

FECHA: 27/12/2024

1,920,000.00

FONTALVO BALCAZAR MARIA ALEJANDRA

CC ó Nit:

1027523171

UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE

Transferencia

Desde Davivienda Cuenta No. : 470169989006 Hacia: BanColombia Cuenta No. 91223009471

CPS-349

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 860020094-8

COMPROBANTE DE EGRESO No.

AV. MEDINA NO. 6-06 Tel. 8475710

33139

FECHA: 27/12/2024

DETALLE DEL EGRESO:

PAGO MES DE OCTUBRE 2024

DETALLE PRESUPUESTO

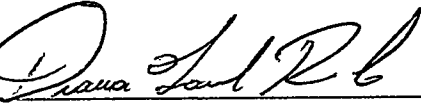
Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
2622	2689	929	917	2.4.5.02.09.01.	REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES	1,920,000.00
TOTAL						1,920,000.00

DETALLE ORDENES DE PAGO

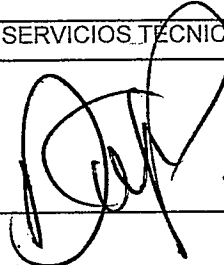
No. Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
36499	SERV AUXILIAR ENFERMERIA OCTUBRE 2024		1,920,000
TOTAL			1,920,000

DETALLE DE PAGO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100501	DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006	0.00	1.920.000.00
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	1.920.000.00	0.00

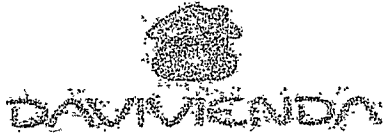


GERENTE



SUB GERENTE

BENEFICIARIO
CC/NIT



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

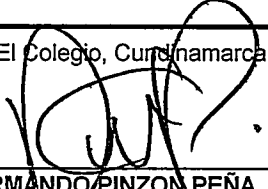
Nombre Empresa	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
Nombre Proceso	PAGO OPS PENDIENTES OCTU- NOV -DIC 2024
Fecha Pago	27/12/2024
Hora Pago	13:40

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1027523171	Referencia	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9471 Banco		BANCOLOMBIA
Valor	\$ 1.920.000,00 Estado		Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

REGIÓN DE SALUD
CENTRO**CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato**

N° DEL CONTRATO:	349
CONTRATISTA:	MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR
IDENTIFICACION:	1027523171
	1070327185
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR APOYO AL PROCESO ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO Y SUS SEDES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 3.840.000
PLAZO INICIAL:	1 MES
FECHA DE INICIO:	29/07/2024
FECHA DE TERMINACION INICIAL:	28/09/2024
TIEMPO DE PRORROGA:	
ADICION EN VALOR:	
FECHA TERMINACION:	
MES PAGADO:	FECHA DE PAGO:
SEPTIEMBRE	19-nov-24
SEGURIDAD SOCIAL - PERSONA JURIDICA	
Certificación de pago seguridad social y parafiscales	FECHA DE CERTIFICACION:
El coordinador del area CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de OCTUBRE	
Que en razón a dicha ejecución, el valor correspondiente a pagar es de UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTE MIL PESOS (\$ 1,920,000) M/CTE	
Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato.	
Informe de pago	SI
Planilla de Seguridad Social	SI
Factura -Cuenta de cobro	SI
Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de DICIEMBRE 2024	
 DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA SUPERVISOR	
Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co	

NIT. 860.020.094-8

Avenida N° 6 -06 - El Colegio-Cund

DOCUMENTO EQUIVALENTE D 522/93 ART. 3

33139

Orden de Pago Nro : 36499

Fecha : 27/12/2024

Tercero : 1027523171

FONTALVO BALCAZAR MARIA ALEJANDRA

Autorretenedor : No

Factura : 138

Regimen : Simplificado

Disponibilidad : 91 - 929

Contribuyente : No

Fecha : 27/12/2024 9:37:07

Prefijo : OCT

Reserva : 2689

I. C. A : ACTIVIDAD SERVICIOS

a. m.

Retencion :

Descuento :

Descripción : SERV AUXILIAR ENFERMERIA OCTUBRE 2024

CONCEPTOS

Código	Descripción	Valor
230	73010201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - URGENCIAS	1,920,000.00
65	24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS	1,920,000.00

DETALLE CONTABLE

Cuenta	C Costo	UFuncional	Lugar	Nit	Debito	Credito
73010201	010201	02	01	1027523171	1,920,000.00	.00
24905501				1027523171	.00	1,920,000.00

USUARIO

HENRY ANDRES PINTO AGUDEL

CUENTA DE COBRO No. 3
LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EL COLEGIO CUNDINAMARCA

DEBE A:
MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR
C.C. 1027523171 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE: UN MILLON NOVECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/C (\$1.920.000\$)


Según objeto del contrato "PRESTAR LOS SERVICIOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL EN EL AREA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO. Correspondiente periodo de 29/09/24 AL 28/10/24

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	Urgencias- consulta y procedimientos	Urgencias-consulta y procedimientos	25.00%	\$448.000
E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	Urgencias- consulta y procedimientos	Urgencias- consulta y procedimientos	25.00%	\$448.000
E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	Urgencias- consulta y procedimientos	Urgencias- consulta y procedimientos	50.00%	1.024.000
TOTAL			100%	\$1.920.000

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
349	758	778

Declaro bajo gravedad de juramento que los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social, corresponden mínimo, al 40% del valor contrato mensual, celebrado con entidades públicas y privadas y la planilla presentada como soporte de esta cuenta se encuentra pagada, es decir a paz y salvo al Sistema de Seguridad Social.

Maria Alejandra Fontalvo
MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR
C.C 1027523171 DE BOGOTÁ
CEL. 3017182059

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	SUB -F1
	PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN	Versión
		V01-2024

INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO							
INFORMACIÓN BÁSICA							
PERIODO DEL INFORME:	29/09/24 AL 28/10/24		CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.			349	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR			C.C. No.	1027523171		
OBJETO:	PRESTAR APOYO AL PROCESO ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO.						
Informe No:	03		Fecha:	DICIEMBRE DEL 2024			
Iniciación:	29/07/24	Plazo Inicial	2MESES	Prorrogá:	29/09/24	Fecha Final	28/10/24
Finalización:	28/09/24						
REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO							
No DISPONIBILIDAD	VALOR		No REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR			
758	\$ 3.840.000		778	\$ 3.840.000			
917	\$ 1.920.000		929	\$ 1.920.000			
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO							
Valor total Del Contrato	\$5.760.000		Valor Cobrado:	\$1.920.000			
			Valor Giros Efectuados:	\$3.840.000			
ADICIÓN PRORROGA							
Fecha de Inicio:	27/09/24		Fecha de Terminación:	28/10/24			
Valor Adición:	\$1.920.000						
% Ejecución del contrato	100 %		%Ejecución Financiera	100 %			
ACTIVIDADES						CUMPLE	
						SI	NO
1. Cumplir con el objetivo del presente contrato obligaciones demás condiciones, terminos y estipulaciones del contrato en las condiciones de calidad, oportunidad y obligaciones definidas en el presente contrato, incluyendo sus estudios previos y acatar las instrucciones que durante el desarrollo de contrato se						X	



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN

Código

**SUB -F1
Versión**

V01-2024

le impactan a través del supervisor: siempre y cuando estas no impliquen modificación al contrato.		
2. acatar las políticas de confidencialidad y reserva de la información, establecidas por la entidad.	X	
3. cumplir con las obligaciones frente al sistema de salud, pensiones y riesgos laborales.	X	
4. obrara con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y trabavientos.	X	
5. desarrollar el contrato con idoneidad y de dentro de los principios y conceptos éticos de pulcritud y oportunidad que la comunidad espera y la ley y las buenas costumbres exigen todo contratista del estado.	X	
6. atender de manera oportuna las recomendaciones del supervisor, quien velara por el cumplimiento de las obligaciones aquí establecidas.	X	
7. entrega los informes y productos requeridos de acuerdo con lo estipulado en el contrato y los que le solicite el supervisor/interventor para el control y supervisión en el desarrollo y ejecución del contrato.	X	
8. no acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.	X	
9. el contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones en el ejercicio de las actividades que desarrollen en virtud del contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la administración o a terceros.	X	
10. Cumplir con las condiciones jurídicas, técnicas y económicas presentadas en la propuesta.	X	
11. colaborar con la entidad del contratante en lo que sea necesario para el objeto del contrato se cumpla y sea de la mejor calidad.	X	
12. guardar la debida reserva de los asuntos que conozca con ocasión de ejecución del objeto contractual a si como de todos aquellos relacionados con el mismo.	X	
13. Aceptar las sugerencias que el hospital realice y estar dispuesto subsanar los inconvenientes que se presenten con ocasión del desarrollo de las obligaciones del contrato.	X	
14. aceptar y aplicar los lineamientos, orientaciones y recomendaciones otorgadas por autoridades sanitarias y por la institución referentes a las medidas preventivas y de mitigación para contener la infección respiratoria aguda por COVID-19.	X	
15. Asistir a las capacitaciones de manera presencial o virtual y diligenciar las evaluaciones pertinentes las cuales serán requisitos indispensables para entrega de los informes de actividades y será verificado por el supervisor del contrato, las horas de capacitación no serán canceladas brindar acompañamiento técnico; si así lo requiere la institución en los procesos de habilitación y modernización de la E.S.E.	X	
16. Realizar actividades de implementación de guías de prácticas clínicas de acuerdo a las directrices del grupo de implementación de la institución y participar del proceso de capacitación, realizando las respectivas evaluaciones de acuerdo al plan de capacitaciones institucional, si el perfil y/o las actividades contractuales así lo ameritan.	X	



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN

Código

SUB -F1)

Versión

V01-2024

<p>17.El contratista deberá cumplir con las políticas de humanización institucional,observando siempre en todo lugar un trato respetuoso cordial y amable para con las personas vinculadas de cualquier forma con el hospital y en especial para con los usuarios del servicio de salud,observando los derechos fundamentales y los principios constitucionales,tales como la igualdad y dignidad de los seres humanos en reconocimiento de la diversidad personal y cultural,el rechazo a todos tipos de discriminación la libertad de ideas y creencias y demás contenidas en la carta política.</p>	X		
<p>18.Dar uso eficaz eficiente y adecuado a las instalaciones y bienes del hospital no empleandolos para fines distintos a los servicios contratados .</p>	X		
<p>19. Bjo ninguna razon el cntratista podra,respecto a los usuarios paciente o acompañantes,inducir ,recibir,solicitar,sugerir, constreñir o aceptar directa o indirectamente para así o para un tercero y para un servicio aqui contratado remunera dinero,utilidad,promesa de pago,dadiva o cualquier cosa de otro beneficio,distinto al pactado en el orden de prestacion de servicios.</p>	X		
<p>20. Cumplir con lineamientos y parametros juridicos,consagrados por el decreto unico reglamentario 1072 die 2015 y con las funciones y responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo,contenidas en el manual DE RESPONSABILIDADES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO-SST son cumplimeintos obligatorios con aplicacion en el ambito laboral o personal en la ejecucion de los diferentes trabajos y servicios que realicen en la operacion diaria en lo conserniente al sistema de gestion y seguridad del trabjo,en la ejecucion del objetivo del presente contrato.</p>	X		
<p>21.Acatar y dar cumplimiento a las instrucciones y desiciones emitidas en las circulares internas de la institucion .</p>	X		
<p>22. Realizar entrega de un informe y prestacion de gestion (ENPALME) a serca de toda la gestion ,realizada en el momento para finalizar periodos retiro y finalizacion del contrato.</p>	X		
<p>23. apoyar a los procesos en la identifiacion y definicion de objetivos ,metas,estrategias,modelos y politicas que requieran gestionar la implementacion del sistema unico de acreditacion (SUA)</p>	X		
<p>24.Apoyar las unidades funcionales para la implemntacion de las sietes s dimenciones del modelo-integrado de planeacion y gestion -MIPG con sus respectivos componentes de los planes decreto 6612 matriz de riesgos.</p>	X		
<p>25. Apoyar y garantizar las caraterizaciones del poa por procesos con cada una de la idministracion (identifiacion, analisis,calificacion,valoracion y tratamiento) de riesgos,documentacion de fichas tecnicas de indicadores de cada uno de los procesos que tiene a cargo que demande el mpa de procesos de la institucion .</p>	X		
<p>26.Realizar asistencia del cuidado de enfermermeira como necesidades basicas y promordiales en el paciente.(cuidar la higiene y la integridad de cada parte del cuerpo en cambios de posicines y lubricacion e hidratacion de la piel para minizacion del riesgo de upp.,ingesta de alimentos y eliminacion,brindado seguridad ,comodidad y confort deacuerdo a las condiciones clincas de cada paciente.</p>	X		
<p>27. Relizar las actividades consignadas en la guia institucional PGI RH para el coccretco manejo de los residuos hospitalairos y orientar al</p>	X		



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN

Código

SUB -F1

Versión

V01-2024

paciente, su familiar y/o cuidador sobre el manejo de residuos hospitalarios durante su estancia.		
28. Informar oportunamente al profesional médico y paramédico sobre las situaciones de emergencia y riesgo que observen en los paciente, familia, comunidad y medio ambiente.	X	
29. Brindar educación al paciente, familia y/o cuidados sobre las necesidades de salud, condiciones de salud con plan de alta estandarizada institucional y rutas de evacuación de acuerdo o desastres de la institución.	x	
30. Aplicar lo dispuesto en el protocolo institucional de recib y entrega de turno.	x	
31. Revisar la historia clínica y evoluciones de los paciente dando cumplimiento de las ordenes médicas.	x	
32. Realizar aplicación de métodos y procedimientos de enfermería en el cuidado de los pacientes.	x	
33. Asegurar el uso adecuado de materiales, equipos y suministros necesarios para el buen funcionamiento de los servicios, llevando registros diarios de verificación funcionamiento y controles de temperatura.	x	

PRODUCTOS ESPERADOS	PROGRAMADOS	REALIZADOS
Se dio cumplimiento actividades específicas descritas en el contrato.	33 Actividades programadas	33 Actividades programadas



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL
COLEGIO**

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN

Código

SUB -F1

Versión

V01-2024

OBSERVACIONES GENERALES

Fecha Suspensión:

Fecha Reanudación

Yo **DIANA MARCELA SEGURA** en mi calidad de Coordinador (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista **MARÍA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR** documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.

Anexo planilla N 81531742 pago de seguridad social correspondiente al mes de OCTUBRE 2024

FIRMA COORDINADOR ÁREA

VºBº COORDINADOR DE ÁREA

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1027523171	MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR	KR 89C 49 10 SUR	3017182059	fontalvobalcazar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	1	30/10/2024	81309441	408.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Familiar EPS	830003584-7	162,500	0		0	0	0	13	1,600	0	184,100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	80033604-7	208,000	0	0	0	0	13	2,000	0	210,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	869011163-8	31,700				31,700	13	300	32,000			317	32,000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	13	0	0	0
BENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	182,600	184,100
Pensión	1	208,000	210,000
Riesgos Laborales	1	31,700	32,000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
BENA	0	0	0
TOTALES	3	402,200	408,100

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CG	1027623171	MARIA ALE/ANDRA FONTALVO BALCAZAR	KR 86C 49 10 SUR	3017182059	fontalvobalcazar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLAZADOS	UPC
					0	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	19/11/2024	81591742	\$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Familianar EPS	830003564-7	162.500	0	0	0	0	0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	800335004-7	208.000	0	0	0	0	0	0	0	208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011163-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				


TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	-0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1027523171	MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR	KR 66C 49 10 BUR	3017182059	fontalvobalcazar@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	1	19/11/2024	91531742		\$492.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEMBER										PENSIÓN				SALUD		REBOSAR LA BONAERES			CCF		PARAFISCALES																							
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Sexo	Edad	Estado Civil	Profesión	Grado de Instrucción	Grado de Invalidez	Grado de Discapacidad	Grado de Sordera	Grado de Parálisis	Grado de Ceguera	Grado de Esquizofrenia	Grado de Psicosis	Grado de Epilepsia	Grado de Síndrome de Tourette	Grado de Trastorno Obsesivo Compulsivo	Grado de Trastorno de Ansiedad	Grado de Trastorno de Pánico	Grado de Trastorno de Estrés Post-Traumático	Grado de Trastorno de Identidad de Género	Grado de Trastorno de Identidad Sexual	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntad o Anclada	Voluntaria Aportante	Fondo parafiscal de solidaridad	Fondo parafiscal de subsidios	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte BSA	Aporte ICBF	Aporte EGAP	Aporte MEN				
CC	1027523171	FONTALVO BALCAZAR MARIA ALEJANDRA				F	60	0	N																		25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EP5017	1.300.000	162.600	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

ESSE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN EN CALLEJO SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN PROCESO HOSPITALIZACIÓN											
CODIGO	HX-F02	VERSION	102-2024								
<table border="1"> <tr> <td> OCEÑA BR. PIA CALIENTE LAPONCITA OCEÑA </td> <td> HOSPITAL HOSPITAL </td> <td> X X </td> <td> OCEÑA OCEÑA </td> </tr> <tr> <td> OCEÑA BR. PIA CALIENTE LAPONCITA OCEÑA </td> <td> HOSPITAL HOSPITAL </td> <td> X X </td> <td> OCEÑA OCEÑA </td> </tr> </table>				OCEÑA BR. PIA CALIENTE LAPONCITA OCEÑA	HOSPITAL HOSPITAL	X X	OCEÑA OCEÑA	OCEÑA BR. PIA CALIENTE LAPONCITA OCEÑA	HOSPITAL HOSPITAL	X X	OCEÑA OCEÑA
OCEÑA BR. PIA CALIENTE LAPONCITA OCEÑA	HOSPITAL HOSPITAL	X X	OCEÑA OCEÑA								
OCEÑA BR. PIA CALIENTE LAPONCITA OCEÑA	HOSPITAL HOSPITAL	X X	OCEÑA OCEÑA								

20-10-24
 NDA 3 SORDA
 HOSPITAL



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EL COLEGIO CUNDINAMARCA
CUADRO DE ACTIVIDADES ENFERMERIA OPS**

MES DE OCTUBRE 2024

NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	M	Mi	J	V	S	D	L	M	Mi	J	V	S	D	L	M	Mi	J	V	S	D	L	M	Mi	J	V	S	D	L	M	Mi	J	
JENNY CUCAITA	C	N	L	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	C	N	L	L	C	N	L	N	L	C	L	L	C	N	L	L	C	C	
SANDRA ROMERO	L	C	C	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	C	L	C	L	C	N	L	L	C	N	L	C	N	L	L	C	N	
GLORIA MURCIA	L	L	C	C	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	C	N	L	
ESPERANZA SANCHEZ	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	C	N	L	L	C	N	L	C	N	L	L	C	N	L	N	L	C	N	L	L	N	
ANGELICA MACHADO	L	L	N	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	C	L	N	L	L	C	N	L	C	L	C	C	L	L	C	C	
JESSICA NIMISICA	N	L	C	C	L	L	C	N	L	C	C	L	N	L	L	C	N	L	C	L	C	N	L	L	C	N	L	N	L	L	C	
NUBIA CORREDOR	C	C	L	L	C	C	L	L	C	C	L	L	C	N	L	L	C	C	L	C	C	L	L	C	C	L	L	C	C	L	L	
MARIA MONICA RUIZ	N	L	L	C	N	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	N	L	L	C	N	L	
EMILGE TORRES	L	C	N	L	L	C	N	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	C	N	L	L	C	C	L	L	C	N	L	L	
ALEJANDRA LOPEZ	C	N	L	L	C	N	L	L	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	N	L	L	C	N	L	N	L	L	C	N	L	N
KAREN YISETH TORRES	C	N	L	L	C	N	L	C	C	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	C	N	L	L	
MARIA FONTALVO	L	L	C	N	L	L	C	C	L	N	L	C	C	L	C	N	L	L	C	C	L	C	C	L	C	N	L	L	C	N	L	
SINDY BALAGUERA	L	C	N	L	N	L	L	C	N	L	N	L	L	C	N	L	L	N	L	L	C	N	L	N	L	L	C	N	L	C	C	
PAOLA MARTINEZ	E	E	E	N	L	L	E	E	E	E	E	C	L	L	E	E	C	L	L	L	E	E	E	E	E	L	C	E	E	E		
LUISA ARIAS	P	P	P	L	L	L	P	P	P	P	L	L	L	L	P	P	P	P	P	P	L	P	P	P	P	P	L	P	P	P		

N: NOCHE	12
C: COMPLETO	12
P: PROCEDIMIENTOS	8
E: ESTERILIZACION	9
L: LIBRE	0

Aprobado por: DIANA MARCELA SEGURA SANCHEZ
COORDINADOR

Hospitalización - Lugar: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - Hosp: Notas Enfermería

Archivos Interconsultas Medicamentos Consentimientos Cirujías Ver Opciones

CC 20498642 - EPIGEMENA TORRES GALINDO RH: AB+ ADMISIÓN NRO.0625
 F.NAC 20/01/1941, EDAD 83 A 8 M 26 D VEJEZ
 SEXO: Mujer ORIENTACIÓN: Heterosexual GÉNERO: Femenino FECHA: 15/10/2024 HORA: 19:18:00
 DIRECCIÓN DEL COLEGIO, VDA TRUJILLO INICIO ATENCIÓN: 01:07:42
 ZONA R TEL 3108019335 VINCULACIÓN: EVOLUCIÓN: 7
 EMP/CONTRATO FAMSANAR EPS / SUBSIDIADO

Alertas: Riesgo de Caída
 Riesgo de UPP - Escala Braden
 Escala de Nottin

Historial de Notas de Enfermería

Nota Enfermería No: 99 Fecha: 20/10/2024 Hora: 18:13

Realizada por: MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR

NOTA RETROSPECTIVA 16:00 NOTA RETROSPECTIVA 12:00 PREVIO LAVADO DE MANOS SE REALIZA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO OXACILINA 2 GRAMOS CON JERINGA DE 10 CC Y DILUIDA EN 110 CC DE SOLUCIÓN SALINA VIA INTRAVENOSA

Signos Vitales
 TA: 171 mmHg FC: 123 x/min FR: 22 x/min TEMP: 36.4 °C SAT: 93 % TAM: 1 mmHg

Medicamentos/Insumos

Código	Medicamento	Cart. Farmacia	Cart. Total	Dosis	Frec.

Profesional: 578 - FONTALVO BALCAZAR MARIA ALEJANDRA | Pabellón: | Sección: | Cama: CAMA 201-1

Hospitalización - Lugar: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - Hosp: Notas Enfermería

Archivos Interconsultas Medicamentos Consentimientos Cirujías Ver Opciones

CC 1054801155 - JOSÉ DEL CARMEN PORRAS CRUZ RH: O+ ADMISIÓN NRO.0627
 F.NAC 15/08/1988 EDAD 36 A 2 M 4 D ADULTEZ
 SEXO: Hombre ORIENTACIÓN: Heterosexual GÉNERO: Masculino FECHA: 19/10/2024 HORA: 13:32:00
 DIRECCIÓN DEL COLEGIO, BARRIO SANTA HELENA INICIO ATENCIÓN: 01:08:23
 ZONA U TEL 3219747916 VINCULACIÓN: EVOLUCIÓN: 1-1
 EMP/CONTRATO NUEVA E.P.S. S.A. / CONTRIBUTIVO

Alertas: Riesgo de Caída
 QUIRURGICOS

Historial de Notas de Enfermería

Nota Enfermería No: 24 Fecha: 20/10/2024 Hora: 18:01

Realizada por: MARIA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR

NOTA RETROSPECTIVA 16:00 PREVIO LAVADO DE MANOS SE REALIZA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO, OXACILINA 2 GRAMOS CON JERINGA DE 10 CC DILUIDA EN 110 CC DE SOLUCIÓN SALINA. SE ADMINISTRA DIPIRON AMPOLLA DILUIDA EN 110 CC DE SOLUCIÓN SALINA CON JERINGA DE 10 CC

Signos Vitales
 TA: 113/61 mmHg FC: 58 x/min FR: 20 x/min TEMP: 36.4 °C SAT: 96 % TAM: 78.33 mmHg

Medicamentos/Insumos

Código	Medicamento	Cart. Farmacia	Cart. Total	Dosis	Frec.

Profesional: 578 - FONTALVO BALCAZAR MARIA ALEJANDRA | Pabellón: | Sección: | Cama: CAMA 203-1



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

Código

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

SUB -F1

Versión

PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN

V01-2024

INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

INFORMACIÓN BÁSICA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

MARIA ALEJANDRA
FONTALVO BALCAZAR

C.C. No.

1027523171

ACTIVIDADES	CUMPLE	
	SI	NO
1. Cumplir con el objetivo del presente contrato obligaciones demas codiciones,terminos y estipulaciones del contrato en las condiciones de clidad,oportunidad y obligaciones definidas en el p'resente contrato,incluyendo sus estudios previos y acatar las instruccines que durante el desarrollo dle contarto se le impactan a traves del supervisor: siempre y cuando estas no impliquen midoficacion al contrarato.	X	
2. acatar las politicas de confidencialidad y reserva de la informacion,establecidas por la entidad.	X	
3. cumplir con las obligaciones frente al sistema de salud,pensiones y risegos laborales.	X	
4. obrara con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales,evitando dilataciones y trabavientos.	X	
5. desarrollar el contrato con ideonidad y de dentro de los principios y conceptos eticos de pulcritud y oportunidad que la comunidad espera y la ley y las buenas costumbres exigen todod contratista del estado.	X	
6. atender de manera oportuna las recomendaciones del supervisor,quien velara por el cumplimiento de las obligaciones aqui establecidas.	X	
7. entrega los informes y productos requeridos deacuerdo con lo estipulado en de contrato y los que le solicite el supervisor/interventor para el control y supervision en el desarrollo y eejecucion del contrato.	X	
8.no acceder a peticiones o amenazas de quienes actuen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algun hecho.	X	
9. el contratista seras responsable ante las autoridades de los actos u omisiones en el ejercicio d elas actividades que desarrollen en virtud del contrato,cuando con ellos cuse perjuicio a la administracion o a terceros.	X	
10. Cumplir con las condiciones jurídicas,tecnicas y econonminomicas presentadas en la propuesta.	X	
11colaborar con la entidad del contratante en lo que sea necesario pra el el objeto del contrato se cumpla y sea de la mejor calidad.	X	
12. guardar la debida reserva de los asuntos que conozca con ocaicion de ejecucion del objeto contractual a si como de todos aquellos relacionados con el mismo.	X	
13. Aceptar las sugerencias que el hospital realice y estar dispuesto subsanar los incobenientes que se presenten con ocaicion del desarrollo de las oligaciones del contrato.	X	



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN

Código

SUB -F1

Versión

V01-2024

14. aceptar y aplicar los* lineamientos,orientaciones y reocmendaciones otorgadas por autoridades sanitarias y por la institucion referentes a las medidas preventivas y de mitigacion para contener la infeccion respiratpria aguda por COVID-19.	X		
15. Asistir a las capacitaciones de manera presencial o virtual y diligenciar las evaluaciones pertinentes las cuales seran requisitos indispensables pra entrega de los informes de actividades y sera verificado por el supervisor del contrato,las horas de capacitacion no seran canceladas brindar acompañamiento tecnico; si asi lo requiere la institucion en los procesos de habilitacion y modernizacion de la E.S.E.	X		
16.Realizar actiuidades de implentacion de guías de practicas clinica de acuerdo a las directrices del grupo de implementacion d'ela institucion y participar del proceso de capacitacion,realizando las respectivas evaluaciones deacuerdo al plan de capacitaciones institucional, si el perfil y /o las actividades contractuales asi lo ameritan.	X		
17.El contratista debera cumplir con las politicas de humanizacion institucional,observando siempre yen todod lugar un trato respetuoso cordial y amable para con las perosnas vinculadas de cualquier forma con el hospital,y en especial para con los usuarios del servicio de salud,observando los derechos fundamentales y los princípios constitucionales,tales como la igualdad y dignidad de los seres humanos en reconoimiento de la diversidad personal y cultural,el rechazo a todos tipo de discriminacion la libertad de ideas y creencias y demas contenidas en la carta politica.	X		
18.Dar uso eficaz eficiente y adecuado a las instalaciones y vienes del hospital no empleandolos para fines distintos a los servicios contratados .	X		
19. Bjo ninguna razon el cntratista podra,respecto a los usuarios paciente o acompañantes,inducir ,recibir,solicitar,sugerir,constreñir o aceptar directa o indirectamente para asi o para un tercero y para un servicio aqui contratado remunerar dinero,utilidad,promesa de pago,dadiva o cualquier cosa de otro beneficio,distinto al pactado en el orden de prestacion de servicios.	X		
20. Cumplir con lineamientos y parametros juridicos,consagrados por el decreto unico reglamentario 1072 dle 2015 y con las funciones y responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo,contenidas en el manual DE RESPONSABILIDADES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO-SST son cumplimeintos obligatorios con apliacion en el ambito laboral o personal en la ejecucion de los diferentes trabajos y servicios dque realicen en la operacion diaria en lo conserniente al sistema de gestion y seguridad del trabajo,en la ejecucion del objetivo del presente contrato.	X		
21.Acatar y dar cumplimiento a las instrucciones y desiciones emitidas en las circulares internas de la institucion .	X		
22. Realizar entrega de un informe y prestacion de gestion (ENPALME) a serca de toda la gestion realizada en el momento para finalizar periodos retiro y finalizacion del contrato.	X		
23. apoyar a los procesos en la identifiacion y definicion de objetivos ,metas,estrategias,modelos y politicas que requieran gestionar la implementacion del sistema unico de acreditacion (SUA)	X		



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL
COLÉGIO**

Código

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

SUB -F1

Versión

PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN

V01-2024

24. Apoyar las unidades funcionales para la implementación de las siete dimensiones del modelo integrado de planeación y gestión -MIPG con sus respectivos componentes de los planes decreto 6612 matriz de riesgos.	X	
25. Apoyar y garantizar las caracterizaciones del poa por procesos con cada una de la administración (identificación, análisis, calificación, valoración y tratamiento) de riesgos, documentación de fichas técnicas de indicadores de cada uno de los procesos que tiene a cargo que demande el mpa de procesos de la institución .	X	
26. Realizar asistencia del cuidado de enfermería como necesidades básicas y promordiales en el paciente. (cuidar la higiene y la integridad de cada parte del cuerpo en cambios de posiciones y lubricación e hidratación de la piel para minimización del riesgo de upp., ingesta de alimentos y eliminación, brindado seguridad ,comodidad y confort de acuerdo a las condiciones clínicas de cada paciente.	X	
27. Realizar las actividades consignadas en la guía institucional PGIRH para el correcto manejo de los residuos hospitalarios y orientar al paciente, su familiar y/o cuidador sobre el manejo de residuos hospitalarios durante su estancia .	X	
28. Informar oportunamente al profesional médico y paramédico sobre las situaciones de emergencia y riesgo que observen en los paciente, familia, comunidad y medio ambiente.	X	
29. Brindar educación al paciente, familia y/o. cuidados sobre las necesidades dectadas, condiciones de salud con plan de alta estandarizada institucional y rutas de evacuación de acuerdo o desastres de la institución.	x	
30. Aplicar lo dispuesto en el protocolo institucional de recib y entrega de turno.	x	
31. Revisar la historia clínica y evoluciones de la paciente dando cumplimiento de las ordenes medicas	x	
32. Realizar aplicación de métodos y procedimientos de enfermería en el cuidado de los pacientes .	x	
33. Asegurar el uso adecuado de materiales, equipos y suministros necesarios para el buen funcionamiento de los servicios, llevando registros diarios de verificación funcionamiento y controles de temperatura.	x	

PRODUCTOS ESPERADOS	PROGRAMADOS	REALIZADOS
Se dio cumplimiento actividades específicas descritas en el contrato.	33 Actividades programadas	33 Actividades programadas



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL
COLEGIO

Código

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

SUB -F1

Versión

PROCESO SUBGERENCIA -CONTRATACIÓN

V01-2024

OBSERVACIONES GENERALES

Fecha Suspensión:


Fecha Reanudación:

Yo DIANA MARCELA SEGURA en mi calidad de Coordinador (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista MARÍA ALEJANDRA FONTALVO BALCAZAR documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.

Anexo planilla N 81531742 pago de seguridad social correspondiente al mes de octubre de 2024

FIRMA COORDINADOR AREA

Diana Segura
V°B° COORDINADOR DE AREA

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO ACTA ENTREGA	Versión
	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	

FECHA	19-11-24	HORA		LUGAR	Principal
--------------	----------	-------------	--	--------------	-----------

1. INSTRUCCIONES

Con el ánimo de formalizar el cumplimiento de la ejecución de las actividades y la terminación del contrato, le solicitamos diligenciar completamente la presente Acta en compañía del líder de proceso, en ella debe relacionar los asuntos de su competencia y el estado de cada uno de ellos.

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

Nombre: María Alejandra Ferralvo Belcazar
 Proceso: FACTURACION
 Contrato N°: 399
 Nombre del Líder de Proceso: Diana Marcela Segura Jimenez
 Área: Oficinas HODITA MAFB
 Sede: Principal

Yo Diana Marcela Segura Jimenez con CC 102743485 líder del proceso Oficinas Hospital certifico que el contratista, antes mencionado entregó el 100% de las actividades relacionadas en el estudio previo del contrato y a su vez hace entrega oficial del informe final, lo cual es un requisito indispensable para realizar el pago contractual.
 Firma Líder de Área [Firma] (1)

3. DESCRIPCIÓN DE LA ENTREGA

1. Detalle los asuntos pendientes de tramitar que sean de su directa competencia y responsabilidad. Anexe listado en caso de que este espacio no sea suficiente.

2. Relacione los expedientes que integran su archivo físico, así como la información contenida en medios magnéticos.
NA

3. Relacione, claves y correos institucionales, drive, claves de servidor que estén a su cargo
MAFB
8231

4. Relacione y entregue los elementos asignados

En caso de ser brigadista entrega dotación: Chaleco _____ canguro _____ guantes _____

Gerencia (7)	Subgerencia (6)
Tania Andrea [Firma] Talento Humano (5)	[Firma] Sistemas (2)
[Firma] Almacén/Inventarios (3)	[Firma] Calidad (4)
Entrega carnet si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

4. OBSERVACIONES

La presente Acta se firma a los 19 días del mes de Noviembre del año 2024, por las personas que en ella intervinieron.

<u>[Firma]</u> Contratista que entrega actividades	<u>[Firma]</u> Contratista que recibe
---	--