ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 02/01/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 31

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.2

TERCERO: 1082993910 - CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA

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 0471

VALOR: $ 5,000,000.00

CINCO MILLONES (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE	5,000,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	0471		

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: SUBGERENTE CIENTIFICO
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
CD20240471	MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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. CD20240471 DE 2024.

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E
CONTRATISTA:	**CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA**
VALOR:	5000000 (CINCO MILLONES DE PESOS)
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
CRP N°	31 DEL 1/2/2024
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 **EDALINA MILENA LINERO RAMOS,** SUBGERENTE CIENTIFICA, y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20240471, y por la otra, **CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA**, 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 1/2/2024.

SUPERVISOR

EDALINA MILENA LINERO RAMOS
C.C. 57.438.568

CONTRATISTA

CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA
C.C. 1082993910

¡RESULTADOS DEL CAMBIO!
hujuliomendezb
www.hujmb.gov.co

	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 MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO CON C.C Nº 1082993910

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20240471			DE FECHA		2/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$5.000.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$5.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1		Nº CRP:	31	N° CDP:	.002
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES		FECHA DEL ACTA DE INICIO:	02/01/24		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA CIENTIFICA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EDALINA LINERO RAMOS					

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:	1001232002479	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	RC MEDICA MAPFRE
FECHA DE LA PÓLIZA	11/08/2023	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	hice Seguimiento a las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio, dejando registro de esta actividad en el formato correspondiente, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
2	•Solicite exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes.
3	Registre en la historia clínica de evoluciones médicas, historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes.
4	A solicitud del médico tratante y según necesidad y pertinencia del paciente realice apoyo en los procedimientos medico quirúrgicos
6	•Supervise las estancias prolongadas con el fin de agilizar el giro cama.
7	Realice la actualizacion de resúmenes de historia clínica para las diferentes aseguradoras según fuese su solicitud.
8	Participe en las jornadas científicas y actividades académicas; de investigación que convoco el subgerente científico o la oficina de docencia de servicio de la E.S.E en desarrollo de los convenios docente-asistencia suscritos o que suscriba la E.S.E
9	Diligencie la historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la resolución no. 1995 de julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
10	Asisti a la ronda medico técnico-científica y técnico-administrativa realizada en el servicio asignado por la E.S.E, Asi como a la atencion de pacientes en los turno y area asignada

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7906010474	OPERADOR:	SOI APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/01/2024	250.000
PENSIÓN:	PROTECCION	9/01/2024	320.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/01/2024	48.800

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

	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 MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO CON C.C Nº 1082993910						
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**CD20240471**		**DE FECHA**		2/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$5.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$5.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1		**Nº CRP:**	31	**N° CDP:**	.002
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		02/01/24	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EDALINA LINERO RAMOS					
FIRMA DEL CONTRATISTA:						
N°. IDENTIFICACIÓN:	**CC 1082993910**					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082993910
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 18 24 - 55	TELÉFONO:	7777777
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:			7906010474	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			5		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/01/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	382665363

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	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 320.000	$ 1.500	$ 321.500
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 1.500**	**$ 321.500**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 250.000	$ 1.200	$ 0	$ 251.200
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 251.200**

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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.800	$ 48.800	$ 300	$ 0	$ 49.100
SUBTOTALES:									**$ 48.800**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 49.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																												PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1082993910	2-HARRIS CURVELO MARIA FERNANDA	1-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	$108299391	$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 621.800

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/24
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO			CC:	1082993910
				RUT:	10829939107
CORREO ELECTRÓNICO:	Mariafdacharris@gmail.com			TELÉFONO DE CONTACTO: 3127032213	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 23# 20a 23			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:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	517264990

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20240471	Nº RP:	31	N° CDP:	.002	PLAZO - DURACIÓN: UN MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/02/2024		VALOR DEL CONTRATO:5.000.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL 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		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 5.000.000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL			DICIEMBRE	IBC:2.000.000
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD	$ 250.000	APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: 320.000		
NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL	3	$ 48.800	APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO	
			TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: 618.8000	

MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO
1082993910

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. CD20240471 **DEL 2024**

NO. DEL CONTRATO	No CD20240471 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO
NO. DE IDENTIDAD	1082993910
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**CINCO MILLONES DE PESOS M/L.** ($5000000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA **1** cuota por valor de **CINCO MILLONES DE PESOS M/L.** ($5000000), 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	002
REGISTRO PRESUPUESTAL	31
FECHA DE ACTA DE INICIO	02/01/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31/01/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	EDALINA LINERO RAMOS

Entre los suscritos, EDALINA LINERO RAMOS, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número **57438568** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de SUBGERENTE CIENTIFICO quien actúa como supervisor del contrato No CD20240471 por otra parte, MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO identificado con la cedula de ciudadanía No. **1082993910** 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,

EDALINA LINERO RAMOS
57438568

CONTRATISTA,

MARIA FERNANDA CHARRIS CURVELO
1082993910

	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
CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA
CON C.C Nº 1082993910

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			CD20240471		DE FECHA		2/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.000.000				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		5.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1			Nº CRP:	31	N° CDP:	2
PLAZO DEL CONTRATO	1	UN	MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		2/01/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			7906010474	OPERADOR:		SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			EDALINA MILENA LINERO RAMOS				

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:	100123200479	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	MAPFRE COLOMBIA
FECHA DE LA PÓLIZA	11/08/2023	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	0

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

El Hospital Julio Méndez Barreneche, por medio de la Subgerencia Científica, informa que, realizada una exhaustiva verificación de las obligaciones contractuales establecidas en el estudio de necesidad del contratista, se confirma que el contratista ha cumplido de manera satisfactoria con los términos y condiciones acordados durante el periodo objeto de cobro. Por tal motivo, se autoriza para el pago total de los honorarios correspondientes.

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 N°	(1) UNO	DE	(1) UNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	EDALINA MILENA LINERO RAMOS
N°. IDENTIFICACIÓN:	57438568

	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 CHARRIS CURVELO MARIA FERNANDA CON C.C Nº 1082993910

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			**CD20240471**		**DE FECHA**		**2/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.000.000				**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		5.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1			**Nº CRP:**	31	**N° CDP:**	2
PLAZO DEL CONTRATO	1	UN	MES(ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		2/01/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			7906010474	**OPERADOR:**		SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			EDALINA MILENA LINERO RAMOS				

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:	100123200479	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	MAPFRE COLOMBIA
FECHA DE LA PÓLIZA	11/08/2023	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	0

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

El Hospital Julio Méndez Barreneche, por medio de la Subgerencia Científica, informa que, realizada una exhaustiva verificación de las obligaciones contractuales establecidas en el estudio de necesidad del contratista, se confirma que el contratista ha cumplido de manera satisfactoria con los términos y condiciones acordados durante el periodo objeto de cobro. Por tal motivo, se autoriza para el pago total de los honorarios correspondientes.

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:	EDALINA MILENA LINERO RAMOS
N°. IDENTIFICACIÓN:	57438568