HOSPITAL "SAN RAFAEL "E.S.E EL CERRITO VALLE	MACROPROCESO: Apoyo.	Código: GFCO-FP-001
	PROCESO: Gestión Financiera. SUBPROCESO: Contabilidad.	Versión: 001
	LISTA DE CHEQUEO CUENTAS DE COBRO Y FACTURAS PROVEEDORES	Fecha: 03/31/2011
		Página 1 de 1

FECHA: DICIEMBRE / 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA: LEIDY JOHANNA RAMIREZ MARIN

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO ■ ☐ ☐ ☐

CLASE: Contrato **Convenio** **Ninguno** **No.**

CLASE DE DOCUMENTO:

Factura ☐ **Cuenta de Cobro** ■ **No** **Nº 04**

Valor: **$ 1.700.000**

NO	DESCRIPCIÓN	Cumple	No cumple	No Aplica	Nombre del Funcionario que realizo la actividad
1	Factura o cuenta de cobro original	✓			
2	Fotocopia Cedula de Ciudadanía (Solo si no se tiene contrato)	✓			
3	Fotocopia del RUT (Solo si no se tiene contrato)	NA			
4	Pago de la seguridad social del mes a cobrar.	✓			
5	Vinculación a seguridad social (Salud, Riesgo Profesionales) y pago de parafiscales del mes en que se realiza el cobro (para el caso en que sea persona jurídica y que tengan uno o más trabajadores realizando actividades dentro del hospital)	NA			
6	Informe detallado de las actividades (si es contrato el informe deberá estar firmado y con visto bueno del interventor)	✓			
7	Registro de radicación	✓			
8	Disponibilidad, registró presupuestal y orden de gastos firmados por Subgerente administrativo y Gerente	✓			
9	Registro de causación en la cuenta y centro de costos correspondientes.				

[redacted]

Rad No. 2024-131[redacted]
Usuario Radicador: AGRATEROL
Fecha Rad 2024-12-02 16:47
Rad/Dest: SISTEMA DE GESTION DOCU
Rem/Dest: SANDOR MURCIA ACOSTA
Asunto: CUENTA [redacted] LEIDY JOH
HOSPITAL SAN [redacted] E.S.E. EL CERRITO

CUENTA DE COBRO No 04

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E
NIT. 891.380.103-2

DEBE A:

LEIDY JOHANNA RAMIREZ MARIN
CC. 1.114.819.485

LA SUMA DE: $1.700.000
EL VALOR EN LETRAS (UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS)

Por concepto de: Pago Cuota No 04 (CUATRO) al contrato N°111-08-02-441-2024, cuyo objeto es "prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar administrativo", actividades ejecutadas del 01 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024.

Se firma en Cerrito en el mes de noviembre de 2024.

LEIDY JOHANNA RAMIREZ MARIN
CC. 1.114.819.485 de El Cerrito (Valle)
Cel. 316 793 4745
Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA NEQUI
N° de cuenta: Ahorros: 3167934745

Rad No. 2024-1314-002247-5
Usuario Radicador: AGRATEROL
Fecha Rad 2024-12-02 16:47
Rad/Dest: SISTEMA DE GESTION DOCU
Rem/Dest: SANDOR MURCIA ACOSTA
Asunto: CUENTA N° 04 LEIDY JOH
HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. EL CERRITO

INFORME PARCIAL ___ INFORME FINAL __X__

Cuota Número: 04

ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN			
NOMBRE DEL SUPERVISOR	SANDOR MURCIA ACOSTA		
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	16863510		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEIDY JOHANNA RAMIREZ MARIN		
IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA	1114819485		
ENTIDAD /CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E		
REPRESENTANTE LEGAL	CAROLINA CASTRO NARANJO		
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	24.584.814		
CONTRATO No.	111-08-02-441-2024		
FECHA CONTRATO.	Día: 08	Mes: 08	Año: 2024
FECHA DE INICIO.	Día: 08	Mes: 08	Año: 2024
DURACION DEL CONTRATO	Día: 31	Mes: 10	Año: 2024
CDP N.° 20241193 del 11 de abril 2024		RP No. 20240982	

Suspensión (Cuando aplique)	Cesión (Cuando aplique):	Otrosí (Cuando aplique):
Fecha inicio de la suspensión:	Fecha inicio de la cesión:	Fecha inicio del Otro si: 01/11/2024
Fecha final de la suspensión	Fecha final de la cesión:	Fecha final del Otrosí: 30/11/2024

Terminación anticipada (Cuando aplique):

Observaciones al informe jurídico:

INFORME CONTABLE Y FINANCIERO		
VALOR DEL CONTRATO	$5100000	
ADICIÓN (RECURSOS):	$1.700.000	
VALOR ANTICIPO	$ 0	
VALOR PAGO PARCIAL (corresponde al valor de la cuota a pagar)	$ 1700000	
VALOR EJECUTADO (Corresponde al valor acumulado a la fecha del informe)	$ 5.100.000	
PRESENTO INFORME CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOPORTES	Si X	NO___

Observaciones al informe contable y financiero:

Información del pago de seguridad social: Se verificó el pago de la seguridad social del mes de OCTUBRE de 2024 así:

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: 9474977680 Período octubre 2024

Observaciones:

INFORME TÉCNICO
VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA

No.	Actividades Contractuales	Desarrollo Actividades
1	Recopilar y clasificar la información necesaria para el desarrollo de cada proceso asignado.	Clasifico y organizo los documentos para entrega de historia clínica y contratos de prestación de servicios de años pasados.
2	Brindar apoyo en la elaboración de la facturación del proceso asignado, cuando le sea requerido	Apoyo en el proceso de facturación y agendamiento de citas con especialistas en consulta externa.
3	Elaborar y tramitar solicitudes, formularios, oficios, informes y demás documentos que se requieran en el área administrativa, de acuerdo con instrucciones recibidas.	Reviso el correo electrónico y se da respuesta a los requerimientos que realizan los usuarios tanto internos como externos de la institución ingresando con el usuario a la plataforma STANDARD HEALTH buscando la información con el documento de identidad del usuario.
4	Atender al público de manera presencial y telefónica y orientarlos y suministrarles la información que requieran, acorde con las actividades de cada área y proceso.	Atendió los requerimientos de los usuarios de manera presencial, llenando formulario de solicitud y el registro de entrega de historia clinica
5	Procesar, organizar y preparar la información requerida, de acuerdo con el procedimiento respectivo por cada área y proceso.	Realizo informe del estado del archivo central y archivo histórico. Digitalizo y archivo el kardex de usuarios atendidos en el área urgencias.
6	Apoyar la divulgación de las actividades, campañas procesos y realizados dentro de la Entidad replicando la gestión a través de las redes sociales.	Comparti información sobre la capacitación de prevención de las violencias basadas en género que publico el HSR.
7	Sin perjuicio de la autonomía administrativa del contratista, participar en las reuniones que le sean solicitadas.	Participo de la capacitación virtual PGIRASA, Manejo de Residuos Hospitalarios. Participo de la capacitación del manejo defensivo. Participo de la capacitación virtual de causas de defunción, Dr. Juan Carlos Millán y DANE.

9	Adherirse a los Sistemas de Gestión de calidad del contratante lo cual incluye: a) permitir auditorias programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE b) participar de las capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.	Participo de la socialización virtual de la página de la estructura documental de la E.S.E Hospital San Rafael. Participo en el comité interno de archivo. Participo en las reuniones virtuales de autoevaluación estándares de Acreditación de Gestión de la Tecnología y de gerencia de la Información.

PRESENTO INFORME CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOPORTES	Si X		NO___
FECHA INFORME	Dia: 25	Mes: 11	Año: 2024
CUMPLIO CON EL OBJETO CONTRATUAL DETERMINADO EN EL CONTRATO RESPECTIVO	SÍ X		NO___

Observaciones

Recibo a Satisfacción de Servicios (Solo aplica para el informe parcial):

Con la firma del presente informe se deja constancia del recibo a satisfacción por parte de HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E EL CERRITO de los servicios prestados pactados en el contrato No. 111-08-02-441 -2024

Nota: En caso de no recibir a satisfacción los bienes o servicios, se deberán consignar los motivos y circunstancias en el campo "Observaciones".

Constancia de Paz y Salvo (Solo aplica para el informe parcial):

Que la Contratista LEIDY JOHANNA RAMIREZ MARIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1114819485 de EL CERRITO, vinculada al SAN RAFAEL E.S.E EL CERRITO, mediante contrato de Prestación de Servicios No. 111-08-02-441-2024, durante el tiempo comprendido entre el 01 al 30 de noviembre del 2024, a la fecha no posee elementos devolutivos a su cargo de propiedad de la entidad, entregados por parte de esta oficina.

OBSERVACIONES AL INFORME:

El presente informe corresponde a la cuota N. °04 por valor de $ 1.700.000 según lo estipula el otro si No.1 del contrato No 111-08-02-441-2024 por valor de $ 1.700.000, que fue firmado el 30 de Octubre de 2024.

CONCLUSIÓN: Con este informe se certifica la ejecución del objeto contractual y se autoriza el pago de la cuota No. 04

Para constancia de lo anterior se firma en Cerrito Valle, en el mes de noviembre del 2024.

Supervisor

FECHA	22 noviembre de 2024		
CONTRATO	111-08-02-441-2024		
CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL E.S. E		
OBJETO	prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar administrativo		
INICIO	08 de agosto de 2024	**HASTA**	31 de octubre de 2024
SUPERVISOR	SANDOR MURCIA ACOSTA		

INFORME DE ACTIVIDADES

Contrato de Prestación de servicios No. 111-08-02-441-2024 Cuyo objeto es prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar administrativo (01 de noviembre al 30 de noviembre 2024)

No.	Actividades Contractuales	Desarrollo Actividades
1	Recopilar y clasificar la información necesaria para el desarrollo de cada proceso asignado.	• Clasifique y organice los documentos para entrega de historia clínica y contratos de prestación de servicios de años pasados. **Anexo 1**
2	Brindar apoyo en la elaboración de la facturación del proceso asignado, cuando le sea requerido	• Apoye en el proceso de facturación y agendamiento de citas con especialistas en consulta externa. **Anexo 2**
3	Elaborar y tramitar solicitudes, formularios, oficios, informes y demás documentos que se requieran en el área administrativa, de acuerdo con instrucciones recibidas.	• Se revisa el correo electrónico y se da respuesta a los requerimientos que realizan los usuarios tanto internos como externos de la institución ingresando con el usuario a la plataforma STANDARD HEALTH buscando la información con el documento de identidad del usuario. **Anexo 3**
4	Atender al público de manera presencial y telefónica y orientarlos y suministrarles la información que requieran, acorde con las actividades de cada área y proceso.	• Atiendo los requerimientos de los usuarios de manera presencial, llenando formulario de solicitud y el registro de entrega de historia clínica. **Anexo 4**

5	Procesar, organizar y preparar la información requerida, de acuerdo con el procedimiento respectivo por cada área y proceso.	• Realice informe del estado del archivo central y archivo histórico. • Digitalice y archive el kardex de usuarios atendidos en el área urgencias. **Anexo 5**
6	Apoyar la divulgación de las actividades, campañas procesos y realizados dentro de la Entidad replicando la gestión a través de las redes sociales.	• Compartí información sobre la capacitación de prevención de las violencias basadas en género que publico el HSR. **Anexo 6**
7	Sin perjuicio de la autonomía administrativa del contratista, participar en las reuniones que le sean solicitadas.	• Participe de la capacitación virtual PGIRASA, Manejo de Residuos Hospitalarios. • Participe de la capacitación del manejo defensivo. • Participe de la capacitación virtual de causas de defunción, Dr. Juan Carlos Millán y DANE **Anexo 7**
8	Cumplir con las demás actividades que sean inherentes y concordantes con el objeto contratado y que sean requeridas por el supervisor de este contrato.	• Participe de la reunión presencial socialización política y programa de humanización y gestión de autocontrol. • Participe de la capacitación de la salud mental. **Anexo 8**
9	Adherirse a los Sistemas de Gestión de calidad del contratante lo cual incluye: a) permitir auditorias programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE b) participar de las capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.	• Participe de la socialización virtual de la página de la estructura documental de la E.S.E Hospital San Rafael. • Participe en el comité interno de archivo. • Participe en las reuniones virtuales de autoevaluación estándares de Acreditación de Gestión de la Tecnología y de gerencia de la Información. **Anexo 9**

Leidy Johanna Ramirez Marin.

LEIDY JOHANNA RAMIREZ MARIN
CC. 1114819485 de El Cerrito (Valle)
Contratista

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2



ANEXO 3





ANEXO 4





ANEXO 5



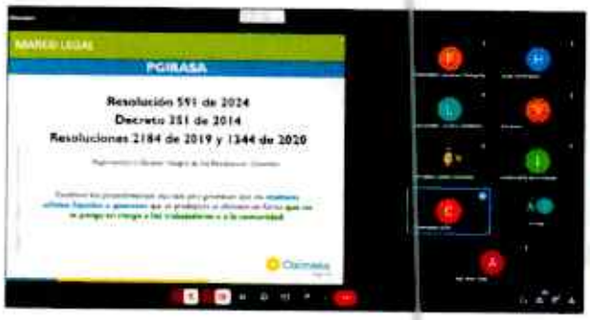




ANEXO 6



ANEXO 7







ANEXO 8

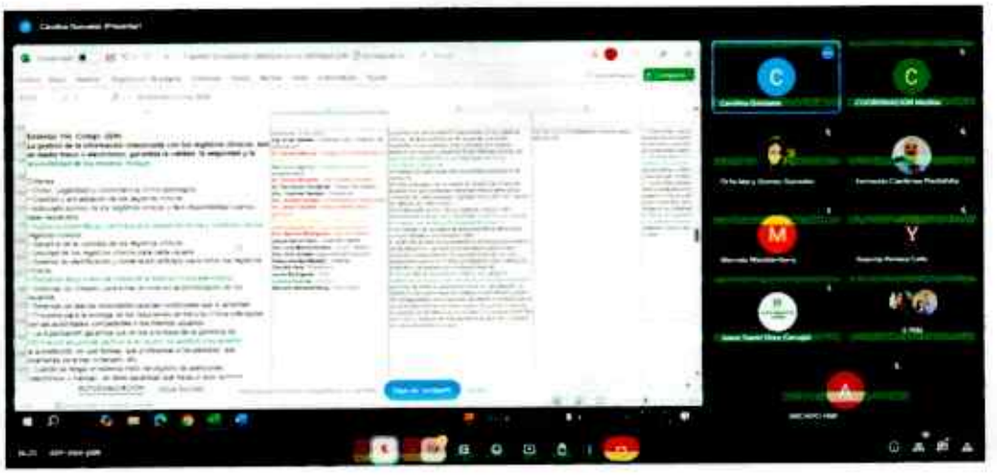




ANEXO 9


Estructura documental
E.S.E Hospital San Rafael
Mapa de procesos





CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, **LEIDY JOHANNA RAMIREZ MARIN con** documento de identificación No. 1.114.819.485

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Estoy vinculado al **HOSPITAL SAN RAFAEL**, hasta el 30 de NOVIEMBRE de 2024 mediante contrato por prestación de servicios No 111-08-02-196-2024 y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

El Cerrito noviembre de 2024
CIUDAD Y FECHA
FIRMA Leidy Johanna Ramírez Marín

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1114819485		RAMIREZ MARIN LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	martinjohanna425@gmail.com	EL CERRITO-VALLE	3167934745

Clave: 9474977680

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2024/11/22	0	$0	$377,300

Periodo Pensión: 2024-10 **Periodo Salud: 2024-10**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$208,000
COLPENSIONES		1	$208,000
ARL	1	1	$6,800
COLMENA		1	$6,800
EPS	1	1	$162,500
NUEVA E.P.S.		1	$162,500
SUBTOTAL			$377,300
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$377,300

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente Credencial

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1.000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

aportes en línea

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1114819485		RAMIREZ MARIN LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4 sur 3 e 21	EL CERRITO-VALLE	3167934745	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha	Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10		9474977680	I	2024/11/22			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800			$0	$0		$377,300
Centro de trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800			$0	$0		$377,300
Ciudad: EL CERRITO Depto: VALLE (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800			$0	$0		$377,300
1	CC	1114819485	RAMIREZ LEIDY																	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-25	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados (1)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800			$0	$0		$377,300

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	$6,800	$0	$0	$6,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

aportes en línea

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 1114819485		RAMIREZ MARIN LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4 sur 3 e 21	EL CERRITO-VALLE	3167934745	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	60546710	94749776B0	I	2024/11/22	2024/10/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

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	$6,800	$0	$0	$6,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

aportes en línea

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 1114819485		RAMIREZ MARIN LEIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4 sur 3 e 21	EL CERRITO-VALLE	3167934745	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	60546710	44749776&0	1	2024/11/22	2024/10/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Hombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: EL CERRITO Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1114819485	RAMIREZ LEIDY	25-14	30 $1,300,000	$208,000	EP603T	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

Autorizado por

Subgerencia

pasar sin Seguridad