**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 13/02/2024

**REGISTROS PRESUPUESTALES No. 1419**

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

**CERTIFICA**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.300**

**TERCERO:** 1082917637 - RUA MANJARRES ANA JULIETH

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 1087

**VALOR:** $ 4,000,000.00

CUATRO MILLONES (PESOS)

| Código Rubro | Descripción | Lugar | Valor |
|---|---|---|---|
| 2.4.5.02.09.901.20 | servicios personales (personal asistencial) | ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE | 4,000,000 |

| Contrato | No. Contrato | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS | 1087 | | |

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

Powered by CamScanner

| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MENDEZ 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: AURA STELLA DAZA PEÑA
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 |
|---|---|---|---|
| CD20241087 | ANA JULIETH RUA MANJARRES | 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 marzo 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

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

# ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20241087 DE 2024.

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD:** | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE |
| **CONTRATISTA:** | RUA MANJARRES ANA JULIETH |
| **VALOR:** | 4000000 |
| **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. |
| **CRP N°** | **1419** DEL 13 DE FEBRERO DE 2024 |
| **TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** | EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES A PARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE MARZO 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. CD20241087, y por la otra, **RUA MANJARRES ANA JULIETH** 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 FEBRERO DE 2024.

Supervisor.

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
C.C Nº 36541888

Contratista.

**RUA MANJARRES ANA JULIETH**
C.C Nº 1082917637



Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB 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: 29/02/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**ANA JULIETH RUA MANJARRES**
**CON C.C N° 1.082.917.637**

**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.** | | **CD20241087** | | **DE FECHA** | | **13/02/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $4.000.000 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $2.000 000 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME::** | 1 DE 2 | | **N° CRP:** | 1419 | **N° CDP:** | 300 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (2) DOS MESES) | | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | **13/02/ 2024** | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL 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 POLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N/A |
| **FECHA DE LA POLIZA** | 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 específicas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía. |
| 2 | 2. Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (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 verificar 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). |
| 3 | Asistir al paciente en la alimentación enteral y parenteral. |
| 4 | Informar al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio. |
| 5 | Informe de las fallas de material y equipos de servicios |
| 6 | Realizar las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera. |
| 7 | Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente |
| 8 | Asistir a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos |
| 9 | Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, y otros procedimientos) y en marcar los rotulos en la |
| 10 | Realizar durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos reglamentados |
| 11 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 12 | Informar 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 |
| 13 | Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 14 | Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E |
| 15 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente. |
| 16 | Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia. |
| 17 | Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia. |
| 18 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. |
| 19 | Hacer los usos correctos de administración de medicamentos |
| 20 | Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio. |
| 21 | Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud. |
| 22 | Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido |
| 23 | Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente |
| 24 | Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia) |
| 25 | Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos. |
| 26 | Preparar los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Colocar los controles químicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material. |
| 27 | Clasificar el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según características, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros específicos. |
| 28 | Proporciona desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada. |
| 29 | Trasladar al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar procedimientos quirúrgicos (.. |
| 30 | Asegurar el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.). |
| 31 | Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc. |
| 32 | Ayudar al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico. |
| 33 | Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. etc, |
| 34 | Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibir las órdenes del servicio, Informarles a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y debe estar listo media hora antes, verificar el nombre del paciente, número de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si están permeables y con anglocath No. 18 y reciente. |
| 35 | Preparación del paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros. |
| 36 | Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos). |

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: 29/02/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**ANA JULIETH RUA MANJARRES**
**CON C.C Nº 1.082.917.637**

**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.** | **CD20241087** | | **DE FECHA** | | **13/02/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $4.000.000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $2.000.000 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | 1 DE 2 | **Nº CRP:** | 1419 | **Nº CDP:** | 300 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (2) DOS MESES) | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | **13/02/ 2024** | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | |

| | |
|---|---|
| 37 | Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén |
| 38 | Llenar el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión. |
| 39 | Preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto. |
| 40 | Atención del Recién Nacido |
| 41 | Preparar el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal. |
| 42 | Actualización de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada |
| 43 | Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas). |
| 44 | Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc. |
| 45 | Recibir al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente este afectado en la zona de inserción. verificar los documentos de este, que estén completos y actualizados, hacer las notas de enfermería, verificar la autorización para la cirugía, Admisionar, y trasladar al piso correspondiente |
| 46 | Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno. |
| 47 | Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema. |
| 48 | Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E. |
| 49 | Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales. |
| 50 | Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E |
| 51 | Responder por las daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa |
| 52 | Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico. |
| 53 | La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la |
| 54 | El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato |
| 55 | Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería |
| 56 | Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) |
| 57 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 58 | Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a |
| 59 | Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 4533564589 | **OPERADOR:** | SOI |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **CAJACOPI EPS** | **9-feb-24** | **162.500** |
| **PENSIÓN:** | **PROTECCION** | **9-feb-24** | **208.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA ARL** | **9-feb-24** | **31.700** |

**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:** | |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **1.082.917.637** |

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: 29/02/2024 | |

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

**ANA JULIETH RUA MANJARRES**

**CON C.C Nº 1082917637**

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SE SERVICIONES 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.** | **CD20241087** | | **DE FECHA** | | 13/02/2024 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $4,000,000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $2,000,000 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | 1 DE 2 | **Nº CRP:** | 1419 | **N° CDP:** | 300 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (2) DOS MESES (ES) | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | | 13/02/2024 | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 4533564589 | **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)**

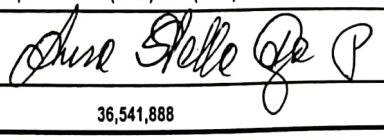
| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | XX | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | XX |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | XX |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE FEBRERO 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** |

Powered by CamScanner

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION | | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1082917837 |
| NOMBRE Ó RAZON SOCIAL: | | | ANA JULIETH RUA MANJARRES |
| CIUDAD/MUNICIPIO | | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO MAGDALENA |
| DIRECCION | | CL 4A 22 57 | TELÉFONO 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACION | | UNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA: | | | 4533564589 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACION OTROS | MES | enero AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACION SALUD | 7774 |
| DÍAS DE MORA | | | 0 | | MES enero AÑO |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/02/09 | NUMERO AUTORIZACION | 3997576091 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CODIGO | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CODIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACION | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCFC55 | CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CODIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP 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 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31.700 |

### DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES / LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | IRO | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | SECURIDAD SOCIAL / PENSION ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACION | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACION | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP IDMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTES | PARAFISCALES DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | SENA TOTAL APORTES | ICBF TOTAL APORTES | ESAP TOTAL APORTES | MINEDU TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC [illegible] | [illegible] | DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $ 1.582.917.637 | $ 31.700 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**TOTAL $ 402.200**

Powered by CamScanner

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ANA JULIETH RUA MANJARRES | | | | | CC: | 1082917637 |
| | | | | | | RUT: | 1082917637-7 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | anajrm2406@hotmail.com | | | | | TELÉFONO DE CONTACTO: 3007193798 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CALLE 4A #22-57 BONDA CENTRO | | | | | CIUDAD: | SANTA MARTA |
| RÉGIMEN DEL IVA: | SIMPLIFICADO [ ] COMÚN [x] | | ¿DECLARANTE DE RENTA? | | NO | ¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR? | |
| ¿PERSONAS A CARGO? | SI | ¿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 DAVIVIENDA | | TIPO DE CTA.: | AHORRO | Nº CUENTA: | 117100079385 | |

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | 20241087 | Nº RP: | 1419 | Nº CDP: | 300 | PLAZO - DURACIÓN: 2 MES | |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO | |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 13/02/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/03/2024 | | VALOR DEL CONTRATO: 4,000,000 | |
| Nº CDP (ADICIÓN): | NO | OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | | | |
| Nº RP: (ADICIÓN) | NO | | | | | | |
| ¿SUSPENDIDO? | NO | FECHA DE REINICIO: | DD/MM/AAAA | NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN: | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN) | NO | PERIODO OBJETO DE COBRO: | feb-24 | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | 2,000,000 | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR | | | |
|---|---|---|---|
| MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL | | enero | IBC: 1,300,000 |
| APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD | $ 162.500 | APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: $208000 | |
| NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL 3 | $ 31.700 | APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO | |
| | | TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: $402,200 | |

Firma del Contratista

ANA JULIETH RUA MANJARRES

1082917637

Powered by CamScanner