar enfermedades en salud publica	SI SE CUMPLE
8 Aplicar los protocolos y guías adaptadas por el hospital.	SI SE CUMPLE
9. Hacer demanda inducida a los demás programas de promoción y prevención del hospital según resolución 3280 de 218.	SI SE CUMPLE

10. Apoyo a talento humano	SI SE CUMPLE
11. Participar en los comités de salud mental dentro y fuera de la Institución.	SI SE CUMPLE
12. Apoyar el proceso de activación de rutas en salud mental	SI SE CUMPLE
13. 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	SI SE CUMPLE
ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME	
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL OCTUBRE NUMERO:	9476670577



NOMBRE: YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
C.C. 1.122.116.620