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. 594

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.2

TERCERO: 1216971879 - ROJAS DE LA CRUZ JUAN CARLOS

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 0128

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	0128		

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

HJMB 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
CD20240128	JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E S E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	[illegible] se excederá 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

Julio Méndez BARRENECHE

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20240128 DE 2024.

ENTIDAD:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
CONTRATISTA:	ROJAS DE LA CRUZ JUAN CARLOS
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°	594 DEL 13 DE ENERO DE 2024
TERMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ESTA PARTIR 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. CD20240128, y por la otra, **ROJAS DE LA CRUZ JUAN CARLOS**, 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.

ROJAS DE LA CRUZ JUAN CARLOS
C.C N° 1216971879

	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
JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
CON C.C Nº 1.216.971.879

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20240128			DE FECHA		13/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1.800.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$1.800.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1			Nº CRP:	594	Nº 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 STELLA 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:	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)

1	Realice ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica
2	Recibo y entrego a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
3	Apoye a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento.
4	Observe y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
5	Informe las fallas de material y equipo de servicios
6	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
7	Realice asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
8	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y re inducción.
9	Aplique los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
10	Realice notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
11	Informe a la enfermera y médico de la fuga del paciente
12	Realice seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera
13	Conduje a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
14	Reporte inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
15	Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía.
16	Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Apoye al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, Etc., u otro procedimiento).
18	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.
19	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
20	Proporcione atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales.
21	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
22	Recibí, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los
23	Garantice la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
24	Arregle cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
25	Realice seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.
26	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.
27	Hice los usos correctos de administración de medicamentos
28	Adherí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
29	Realice notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
30	Asistí a la ronda médicas y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

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
JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
CON C.C Nº 1,216,971,879

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20240128		DE FECHA		13/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1.800.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$1 800 000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	Nº CRP:	594	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 STELLA DAZA PEÑA				
No. DE PLANILLA:	79057580390	OPERADOR:	SOI		

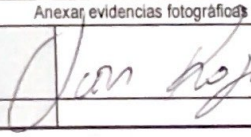
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	02/01/2024	145.000
PENSIÓN:	PORVENIR	02/01/2024	185.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	02/01/2024	28.300

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	1216971879

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

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

CON C.C Nº 1,216,971,879

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20240128		DE FECHA		13/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1.800.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$1.800.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 1	Nº CRP:	594	Nº CDP:	2
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		13/01/2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7905788390	OPERADOR:		SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA DAZA PEÑA				

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:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL 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 articulo 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 Nº 1 (UNO) de 1 (UNO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1210971679
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCIÓN	CALLE 8 B # 21 D - 11	TELÉFONO	3111111
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo por
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			79057883390	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	diciembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACION SALUD	MES	diciembre	AÑO 2023
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/01/02	NUMERO AUTORIZACIÓN			37434888

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR AJUSTE	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR AJUSTE	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1			$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES					$ 0				**$ 28.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN							SALUD						ARP													
																										FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																								ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR AJUSTE	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	TOTAL APORTE
1	CC	1210971679	APELLIDOS Y NOMBRES	RELACIÓN DE TRABAJO	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000			NO														230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 1216971679	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 358.900**

Planilla Pagada

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ				CC:	1,216,971,879
					RUT:	1,216,971,879 -7
CORREO ELECTRÓNICO:	JUANROJASCRZ1@GMAIL.COM				TELÉFONO DE CONTACTO: 3104928329	
DIRECCIÓN DOMICILIO:					CIUDAD:	
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:	BANCO BOGOTA	TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	235301165	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20240128	Nº RP:	594	Nº CDP:	2	PLAZO - DURACIÓN: UN 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
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	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.			
Nº RP: (ADICIÓN)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:		NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		ENERO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?			$1,800,000			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL			DICIEMBRE	IBC:1,1600,00
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD	$ 145.000	APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: $185,000		
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

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
1,216,971,879

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20240128 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20240128 **DEL 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
NO. DE IDENTIDAD	1,216,917,879
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1800000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota por valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L. ($1.800.000), 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	**594**
FECHA DE ACTA DE INICIO	**13/01/2024**
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	**31/01/2024**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**AURA STELLA DAZA PEÑA**

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **36541888**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD DE ENFERMERIA** quien actúa como supervisor del contrato CD20240128 por otra parte **JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1,216,917,879** 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 **25** días, del mes de **ENERO** del año **2024**

AURA STELLA DAZA PEÑA
36.541.888
SUPERVISOR

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
1,216,917,879
CONTRATISTA

COPIA CONTROLADA