**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 11/01/2024

**REGISTROS PRESUPUESTALES No. 424**

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

**CERTIFICA**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.2**

**TERCERO:** 1083024398 - MORENO CERVANTES RITA EDITH

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE SEGUN OPS 0405

**VALOR:** $ 3,100,000.00

TRES MILLONES CIEN MIL (PESOS)

| Código Rubro | Descripción | Lugar | Valor |
|---|---|---|---|
| 2.4.5.02.09.901.20 | servicios personales (personal asistencial) | ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE | 3,100,000 |

| Contrato | No. Contrato | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS | 0405 | | |

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

**USUARIO IMPRIME:** ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
**IMPRESO POR:** Sistemas CitiSalud SAS
**ELABORADO POR:** ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR** | CÓDIGO: GJC24F<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página **1** de **1** |

PARA: PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

| CONTRATO | CONTRATISTA | OBJETO | PLAZO |
|---|---|---|---|
| CD20240405 | RITA EDITH MORENO CERVANTES | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | Previa legalización, sin exceder el 31 de enero de 2024 |

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE

COPIA CONTROLADA

# ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20240405 DE 2024.

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD:** | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE |
| **CONTRATISTA:** | MORENO CERVANTES RITA EDITH |
| **VALOR:** | 3100000 |
| **OBJETO DEL CONVENIO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA SUPERVISORA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **CRP N°** | **424** DEL 11 DE ENERO DE 2024 |
| **TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** | EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE ENERO DE 2024 |

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA,** Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermería, quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20240405, y por la otra, **MORENO CERVANTES RITA EDITH**, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H, el 11 DE ENERO DE 2024.

Supervisor.

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
C.C N° 36541888

Contratista.

**MORENO CERVANTES RITA EDITH**
C.C N° 1083024398

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB Julio Méndez BARRENECHE | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | Código: GJC23F | Versión: 2 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y RITA EDITH MORENO CERVANTES CON C.C Nº 1.083.024.398**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA SUPERVISORA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20240405 | | | DE FECHA | | 11/01/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 3.100.000 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $ 3.100.000 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:: | 1 DE 1 | Nº CRP: | 424 | Nº CDP: | | 2 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (1) UN MES | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | | 11/01/2024 | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA ESTELLA DAZAPEÑA | | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIÓN: | N/A | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | N/A | |
| VALOR ADICIONADO | N/A | CDP DE LA ADICIÓN: | N/A | CRP DE LA ADICIÓN: | N/A | TIEMPO PRORROGADO: | N/A |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nº DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | N/A |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Durante su turno planer, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de la Empresa social del Estado de acuerdo a los planes y programas establecidos |
| 2 | Durante el turno direccionar los procesos para el desarrollo de las funciones a cargo de las diferentes dependencias y servidores, garantizando la articulación y complementariedad de los niveles de la organización dentro de una concepción participativa de la gestión y procedimientos eficaces de la evaluación, control y seguimiento de las metas y políticas de la empresa. |
| 3 | Actualizar el Plan de emergencia conforme a las condiciones de expansión de los distintos servicios. Dirigir su activación mientras se reúne comité de emergencias. |
| 4 | Mantener canal de comunicación permanente con los lideres de procesos y con la alta gerencia para reporte de novedades e inoportunidades para su gestión por supervisores e Interventores. |
| 5 | Presentar un informe diario al gerente y subgerente científico en aspectos de funcionamiento de servicios. |
| 6 | Presente informe de los indicadores de Enfermería mensual y trimestral al subgerente científico y a la profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermería. |
| 7 | Elabore y/o actualice el diagnóstico situacional de supervisión basado en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; realizar plan de mejoramiento y activar planes de emergencia en caso que sea necesario. |
| 8 | Supervise diariamente a los servicios asistenciales: Plan padrino materno Perinatal, Consulta externa, Ambulancia, Urgencias, Esterilización, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Ginecología, Quirúrgica, Infectología, Medicina Interna, Psiquiatría, PAI, Lactancia materna, Familia canguro, psiquiatría. |
| 9 | Presene informe mensual de no conformidades y/o inoportunidades para la correspondiente glosa por parte de supervisores e interventores de contrato. |
| 10 | Verificación del censo, camas institucionales, cada 12 horas. |
| 11 | Realice Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios. |
| 12 | Supervice que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución. |
| 13 | Supervice la gestión científica y administrativa para la correcta operación de los servicios. |
| 14 | Apoye en la realización y análisis de los indicadores de Institucionales. |
| 15 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios. |
| 16 | Verifique la realizacion de asepsia de los servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 17 | Verifique que se registren en los formatos de asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, bitácoras ingreso y egreso de pacientes,nacidos vivos, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc |
| 18 | Verifique el plan de mejora de acuerdo a los inconvenientes que se encuentren en los diferentes servicios. |
| 19 | Verifique la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas. |
| 20 | Supervice que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas en todos los servicios |
| 21 | Analice y evalue la cantidad y categoría del personal de enfermería que se requiere según la ocupación de los servicios, trasladas si es necesario para resolver ausentismos. |
| 22 | Vigile la conservación y uso adecuado de la capacidad instalada de los servicios. |
| 23 | gestione la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición |
| 24 | Fomente la creatividad e innovación con el fin de mejorar la calidad y calidez en la atención de enfermería. |
| 25 | Vigile la administración correcta de prescripciones médicas. |
| 26 | Estableci estrategias que garanticen la satisfacción del usuario |
| 27 | Vigile el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros. |
| 28 | Supervisar y Orientar al personal sobre manejo de elementos de protección personal y segregación adecuada de los residuos hospitalarios (PGIRHS). |
| 29 | Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente. |
| 30 | Informe al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios. |
| 31 | Participe en los comités y reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata |
| 32 | Realizar las demás funciones que se le sean asignadas por el jefe inmediato de acuerdo a la naturaleza del cargo. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 4532828711 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | NUEVA EPS | 19/01/2024 | $ 175.000 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 19/01/2024 | $ 224.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 19/01/2024 | $ 34.200 |

**VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Rita Moreno C. |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | CC. 1.083.024.398 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:31/01/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**

**RITA EDITH MORENO CERVANTES**

**CON C.C Nº 1.083.024.398**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA SUPERVISORA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20240405 | | | DE FECHA | 11/01/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 3.100.000 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | $ 3.100.000 |
| N° PAGO / N° DE INFORME:: | 1 DE 1 | Nº CRP: | 424 | N° CDP: | 2 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (1)UN MES | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | | 11/01/2024 | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 4532828711 | OPERADOR: | | SOI | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA ESTELLA DAZA PEÑA | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓN: | N/A | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | N/A | |
| VALOR ADICIONADO | N/A | CDP DE LA ADICIÓN: | N/A | CRP DE LA ADICIÓN: | N/A | TIEMPO PRORROGADO: | N/A |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° DE PÓLIZA: | XX | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | XX |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | XX |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICAQUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE ENERO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | El contrato se encuentra debidamente legalizado. | X | |
| 2 | El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades. | X | |
| 3 | Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual. | X | |
| 4 | Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° 1 (UNO) de 1 (UNO)

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: |  |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 36.541.888 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1083024398 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | RITA EDITH MORENO CERVANTES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | SANTA MARTA | TELÉFONO: | 4000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4532828711 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre | AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/01/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9997458314 |

**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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 224.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 224.000 | $ 0 | $ 224.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 224.000 | $ 0 | $ 224.000 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 175.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 175.000 | $ 0 | $ 0 | $ 175.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 175.000 | $ 0 | $ 0 | $ 175.000 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.200 | $ 34.200 | $ 0 | $ 0 | $ 34.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 34.200 | $ 0 | $ 0 | $ 34.200 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COM | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD | | | | | | ARP | | | | | IBC | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | | | ADMIN | TOTAL APORTE | | | | | | | | |
| 1 | CC 1083024398 | MORENO CERVANTES RITA EDITH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.400.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.400.000 | $ 224.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 224.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.400.000 | $ 175.000 | $ 0 | $ 175.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.400.000 | 108302439 | $ 34.200 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |

| TOTAL | $ 433.200 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | RITA EDITH MORENO CERVANTES | | | | CC: | 1083024398 |
| | | | | | RUT: | 1083024398-2 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | rithaieanne@hotmail.com | | | | TELÉFONO DE CONTACTO: 3005972729 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | TRANV 98 No 65-65 BARRIO ALTO DELICIA | | | | CIUDAD: | SANTA MARTA |
| RÉGIMEN DEL IVA: | SIMPLIFICADO [x] COMÚN [ ] | | ¿DECLARANTE DE RENTA? | | NO | ¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR? |
| ¿PERSONAS A CARGO? | 2 | ¿APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIONES? | | | NO | |
| ¿AHORRO VOLUNTARIO A CUENTAS AFC? | | NO | | ¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA? NO | | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CTA.: | | AHORROS | Nº CUENTA: | 488418819519 |

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | CD20240405 | Nº RP: | 424 | Nº CDP: | 2 | PLAZO - DURACIÓN: 1 MES |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 11/01/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/01/2024 | | VALOR DEL CONTRATO: $ 3.100.000 |
| N° CDP (ADICIÓN): | NO | OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA SUPERVISORA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | |
| Nº RP: (ADICIÓN) | NO | | | | | |
| ¿SUSPENDIDO? | NO | FECHA DE REINICIO: | | DD/MM/AAAA | NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN: | DD/MM/AAAA |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN) | NO | PERIODO OBJETO DE COBRO: | | MES DE ENERO DE 2024 | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | | | $ 3.100.000 | | |

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR | | | |
|---|---|---|---|
| MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL | | DICIEMBRE | IBC: $ 1.400.000 |
| APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD | $ 175.000 | APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: $ 224.000 | |
| NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL | 3 | $ 34.200 | APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO |
| | | | TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: $ 433.200 |

Rita MorenO C.

Firma del Contratista

**RITA EDITH MORENO CERVANTES**
**1083024398 de Santa Marta**

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA FINAL** | CÓDIGO: GJC26F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página **1** de **1** |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20240405 DE 2024**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20240405 DE 2024** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **RITA EDITH MORENO CERVANTES** |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1083024398 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA SUPERVISORA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | TRES MILLONES CIEN MIL PESOS ($3.100.000) |
| **FORMA DE PAGO** | 1 cuota por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($3.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder 31 de enero de 2024 |
| **CDP** | 2 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 424 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 11 DE ENERO DE 2024 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 31 DE ENERO DE 2024 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | Profesional Especializado Unidad Funcional Enfermería |

Entre los suscritos, **AURA ESTELLA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.36.541.888,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Profesional Especializado Unidad Enfermería, quien actúa como supervisor del contrato **CD20240405,** por otra parte **RITA EDITH MORENO CERVANTES**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1083024398 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **31** días, del mes de **ENERO** del año **2024**.

SUPERVISOR,

**AURA ESTELLA DAZA PEÑA**
**CC.36.541.888**

CONTRATISTA,

**RITA EDITH MORENO CERVANTES**
**CC. 1083024398**

COPIA CONTROLADA