INFORME N. 8 DE ACTIVIDADES

Valle de San Juan-Tolima

Doctor(a):
YENNIFFER CERQUERA LUGO
Profesional Universitario
Supervisor Contrato 153 de 2026
Hospital Vito Fasael Gutiérrez Pedraza

ASUNTO: Informe de ejecución contractual – Periodo del 07 De octubre al 31 de octubre de 2026

Respetada doctora:

YO Valentina Monroy meneses, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.005.777.660 de Ibagué, en mi calidad de contratista del Hospital Vito Fasael Gutiérrez Pedraza de Valle de San Juan - Tolima, a continuación, presento el informe de ejecución en desarrollo del contrato No.153 de 2026 en el Periodo del 07 De octubre al 31 de octubre de 2026

de la siguiente manera:

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO No:	**153-2026**
FECHA DEL CONTRATO:	07/10/2026
CONTRATANTE:	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA
INFORMACION DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA:	**VALENTINA MONROY MENESES**
C.C. O NIT:	1.005.777.660 de Ibagué
INFORMACION DEL CONTRATO	
OBJETO:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD COMO AUXILIAR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, ASIGNACION DE CITAS MEDICAS Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) EN EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E. DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA
VALOR TOTAL:	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS
PLAZO TOTAL:	79 DIAS
INICIO:	07/10/2026
TERMINACION	31/12/2026
SUPERVISOR:	**YENNIFFER CERQUERA LUGO** Profesional Universitario

2. DESARROLLO CONTRACTUAL:

De acuerdo a lo pactado dentro del contrato, en todo su clausulado, me permito presentar y sustentar las actividades específicas realizadas durante el periodo del presente informe, esto es del Periodo del 07 De octubre al 31 de octubre de 2026

atendiendo a cada una de las obligaciones estipuladas tal como se enuncian a continuación:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

Para el cumplimiento del objeto del presente contrato el contratista, bajo su absoluta autonomía, independencia y responsabilidad deberá desarrollar las siguientes actividades:"

OBLIGACION No. 001: Prestar los servicios de apoyo a la gestión en las actividades propias del proceso de Atención al Usuario del Hospital.

En cumplimiento de esta obligación del periodo presentado se realizó las funciones de Atención al Usuario del Hospital.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA o SOPORTE DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

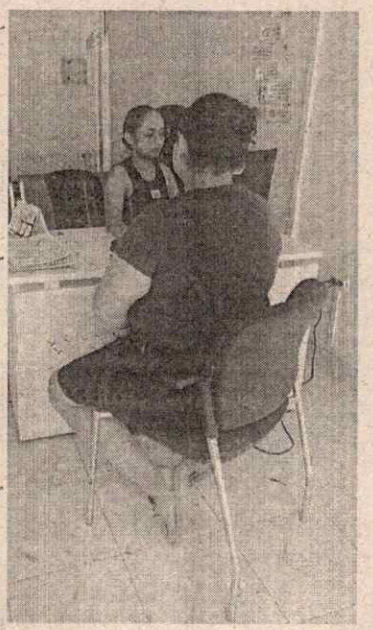


Foto 1: Evidencia de gestión de Atención al Usuario del Hospital.

OBLIGACION No. 002: Atender la gestión de citas de manera presencial, a través del chat Bot o telefónica al usuario según el caso, suministrando la información necesaria y los documentos que sean solicitados de conformidad con los tramites, autorizaciones y procedimientos establecidos, en la institución

En cumplimiento de esta obligación del periodo presentado se brindó información necesaria establecidos en la institución.

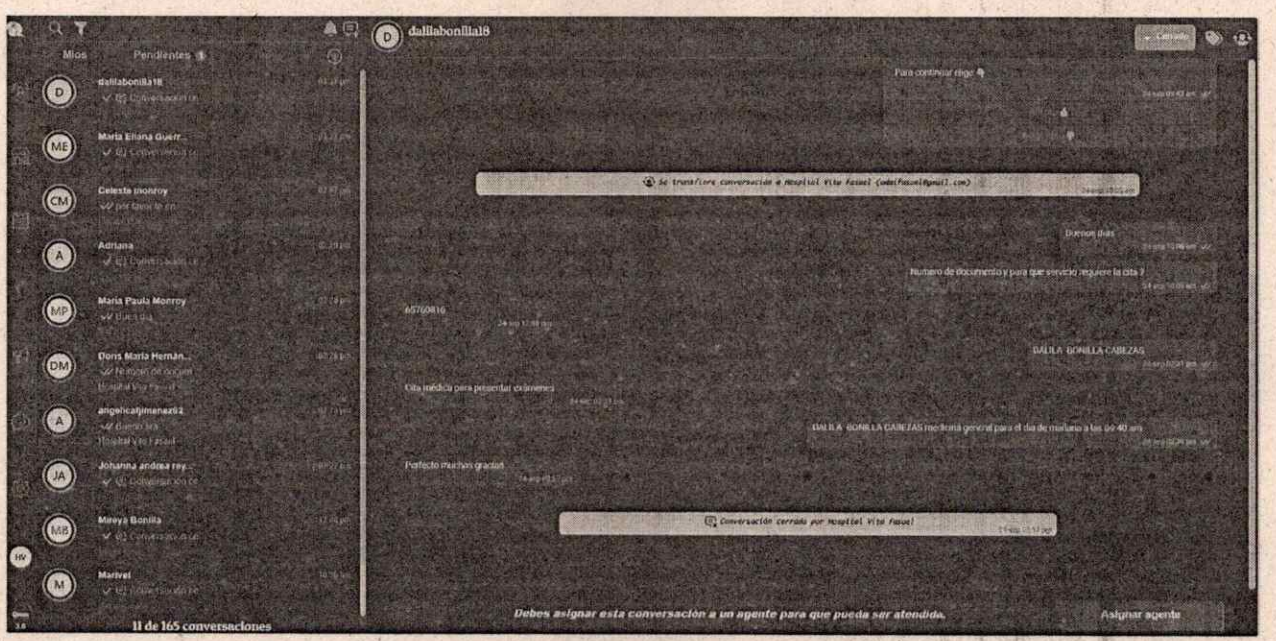


Foto 2: Evidencia de gestión de citas de manera presencial, a través del chat Bot o telefónica al usuario

OBLIGACION No. 003: realizar seguimiento a las quejas realizadas por los usuarios para dar respuesta oportuna de las mismas

En cumplimiento de esta obligación del periodo presentado no se recibieron quejas realizadas por los usuarios.



Foto 3: Evidencia de seguimiento fotografía de buzón de quejas y sugerencias realizadas por los usuarios.

OBLIGACION No. 004: Apoyar en la realización de las encuestas asignadas mensualmente por cada dependencia

En el cumplimiento de esta actividad se realizó el registro de las encuestas asignadas del 07 al 31 del mes de octubre por cada dependencia.

FECHA: OCTUBRE 2026 **ATENCION:** Ambulatoria: ____ Urgencias: ____ **ENTIDAD:** HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA E.S.E.

SERVICIO: Urgencias: _____ Consulta externa: _____ Odontologia: _____ Laboratorio: _____ Enfermeria: _____ **CONSOLIDADO GENERAL**

Hospitalizacion: _____ Servicio Farmaceutico: _____ Ambulancia: _____ Otro: _____

REGIMEN: Subsidiado: _____ Contributivo: _____ Especial: _____ Particular: _____ PPNA: _____ TOTAL ENCUESTAS: **189**

CON EL FIN DE GARANTIZARLE UNA MEJOR ATENCION A USTED Y SU FAMILIA Y PODER EVALUAR LA CALIDAD DEL SERVICIO QUE US TED RECIBE, AGRADECEMOS SU COLABORACION RESPONDIENDO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

MARQUE CON UNA X LA CASILLA QUE USTED CONSIDERE

VARIABLE / CALIFICACION	MUY BUENA	%	BUENA	%	REGULAR	%	MALA	%	NO RESPONDEN	%
1. ¿Como calificaria su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en este HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIÉRREZ PEDRAZA	189	100%	0	0%	0	0%	0	%	0	0%
VARIABLE / CALIFICACION	DEFINITIVAMENTE SI	%	PROBABLEMENTE SI	%	DEFINITIVAMENTE NO	%	PROBABLEMENTE NO	%	NO RESPONDEN	%
2. ¿Recomendaria el hospital a sus familiares o amigos'	189	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
VARIABLE / CALIFICACION					SI	%	NO	%	NO RESPONDEN	%
3. ¿Le han dado informacion sobre sus deberes y derechos para la atencion?					189	100%	0	0%	0	0%
4. ¿La totalidad de los medicamentos formulados le fueron suministrados?					116	89%	73	39%	0	0%
VARIABLE / CALIFICACION			BUENO	%	REGULAR	%	MALO	%	NO RESPOND.	%
5. Tiempo transcurrido entre la fecha de la solicitud de la cita y la fecha de la atencion			189	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
6. Tiempo de espera para ser atendido			189	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
7. Informacion recibida es adecuada			189	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
8. Trato recibido			189	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
9. Comodidad y limpieza de las instalaciones			189	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
10. Se sintio seguro y confiado durante el proceso de atencion en el Hospital			189	100%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

TIENE USTED ALGUNA SUGERENCIA? SI [ ] NO [ ]

Observaciones y sugerencias:

Foto 4: Evidencia tabulación del mes de octubre de encuestas realizadas mensualmente.

OBLIGACION No. 005: apoyar entregando mensualmente los indicadores de calidad del SIAU a la profesional del área de calidad

Los indicadores de calidad se realizan envió los primeros días a la profesional del área de calidad, por consiguiente, para este periodo no corresponde realizarla.

OBLIGACION No. 006: Atender conforme a las directrices del sistema de Servicio al Usuario, las tareas que le sean encomendadas, brindando un servicio confiable, amable, digno y eficiente al usuario.

En cumplimiento de esta obligación del periodo presentado se brindó un servicio confiable, amable, digno y eficiente al usuario.

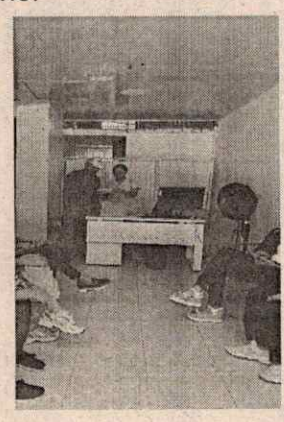


Foto 6: Evidencia de gestión sistema de Servicio al Usuario

OBLIGACION No. 007: Realizar las campañas de demanda inducida semanalmente presentando su respectiva acta mensual de las campañas realizadas.
En cumplimiento de esta obligación durante el periodo del 7 al 31 de octubre se realizó campañas de demanda inducida semanalmente por medio de chat Bot con información importante y de educación a todos los usuarios de que cuentan con medio de comunicación de WhatsApp.

OBLIGACION No. 008: Ejecutar el Cronograma de capacitación con los integrantes de la asociación de usuarios
En cumplimiento de esta obligación se realiza cronograma de capacitación con la asociación de usuarios mensualmente abordando temas de interés social y del Hospital Vito Fasael Gutiérrez Pedraza.

OBLIGACION No. 009: Apoyar convocando y realizando las actas de las reuniones de los Comités Alianza de usuarios.
En el cumplimiento de esta actividad se realiza actas del mes de octubre de la reunión de socialización con los temas de importancia.



OBLIGACION No. 010: apoyar en caso de que sea requerido para apoyo en facturación.
En el cumplimiento de esta actividad durante el periodo del 7 al 31 de octubre. no se realizó apoyo de facturación

Periodo	No. De planilla	Fecha de cancelación	Valor	Observaciones.
OCTUBRE	9513365503	**26/10/2026**	$541,800	Se anexa la planilla cancelada

Cordialmente:

VALENTINA MONROY MENESES
C.C 1.005.777.660 de Ibagué

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005777660		MONROY MENESES VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 5 10 11 PUEBLO NUEVO	IBAGUE-TOLIMA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	1000000622	9513365503	I	2026/11/17	2026/10/26	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 1005777660	MONROY VALENTINA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

2026/10/26 03:25 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1005777860		MONROY MENESES VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 5 10 11 PUEBLO NUEVO	IBAGUE-TOLIMA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-10	2026-10	1000000622	9513365503	I	2026/11/17	2026/10/26	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

VALENTINA MONROY MENESES identificado con CC. 1005777660 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E
Tipo y Numero de Documento	NI - 809000383

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/10/08	**Fecha inicio contrato**	2026/10/07
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC23102026N1005777660A24116831.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033570668

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.