ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 13/01/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 586

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.2

TERCERO: 36554400 - PEDRAZA NARANJO BEATRIZ

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 0043

VALOR: $ 1,800,000.00

UN MILLON OCHOCIENTOS MIL (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE	1,800,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	0043		

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 VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 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
CD20240043	BEATRIZ PEDRAZA NARANJO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN 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

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20240043 DE 2024.

ENTIDAD:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
CONTRATISTA:	PEDRAZA NARANJO BEATRIZ
VALOR:	1800000
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
CRP N°	**586** DEL 13 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 Enfermeria, quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20240043, y por la otra, **PEDRAZA NARANJO BEATRIZ**, 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 13 DE ENERO DE 2024.

Supervisor.

AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C N° 36541888

Contratista.

PEDRAZA NARANJO BEATRIZ
C.C N° 36554400

	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 BEATRIZ PEDRAZA NARANJO CON C.C Nº 36554400

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**CD20240043**		**DE FECHA**		**13/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1.800.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1.687.500
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1		**Nº CRP:**	586	**N° CDP:**	2
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	13/01/2024		
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:	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	Recibi y entregue el turno de acuerdo a la guia.
2	Proporcione atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales.
3	Realice la Ejecución de rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verifique signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).
4	Solicite ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica
6	Realice las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asisti a las rondas médicas y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos
9	Realice la respectiva rotulación en la hora de instalar el medicamento.
10	Apoye al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, u otro procedimiento).
11	Realice seguimiento diario y registre todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.
12	Diligencie los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.
13	Utilice el adecuadamente los elementos, recursos y demás medios institucionales.
14	Realiceel reporte de signos de alarma presentados por los pacientes
15	Informe a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente
16	Realice la asepsia general semanal y diaria cuando egreso el paciente y registre en el formato correspondiente.
17	Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
18	Clasifique , ordene las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
19	Realice una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se genero de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
20	Realice los usos correctos de administración de medicamentos.
21	Recibi y registre oportunamente los elementos de protección personal y cumpli con el correcto uso de estos. Diligencie correctamente los formatos requeridos en los servicios.
22	Realice la Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
23	Realice La recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la ordenación de las vitrinas.
24	Oriente a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
25	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
26	Aplique los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
27	Realice notas de Enfermeria a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.
28	Arregle el cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
29	Realice el seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.

HUMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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
BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
CON C.C N° 36554400

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20240043**		**DE FECHA**		**13/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1.800.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1.687.500
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	**N° CRP:**	586	**N° CDP:**	2
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	13/01/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**AURA ESTELLA DAZA PEÑA**			

30	Realice el proceso de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros especificos.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4529451516**	**OPERADOR:**	**SOI**

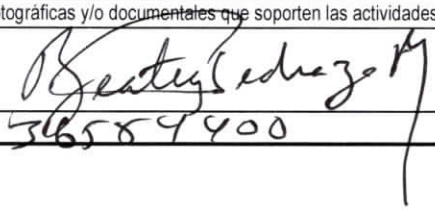
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**22/01/2024**	**145,000.00**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**22/01/2024**	**185,600.00**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**22/01/2024**	**28,300.00**

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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	36554400

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

BEATRIZ PEDRAZA NARANJO

CON C.C N° 36554400

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**CD20240043**		**DE FECHA**	**13/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1.800.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$1.687.500
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 de 1	**N° CRP:**	586	**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:		4529451516	**OPERADOR:**	SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		AURA ESTELA 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 descuenta 1 dia de trabajo sin justificacion por valor de ($112.500)

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:	Aura Stella Daza P.
N°. IDENTIFICACIÓN:	**36,541,888**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36554400
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 32 # 4 B 78	TELÉFONO:	4200000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:				**4529451516**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:				19					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/01/22	NUMERO AUTORIZACIÓN:				9997468471

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	$ 185,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,200	$ 0	$ 185,600	$ 3,200	$ 188,800
SUBTOTALES:										**$ 185,600**	**$ 3,200**	**$ 188,800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145,000	$ 0	$ 2,500	$ 0	$ 145,000	$ 2,500	$ 0	$ 147,500
SUBTOTALES:													**$ 145,000**	**$ 2,500**	**$ 0**	**$ 147,500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 28,300	$ 28,300	$ 500	$ 0	$ 28,800
SUBTOTALES:									**$ 28,300**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 28,800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 36554400	PEDRAZA NARANJO BEATRIZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,160,000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,160,000	$ 185,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185,600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP; PARAFISCALES

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	CCF DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1,160,000	$ 145,000	$ 0	$ 145,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,160,000	36554400	$ 28,300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 365.100

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA						
					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	BEATRIZ PEDRAZA NARANJO				CC:	36554400
					RUT:	36554400-1
CORREO ELECTRÓNICO:	danapao-25@hotmail.com				TELÉFONO DE CONTACTO:3016006750	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 32 # 4B-78 MANZANARES				CIUDAD:	SANTA MARTA
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO x COMÚN		¿DECLARANTE DE RENTA?		NO	¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR?
¿PERSONAS A CARGO?		¿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.:	AHORRO	Nº CUENTA:	117100078882

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20240043	Nº RP:	586	N° CDP:	2	PLAZO - DURACIÓN:1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/01/2024		VALOR DEL CONTRATO:1.800.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$1.687.500		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL		DICIEMBRE		IBC:1.160.000
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD	$ 145,000	APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN:185600		
NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL	3	$ 28,300	APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO	
			TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: 358.900	

Firma del Contratista

BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
36554400

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. 'CD20240043 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	'CD20240043 DEL AÑO 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
NO. DE IDENTIDAD	36554400
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1800000)
FORMA DE PAGO	1 cuota por valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L. ($1800000), 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
RECISTRO PRESUPUESTAL	586
FECHA DE ACTA DE INICIO	13/01/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31/01/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **AURA ESTELLA DAZA PEÑA),** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **36.541.888** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20240043** por otra BEATRIZ PEDRAZA NARANJO , identificado con la cedula de ciudadanía No. **36554400** 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
36.541.888

CONTRATISTA,

BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
36554400