



E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL - SAN PEDRO MILAGROS

Nit: 800.014.405-2

COMPROBANTE DE EGRESO:

OP

36864

Fecha:

Dic.03/2025

2025 12 03

\*\*\*\*\*2,500,000.\*\*

\*\*OSORNO PEREZ MARGARITA MARIA

\*\*\*\*\* DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L.\*\*\*\*\*

Proveedor: OSORNO PEREZ MARGARITA MARIA

Nit/CC: 43.364.905

Vr Pagado: 2,500,000.

Cta. Banco: 01 -980017297

Cheque: 1759

Vr Cheque: 2,500,000.

Vr Letras: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L.

Observaciones: SERVICIOS

## VALORES

|                |            |               |            |
|----------------|------------|---------------|------------|
| Vr. Bruto:     | 2,500,000. | Vr. Iva:      | 0.         |
| Vr. Retención: | 0.         | Vr.Rete-Iva:  | 0.         |
|                | 0.         |               | 0.         |
|                | 0.         |               | 0.         |
|                | 0.         |               | 0.         |
| N-Crédito:     | 0.         | Vr.Descuento: | 0.         |
|                |            | Vr.NETO:      | 2,500,000. |

## RELACION FACTURAS

| Factura | Vr.Cancel    | Fecha      | Factura | Vr.Cancel | Fecha |
|---------|--------------|------------|---------|-----------|-------|
| FP 9054 | 2,500,000.00 | 2025/11/30 |         |           |       |

## IMPUTACION CONTABLE

| Cuenta       | Nit        | Centro De Costos | Valor        |
|--------------|------------|------------------|--------------|
| 1 1 10 09 07 |            |                  | 2,500,000.00 |
| 2 4 90 55 01 | 43,364,905 |                  | 2,500,000.00 |

## IMPUTACION PRESUPUESTAL

| Vigencia | Unid Eje | Rubro                                      | Valor        |
|----------|----------|--------------------------------------------|--------------|
| 2025     | 3232     | Servicios personaes (Personal asistencial) | 2,500,000.00 |
| Total:   |          |                                            | 2,500,000.00 |

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Transacciones Realizadas

Empresa: HOSPITAL SANTA ISABEL SAN PEDRO  
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica No. Identificación: 8000144052  
Generado por: BERTA JUDITH GUERRA PATIÑO

Detalle

|              |               |                        |
|--------------|---------------|------------------------|
| Servicio     | Tipo Producto | Nombre Producto Origen |
| Todos        | Todos         | Todos                  |
| No. Producto | Fecha Inicial | Fecha Final            |
| Todos        | 2025/11/27    | 2025/12/03             |
| Estado       |               |                        |
| Todos        |               |                        |

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Canal                  | WEB                  |
| Nro. Autorización      | 16311849             |
| Fecha de Emisión       | 2025/12/03           |
| Tipo Producto          | Cuenta Ahorros       |
| Nombre Producto Origen | CAH7297              |
| Nro. Producto          | *****7297            |
| Fecha de Pago          | 2025/12/03           |
| Tipo Identificación    | Cédula de Ciudadanía |
| Nro. Identificación    | 43364905             |

|                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| Beneficiario              | OSORNO PEREZ MARGARITA MARIA |
| Valor a Pagar             | \$2,500,000.00               |
| Entidad Financiera        | Bancolombia                  |
| Tipo Producto             | Cuenta Ahorros               |
| Producto Destino          | 16294808861                  |
| Tipo Pago                 | PROVEEDORES                  |
| Referencia / Nro. Factura | 36864                        |
| Estado                    | En Proceso                   |
| Usuario Crea              | BERTA JUDITH GUERRA PATIÑO   |

LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS  
NIT. 800.014.405-2

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |         |            |        |                              |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------------|--------|------------------------------|
| NUMERO DE CUENTA DE COBRO:          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1           |         |            |        |                              |
| FECHA                               | DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 30          | MES     | 11         | AÑO    | 2025                         |
| NOMBRE CONTRATISTA                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DEBE A:     |         |            |        | Margarita María Osorno Pérez |
| IDENTIFICACIÓN:                     | CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X           | NIT     |            | NUMERO | 43.364.905-1                 |
| VALOR EN LETRAS                     | LA SUMA DE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |         |            |        | 2.500.000                    |
| VALOR EN NUMEROS                    | DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |         |            |        |                              |
| CONTRATO No.                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PS-175-2025 |         |            |        |                              |
| OBJETO:                             | Prestación de servicios profesionales como psicóloga de apoyo al sistema de información y atención al usuario (SIAU) del Hospital Santa Isabel con el objetivo de fortalecer la humanización de la atención, la orientación a los usuarios, la promoción de sus derechos y deberes, la implementación de estrategias de inducción a la demanda, y la medición de la satisfacción del servicio, en el marco de las directrices del SIAU y la normatividad vigente en salud |             |         |            |        |                              |
| SUPERVISOR                          | YIGENI CÁRDENAS SUBDIRECTORA CIENTÍFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |         |            |        |                              |
| PERIODO A COBRAR COMPRENDIDO ENTRE: | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1/11/2024   | Y FECHA | 30/11/2025 |        |                              |
| TELÉFONO CONTRATISTA                | 3205843069                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |         |            |        |                              |
| FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA N°     | 162-948088-61                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |         |            |        |                              |
| ENTIDAD BANCARIA:                   | Bancolombia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |         |            |        |                              |
| AHORROS                             | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CORRIENTE   |         |            |        |                              |
| FIRMA CONTRATISTA                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |         |            |        |                              |

 E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL  
SAN PEDRO DE LOS MILAGROS ANTIOQUIA  
**CONTABILIZADO**

**E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL - SAN PEDRO**

SAN PEDRO-ANTIOQUIA

NIT: 800.014.405 - 2

**OBLIGACION PRESUPUESTAL No. EOB 2372****FACTURA PROVEEDORES No. FP 9054**Fecha: **Nov.30/2025**Señor(es): **OSORNO PEREZ MARGARITA MARIA**Nit: **43.364.905-**Valor: **2,500,000.00**Dirección: **EL CALVARIO, 05664**Concepto: **CPS-175-2025 APOYO SIAU****VALORES DOCUMENTO**

|                 |              |                   |              |
|-----------------|--------------|-------------------|--------------|
| Vr. Exento:     | 2,500,000.00 | Vr. Gravado:      |              |
| Vr. IVA:        |              | Vr. Retención:    |              |
| Vr. RetelVA:    |              | Vr. Timbre:       |              |
| Vr. Estampilla: |              | Vr. Dcto.Gravado: |              |
| Vr.Dcto.Exento: |              | Vr. Neto:         | 2,500,000.00 |

Son: **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L.#****IMPUTACION PRESUPUESTAL**

| CODIGO RUBRO | NOMBRE RUBRO                              | COMP.  | DISP.  | VALOR        |
|--------------|-------------------------------------------|--------|--------|--------------|
| 212020200902 | Servicios personaes (Pesonal asistencial) | C25619 | D25619 | 2,500,000.00 |
|              |                                           |        |        |              |
|              |                                           |        |        |              |
|              |                                           |        |        |              |
|              |                                           |        |        |              |
|              |                                           |        |        |              |

**IMPUTACION CONTABLE**

| CUENTA   | NOMBRE                             | DEBITO       | CREDITO      |
|----------|------------------------------------|--------------|--------------|
| 24905501 | SERVICIOS                          |              | 2,500,000.00 |
| 51080101 | REMUNERACION SERVICIOS<br>TECNICOS | 2,500,000.00 |              |
|          |                                    |              |              |
|          |                                    |              |              |
|          |                                    |              |              |
|          |                                    |              |              |
|          |                                    |              |              |
|          |                                    |              |              |
|          |                                    |              |              |
|          |                                    |              |              |

Nancy Rio  
Elaborado Por

\_\_\_\_\_  
Autorizado

Revisado

ACTA DE INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
INFORME DE ACTIVIDADES No. 01 2025

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>CONTRATO No.</b> PS-175-2025</p> <p><b>ACTA DE INICIO:</b> 1 de noviembre 2025</p> <p><b>OBJETO:</b> Prestación de servicios profesionales como psicóloga de apoyo al sistema de información y atención al usuario (SIAU) del Hospital Santa Isabel con el objetivo de fortalecer la humanización de la atención, la orientación a los usuarios, la promoción de sus derechos y deberes, la implementación de estrategias de inducción a la demanda, y la medición de la satisfacción del servicio, en el marco de las directrices del SIAU y la normatividad vigente en salud</p> | <p><b>VALOR INICIAL:</b><br/>5.000.000</p> <p><b>LETRAS:</b><br/>Cinco millones de pesos</p> | <p><b>CONTRATISTA:</b><br/>Margarita María Osorno Pérez</p> <p><b>DEPENDENCIA INTERESADA:</b><br/>SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA<br/>YIGENI CÁRDENAS<br/>SUPERVISORA</p> <p><b>PERIODO POR FACTURAR:</b><br/>01/11/25 al 30/11/25</p> <p><b>VALOR POR FACTURAR:</b><br/>2.500.000</p> <p><b>LETRAS:</b> DOS MILLONES<br/>QUINIENTOS MIL PESOS</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

INFORME DE ACTIVIDADES

**4/11/25 – Atención al usuario en oficina y encuestas SIAU**

- Radicación de órdenes y autorizaciones (12 casos).
- Orientación sobre trámites, plataformas y rutas de atención (35 usuarios).
- Revisión de PQRS (10 casos).
- Impresión de historias clínicas y anexos (20 documentos).
- Aplicación de encuestas de satisfacción SIAU (7 encuestas).
- Atención general en oficina (150 usuarios).

**5/11/25 – Atención al usuario en oficina / Capacitación PYC**

- Atención en oficina hasta las 12:00 p.m (150 usuarios).
- Radicación de órdenes y autorizaciones (10 casos).
- Revisión de PQRS (10 casos).
- Impresión de historias clínicas (20).
- Encuestas SIAU (7).
- Capacitación PYC 4:00–5:00 p.m.

**6/11/25 – Inducción sede administrativa y sede casa**

- Recorrido institucional.
- Orientación sobre procesos internos.
- Reconocimiento de rutas de atención y áreas de servicio.

**7/11/25 – Atención en sede casa y sede administrativa urgencias + encuestas SIAU**

- Orientación en sede casa (120 usuarios).
- Impresión de resultados (20 documentos).
- Atención en urgencias: primeros auxilios psicológicos (4 pacientes).
- Acompañamiento emocional y orientación a familiares (20 usuarios).
- Encuestas SIAU sede administrativa (7 encuestas).

**10/11/25 – Atención en oficina y sede administrativa urgencias**

- Radicación de órdenes y autorizaciones (15 casos).
- Orientación a usuarios en oficina (150 usuarios).
- PQRS (10 casos).
- Historias clínicas (20).
- Atención en urgencias: PAPS (3), orientación a familiares (15).

**11/11/25 – Atención en sala y urgencias + encuestas SIAU**

- Atención en sala (120–150 usuarios).
- Impresión de resultados (20).
- Manejo del fichero.
- Encuestas SIAU (7).
- Urgencias: PAPS (4), acompañamiento (20 usuarios).

**12/11/25 – Atención en sala + encuestas SIAU + capacitación EBAS**

- Orientación en sala (130 usuarios).
- Impresión de resultados (20).
- Derechos y deberes (20 usuarios).
- Encuestas SIAU (7).
- Capacitación EBAS 4:00–5:00 p.m.

**13/11/25 – Capacitación SENA + oficina + urgencias + demanda inducida**

- Capacitación SENA 7:00–9:00 a.m.
- Atención en oficina (110 usuarios).
- PQRS (10), historias clínicas (20), órdenes (10).
- Urgencias: PAPS (5), orientación familiar (20).
- Demandas inducidas (10 usuarios).
- Llamadas (12 realizadas).

**14/11/25 – Atención oficina sede casa + hospitalización + preparación de visita**

- Atención sede casa (120 usuarios).
- Atención hospitalización/urgencias: acompañamiento y orientación (20 usuarios).
- Organización documental logística para visita de referenciación.

**18/11/25 – Atención oficina + demanda inducida**

- Atención en oficina (150 usuarios).
- Radicación de órdenes (10).
- PQRS (10).
- Historias clínicas (20).
- Demandas inducidas (10).
- Llamadas (10).

**19/11/25 – Atención oficina y sala**

- Oficina: 150 usuarios, PQRS (10), historias clínicas (20), órdenes (10).
- Sala: 120 usuarios, impresión de resultados (20).

**20/11/25 – Atención en oficina todo el día**

- Atención continua: 180 usuarios.
- PQRS (10).

- Historias clínicas (20).
- Ordenes (15).
- Orientación general al usuario.

**21/11/25 – Atención en sala + encuestas SIAU**

- Sala: 150 usuarios.
- Impresión de resultados (20).
- Derechos y deberes (20).
- Encuestas SIAU (7).

**24/11/25 – Atención oficina y urgencias**

- Oficina: 150 usuarios.
- PQRS (10).
- Historias clínicas (20).
- Ordenes (15).
- Urgencias: PAPS (3), orientación familiar (15).

**25/11/25 – Atención oficina SIAU**

- Oficina: 160 usuarios.
- PQRS (10).
- Historias clínicas (20).
- Ordenes (15).
- Encuestas SIAU (7).

**26/11/25 – Atención sala + encuestas SIAU**

- Sala: 140 usuarios.
- Impresión de resultados (20).
- Derechos y deberes (20).
- Encuestas SIAU (7).

**27/11/25 – Atención oficina y urgencias**

- Oficina: 150 usuarios.
- PQRS (10).
- Historias clínicas (20).
- Urgencias: PAPS (4), orientación familiar (18).

**28/11/25 – Atención sala + capacitación primeros auxilios psicológicos**

- Sala: 150 usuarios.
- Impresión de resultados (20).
- Capacitación primeros auxilios psicológicos 8:30–12:00 m.





Imagen 1: Capacitación primeros auxilios psicológicos.

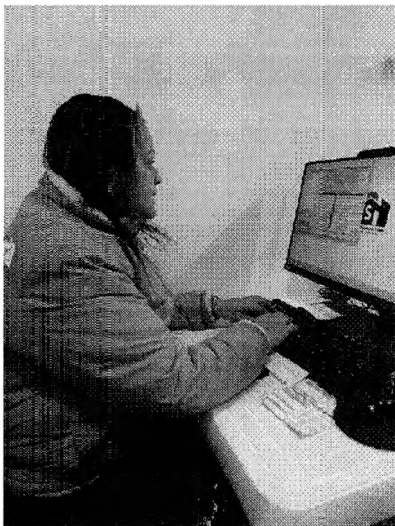


Imagen 2: Realización de demanda inducida, llamadas.



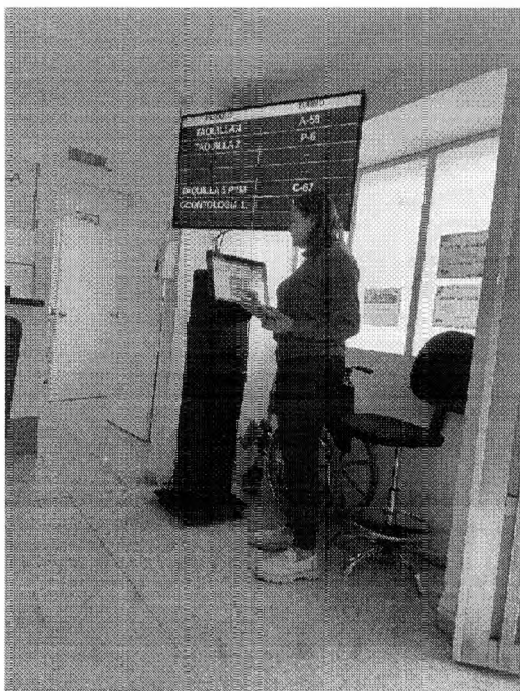


Imagen 3: Atención al usuario en sala.

|                          |                       |                    |                      |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|
|                          |                       |                    |                      |
| DESCRIPCIÓN DE LOS PAGOS |                       |                    |                      |
| Saldo Contrato           | Valor cuenta de Cobro | Acumulado de Pagos | % de Ejecución Pagos |
| 5.000.000                | 2.500.000             | 0                  | 0                    |
| OBSERVACIONES:           |                       |                    |                      |

Fecha:  
30/11/2025



Firma:  
Cedula: 43364905



## SuAporte |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-02, 11:32:52 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 81906116

Periodo Cotización:

noviembre de 2025

Periodo Servicio:

noviembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8909881185

**PAGADO 25/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO**

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                              |                    |                            |
|---------------------|------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Razón Social        | MARGARITA MARIA OSORNO PEREZ | Dirección          | AV. CARRERA 51B #46 B - 38 |
| Documento           | CC43364905                   | Teléfono           | 6840599                    |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                | Forma Presentación | ÚNICO                      |
| Tipo Persona        | NATURAL                      | Departamento       | ANTIOQUIA                  |
| Ciudad              | BELLO                        | Identificación     |                            |
| Representante Legal |                              | ARP                | NINGUNA ARP                |
| Total Afiliados     | 1                            |                    |                            |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                              |             |                 | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |         |                     | Riesgos      |                |                   | Cajas        |              |        | Parafiscales |                |                | Total               |             |             |             |      |             |       |            |
|--------------------|------------------------------|-------------|-----------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|---------|---------------------|--------------|----------------|-------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres          | Tipo Obrero | Sustento Obrero | ING       | RET | RET P | TAE | TDP | TAF | VPA | CCR | MSI | RSE | LMA | VAC | VCT | Deh AFP   | Dias AFP | Dias EPS | Dias AFP | Max CCF | Administradora      | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora    | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja            | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte ESAP | Total |            |
| CC 43364905        | MARGARITA MARIA OSORNO PEREZ | 03          | 00              |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0         | 30       | 0        | 0        | 0       | (230201) PROTECCION | \$ 1.623.500 | \$ 256.800     | (EPS010) EPS SURA | \$ 1.623.500 | \$ 203.000   | 0,000  | \$ 0         | \$ 0           | \$ 0           | (NIN-CC;NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0        | \$ 0  | \$ 462.800 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes SENA | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.623.500 | \$ 1.623.500 | \$ 0        | \$ 0      | \$ 259.800      | \$ 203.000    | \$ 0            | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 462.800                     | \$ 0                    | \$ 462.800  |



|                                                                                                                                                                          |                                                      |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------|
| <br><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL</b><br><small>— SAN PEDRO DE LOS MILAGROS —</small> | <b>ACTA DE AVANCE Y<br/>SUPERVISIÓN DE CONTRATOS</b> | <b>Código: F-CN-004</b> |
|                                                                                                                                                                          |                                                      | <b>Versión: 03</b>      |
|                                                                                                                                                                          |                                                      | <b>Página 1 de 1</b>    |

ACTA DE AVANCE Y SUPERVISIÓN No. 1 del CONTRATO No. PS-175-2025, suscrito entre el/la CONTRATISTA MARGARITA MARIA OSORNO PEREZ, identificado con cédula número 43.364.905 y La ESE HOSPITAL SANTA ISABEL del MUNICIPIO de SAN PEDRO DE LOS MILAGROS- ANTIOQUIA con NIT 800014405-2

Con el fin de realizar Acta de Avance y de Supervisión del contrato cuyo objeto es: Prestación de servicios profesionales como psicóloga de apoyo al sistema de información y atención al usuario (SIAU) del Hospital Santa Isabel con el objetivo de fortalecer la humanización de la atención, la orientación a los usuarios, la promoción de sus derechos y deberes, la implementación de estrategias de inducción a la demanda, y la medición de la satisfacción del servicio, en el marco de las directrices del SIAU y la normatividad vigente en salud Se reunieron, MARGARITA MARIA OSORNO PEREZ, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 43364905, por parte del Contratista, y por parte del Contratante, YIGENI CARDENAS MAZO SUBDIRECTORA CIENTIFICA en calidad de Supervisora del contrato delegado por la Gerencia de la ESE Hospital.

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO (MES/DIA/AÑO): 1/11/2025.

FECHA FINAL DEL CONTRATO (MES/DIA/AÑO): 31/12/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 5000000

VALOR DE ADICIÓN: \$

VALOR FINAL DEL CONTRATO: 5000000

PERIODO EJECUTADO (DIA/MES/AÑO): 01/11/2025 a 30/11/2025

NUMERO DE FACTURA: 1

El suscrito Supervisora certifica que el/la contratista, MARGARITA MARIA OSORNO PEREZ, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 43364905, cumplió con las actividades programadas en las obligaciones y el objeto del contrato, el cual se ejecutó para la E.S.E. Hospital Santa Isabel en el período intervenido, y se pudo constatar la realización de las actividades plasmadas en el informe de actividades No. 1 presentado por el Contratista y registrado en plataforma SECOPII los respectivos soportes de actividades, cuenta de cobro, seguridad social.

Se realizó la respectiva revisión y evaluación a la Contratista para el mejoramiento continuo de los procesos dentro de la dependencia y se observó en general un adecuado diligenciamiento del informe, atendiendo las recomendaciones realizadas en la supervisión del contrato.

ACTA DE AVANCE: De acuerdo con la certificación adjunta de la supervisión designada, se verifica que el contrato se encuentra en un avance de ejecución de la siguiente forma:

|    |                            |           |
|----|----------------------------|-----------|
| OC | Valor inicial del Contrato | \$5000000 |
|----|----------------------------|-----------|

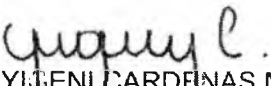
|                          |                                        |                          |
|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| <b>Elaboró: Gerente</b>  | <b>Revisó: Coordinadora de Calidad</b> | <b>Aprobó: Gerente</b>   |
| <b>Fecha: 04/08/2024</b> | <b>Fecha: 04/08/2024</b>               | <b>Fecha: 04/08/2024</b> |

|                                                                                                                                                                                   |                                                      |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------|
| <br><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL</b><br><small>MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS</small> | <b>ACTA DE AVANCE Y<br/>SUPERVISIÓN DE CONTRATOS</b> | <b>Código: F-CN-004</b> |
|                                                                                                                                                                                   |                                                      | <b>Versión: 03</b>      |
|                                                                                                                                                                                   |                                                      | <b>Página 1 de 1</b>    |

|    |                                                              |                |
|----|--------------------------------------------------------------|----------------|
| PP | Valor facturado por la contratista en este informe           | \$ 2.500.000   |
| QQ | Valor adición                                                | \$             |
| RR | Valor final del contrato                                     | \$5000000      |
| SS | Valor glosa                                                  | \$0            |
| TT | Valor a facturar después de supervisión                      | \$2500000      |
| UU | Valor y porcentaje de ejecución luego de la presente cuenta. | 2500000<br>50% |
| VV | Valor y porcentaje del contrato por ejecutar                 | 2500000<br>50% |

En conclusión, de acuerdo con el cumplimiento del contrato la suma a cancelar, antes de retenciones, en la presente acta de avance es de \$2500000

Para constancia se suscribe en el Municipio de San Pedro de los Milagros, a los 12/2/2025 (MES/DIA/AÑO)

  
**YIGENI CARDENAS MAZO**  
 Supervisora

|                          |                                        |                          |
|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| <b>Elaboró: Gerente</b>  | <b>Revisó: Coordinadora de Calidad</b> | <b>Aprobó: Gerente</b>   |
| <b>Fecha: 04/08/2024</b> | <b>Fecha: 04/08/2024</b>               | <b>Fecha: 04/08/2024</b> |

|                                                                                                                                                                          |                                                |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| <br><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL</b><br><small>— PARA EL DUEÑO DEL SISTEMA —</small> | <b>CERTIFICADO RECIBIDO A<br/>SATISFACCIÓN</b> | Código: F-CN-012 |
|                                                                                                                                                                          |                                                | Versión: 01      |
|                                                                                                                                                                          |                                                | Página 1 de 1    |

LA SUSCRITA SUPERVISORA

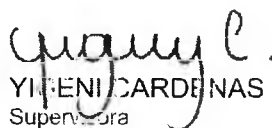
CERTIFICA QUE:

POR EL CONTRATISTA el representante legal, MARGARITA MARIA OSORNO PEREZ mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 43364905, ha dado cumplimiento a satisfacción con relación a las actividades de Contrato de Prestación de Servicios No. PS-175-2025, cuyo objeto es: *Prestación de servicios profesionales como psicóloga de apoyo al sistema de información y atención al usuario (SIAU) del Hospital Santa Isabel con el objetivo de fortalecer la humanización de la atención, la orientación a los usuarios, la promoción de sus derechos y deberes, la implementación de estrategias de inducción a la demanda, y la medición de la satisfacción del servicio, en el marco de las directrices del SIAU y la normatividad vigente en salud* Como sustento de ejecución de las acciones realizadas, presentó los soportes de pago de seguridad social, al tiempo que fue verificado y auditado el cumplimiento de las acciones de apoyo a la gestión objeto del contrato, por la Supervisora designada. Se anexa la respectiva acta de avance y supervisión.

El informe de actividades No.1, la cuenta de cobro y el presente certificado se envía a la Subdirección Administrativa y contabilidad, para el respectivo trámite de su cancelación.

Dado en el Municipio de San Pedro de los Milagros, a los 12/2/2025 (MES/DIA/AÑO).

Cordialmente,

  
**YIRENI CARDENAS MAZO**  
 Supervisora

|                   |                                 |                   |
|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| Elaboró: Gerente  | Revisó: Coordinadora de Calidad | Aprobó: Gerente   |
| Fecha: 04/08/2024 | Fecha: 04/08/2024               | Fecha: 04/08/2024 |