| | FORMATO DE ACTA PARCIAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL<br>PROCESO: GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICO<br>SUBPROCESO: ALMACEN, ADQUISICIONES Y COMPRAS | Código: GRF-F-2 |
|---|---|---|
| | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E | Versión V1-2021 |

**ACTA PARCIAL**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO DE ACTA PARCIAL | 002 | | | FECHA DE ACTA PARCIAL | 28/02/2026 | | |
| VIGENCIA | 2026 | CONTRATO | 072 | FECHA INICIO DEL CONTRATO | 5/01/2026 | FECHA FINAL DEL CONTRATO | 30/06/2026 |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD | 39 | FECHA DEL CERTIFICADO DE | 1/01/2026 | REGISTRO PRESUPUESTAL | 91 | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL | 5/01/2026 |
| OBJETO CONTRACTUAL | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | NOMBRE CONTRATISTA / TERCERO | LINA PAOLA MORANTES VÁSQUEZ | | | | C.C. | 46.456.004 |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO | NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL | ARMANDO TIBADUIZA VARGAS | | | | C.C. | 9.528.546 |
| VALOR DEL CONTRATO | $ 30.000.000 | ADICIONAL 1 | | ADICIONAL 2 | | ADICIONAL 3 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 30.000.000 | RP ADICIONAL 1 | | RP ADICIONAL 2 | | RP ADICIONAL 3 | |
| DURACIÓN CONTRATO (MESES) | 6 MESES | PRORROGA 1 (MESES) | | PRORROGA 2 (MESES) | | PRORROGA 3 (MESES) | |
| FECHA FINAL DEL CONTRATO | 30/06/2026 | FECHA PRORROGA 1 | | FECHA PRORROGA 2 | | FECHA PRORROGA 3 | |

En las oficinas de subgerencia se reunieron: ARMANDO TIBADUIZA VARGAS como supervisor del contrato y el/la señor(a) LINA PAOLA MORANTES VÁSQUEZ como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.
Una vez revisado los soportes de las actividsades contratadas se constató que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales

**BALANCE DE PAGO**

| CONCEPTO | | | | | DEBE | HABER | CONTROL DE ACTAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO | $ 30.000.000 | VALOR ADICIONES | $ - | VALOR TOTAL | $ 30.000.000 | | |
| ACTA 1 | | | | | | $ 5.000.000 | |
| ACTA 2 | | | | | | $ 5.000.000 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| SALDO POR EJECUTAR | | | | | | $ 20.000.000 | $ 10.000.000 |
| SUMAS IGUALES | | | | | $ 30.000.000,00 | $ 30.000.000 | $ 10.000.000 |

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Supervisor y el contratista realizan sobre lo ejecutado según los informes presentados.

**CONTROL DE FACTURAS**

| FACTURAS | CUENTA DE COBRO 1 | CUENTA DE COBRO 2 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COMPROBANTES ENTRADA DINAMICA GERENCIAL | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

FIRMA:

NOMBRE ARMANDO TIBADUIZA VARGAS

SUPERVISOR HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E

FIRMA: Lina Paola Morantes V.

NOMBRE LINA PAOLA MORANTES VÁSQUEZ

CONTRATISTA

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE
ANEXO: INFORME / COMPROBANTE COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOS
ORIGINAL: ARCHIVO CARPETA DE CONTRATACION COPIA: ORDEN DE PAGO, TESORERÍA, CONTRATISTA, SUPERVISOR

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 46456004 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | DUITAMA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 11A N 32 20 CASA 38 | TELÉFONO: | 7637919 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de hospitales y clínicas, con interna |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 6010439612 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 2 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/03/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 116332597 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 547.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 547.200 | $ 800 | $ 548.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 547.200** | **$ 800** | **$ 548.000** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 427.500 | $ 0 | $ 600 | $ 0 | $ 427.500 | $ 600 | $ 0 | $ 428.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 427.500** | **$ 600** | **$ 0** | **$ 428.100** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 83.400 | $ 83.400 | $ 200 | $ 0 | $ 83.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 83.400** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 83.600** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACION | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 46456004 | MORANTES VASQUEZ LINA PAOLA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 3.420.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 3.420.000 | $ 547.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 547.200 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 3.420.000 | $ 427.500 | $ 0 | $ 427.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 3.420.000 | 46456004 | $ 83.400 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 1.059.700**

Planilla Pagada

| | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E. | CÓDIGO: |
|---|---|---|
| | INFORME DE EJECUCION DEL CONTRATO | CI-C-F-011 |
| | PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL Y SOPORTE JURÍDICO | VERSIÓN: |
| | SUBPROCESO: CONTRATACIÓN | V02-2026 |

| | | | | DD | MM | AAAA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE CONTRATISTA | Lina Paola Morantes Vasquez | PERÍODO | DESDE: | 1 | 2 | 2026 |
| Nro. DOCUMENTO | 46456004 | DEL | HASTA: | 28 | 2 | 2026 |

| Nro. CONTRATO | | | OBJETO CONTRACTUAL |
|---|---|---|---|
| CPS- 2026-072 | | | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E |
| FECHA DE INICIO | | | |
| DD | MM | AAAA | |
| 1 | 1 | 2026 | |
| FECHA TERMINACIÓN | | | |
| DD | MM | AAAA | |
| 30 | 6 | 2026 | |

| REPORTE DEL CONTRATISTA | | | VALIDACIÓN DEL SUPERVISOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | ACTIVIDADES PACTADAS | ACTIVIDADES EJECUTADAS (EVIDENCIAS) | CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES | | | OBSERVACIONES |
| | | | T | P | N | |
| 1 | Cumplir con el objeto contractual en las condiciones propuestas, así como realizar las actividades profesionales, bajo los parámetros y directrices de la profesión y las normas que la regulan | Di cumplimiento al objeto contractua realizando, respuestas a las glosas y conciliaciones de acuerdo a normatividad | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 2 | realizar las acciones requeridas para el tramite de conciliacion al 100% de las gloosas radicadas por la EAPB en condiciones de calidad, completitud y calidad | se realizo conciliaciones y se solicito cias de conciliaciones a las diferentes EAPB de acuerdo al mecanismo de solicitud de cada una | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 3 | preparar respuesta, coportes y conceptos clinicos y tecnicos para subsanar motivos de glosa | se apoyo a la respuesta incial que fue expedida por los auditores del area de auitoria para dar repuesta a tiempo a las diferentes EAPB | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 4 | solicitar a las EAPB cita de programacion de jornadas de conciliacion y mesas detrabajo de glosas | citas dependientes del area de cartera con cruces de estos y solitud posterior a dichos cruces | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 5 | asistir y dar cumplimiento a las jornadas de conciliacion y mesas de trabajo programadas | se dio cumplimiento a todas las reuniones de conciliacion programadas con las diferentes EAPB | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 6 | realizar conciliaciones en representacion de la ESE Hospital Regional de Moniquira ante las EAPB | asistencia de citas de conciliacion con actas de conciliacion firmadas | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 7 | diligenciar actas de conciliacion firmadas por las partes | actas de conciliacion firmadas y enviadas a correos | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 8 | presentar al supervisor de manera mensual informe de analisis de glosas bajo la tipificacion de la normatividad vigente y por criterios de segmentacin de interes para el hospital | se envia informe de glosas conciliadas al area encargada pendiente el trimestre con actas por cerrar | | x | | Cumplí a cabalidad |
| 9 | formular recomendaciones y sugerencias de accion correctiva y planes de mejora para evitar recurencia por estos motivos | envio de informe parcial con motivos de glosa y notificacion a lider de concurrencia sobre motivos de calidad en atencion | | x | | Cumplí a cabalidad |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | garantizar los siguientes indicadores de resultados oportunidad garantizar el tiempo de oportunidad establecido normativamente para dar respuesta a la glosa de la vigencia actual radicada por las EAPB a partir del incio de las labores, conciliacionesm garantizar la conciliacion de la glosa reoresada de acuerdo al decreto 441 del 2022 asistiendo a cada una de las reuniones programadas para tal fin. la respuesta a glosa de la vigenic actual se adelantara en los terminos defindos normativamente y las conciliaciones de acuerdo con la programacion establecida por la lider dle area y/o conciliacion programada por el contratista, las glosas a conciliar de la vigencia anterior seran notificadas por el supervisor al inicio del contrato | actas de conciliacion firmadas de acuerdo al cronograma de conciliaciones | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 11 | Trabajar de manera articulada con el personal asistencial y administrativo, para asegurar que las solicitudes de autorización sean presentadas de manera adecuada y en tiempo oportuno. | Se reratizan reportes de errores administrativos encontrados en las hsitoriclinica a el area asistencial | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 12 | presentar de manera semanal informe consolidado de los resultados de conciliaciones mesas de trabajo con el detalle de valres aceptados por IPS y valors recuperados para pago en conciliacion para su respectiva gestion de cobro por area financiera | envio de actas de conciliacion semanales de acuerdo a cierre de estas y de citas de concilliacion | | x | | Cumplí a cabalidad |
| 13 | prestar y dar concepto ante las dudas que de su profesion se presenten por el representante legal de la entidad | no se ha presentado por el momento | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 14 | prestar un servicio trabajando en equipo y organizandolo para poder prestar a la ESE la atencion de forma oportuna cumpliendo con el total de actividades que se requieran en su area de conocimiento | apoyo en las respuesta a glosas, conceptos tecnicos de glosas y devoluciones | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 15 | desarrollar el objeto del contrato de acuerdo con los parametros y caracteristicas del sistema de garantia de calidad impplementado al interior de la ESE | se ha desarrollado de acuerdo a sistema de calidad y normatividad vigente | x | | | Cumplí a cabalidad |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | acatar las observaciones y recomendaciones del supervisor dirigidas al adecuado cumplimiento del objeto contractual | no se ha presentado sugerencias por el momento | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 17 | asistir los procesos y procedimientos y conceptuar profesionalmente del desarrollo del objeto contractual | se da apoyo al proceso de ciclo interno, preauditoria, facturacion, asistencial y glosas y devoluciones | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 18 | presentar mensualmente los ultimos 5 dias de cada mes al supervisor anexo a la cuenta de cobro los informes de todos los aspectos relacionados con la ejecucion del contrato en los terminos aquí acordados | se ha enviado informe trimestral de glosas y conciliaciones pendiente enviar mensual | | x | | Cumplí a cabalidad |
| 19 | ejecutar con plena autonomia tecnica el objeto contractual siempre y cuando no vaya en contravia de los intereses institucionales y se encuentre concertado para la correcta articulacion e interdependencia de los servicios que presta la ESE | se ha dado cumplimiento al objeto contractual sin afectar los intereses propios de la ESE | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 20 | garantizar el despliegue de las actividades necesarias a su costo que permitan dar cumplimiento al contrato | se ha dado cumplimiento al contrato en cuanto a las actividades propuestas | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 21 | estar afiliado y pagar los aportes a los sistemas de seguridad social, pensiones y riesgos profesionales y presentar informes sobre el particular | se anexan planillas de pago del mes vigente | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 22 | por ningun motivo podra sustraer, transmitir o copiar informacion formatos y/o software exclusivo de la ESE por intermedio suyo o de segundas personas | los documentos requeridos para soportes de conciliaciones autorizados por lider de area y por equipo de ciclo economico en caso que se requieran | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 23 | dar aviso oportuno de aquellos aspectos que pueden generar obstaculos para el desarrollo de la prestacion del servicio | no se ha presentado invonvenientes para la realizacion de las actividades propias del proceso | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 24 | cumplir estrictamente con los requerimientos, sugerencias, planes de mejoramiento que se notifiquen tanto por la ESE como por los medios de control y/o cualquier institucion que asi lo requiera | no se ha presentado requerimientos hasta la fecha de ejecucion del contrato | x | | | Cumplí a cabalidad |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | el contratista se compromete a realizar las actividades adminstrativas, financieras asesoras y tecnicas por su cuenta y bajo su responsabilidad bajo los lineamientos establecidos por la administracion de la ESE | se ha realizado las actividades administrativas de acuerdo a tos requerimientos tanto de lider de area como de las EAPB | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 26 | certificar a la ESE de manera detallada desde el inicio del servicio y durante el tiempo que dure vigente el contrato el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones con las entidades de control y vigilancia | actas de conciliacion con las entidades gubernamentales en caso de conciliacion de glosas en la prestacion del servicio, el restante no se ha presentado con ningun ente de control | x | | | Cumplí a cabalidad |
| 27 | las demas que sean necesarias para el correcto funcionamiento del servicio y las estipuladas en la propuesta presentada la cual hace parte integral del presente contrato | se ha dado cumplimiento a las actividades solcitadas por lider de area y lider de ciclo economico | x | | | Cumplí a cabalidad |

| VALOR AUTORIZADO A PAGAR EN EL PERIODO | Nro. PLANILLA | MES | IBC | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| $ 5.000.000,00 | 6010439612 | FEBRERO | $ 3.400.000,00 | 1,059,700 |

*El suscrito supervisor hace constar que ha revisado y en consecuencia apruebo el presente informe y el pago respectivo*

***FIRMA DEL CONTRATISTA***

***FIRMA DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR***