**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. 1425**

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

**CERTIFICA**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.300**

**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 1093

**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 | 1093 | | |

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

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

PARA: 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 |
|---|---|---|---|
| CD20241093 | 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 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

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

**ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20241093 DE 2024.**

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD:** | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE |
| **CONTRATISTA:** | PEDRAZA NARANJO BEATRIZ |
| **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°** | **1425** DEL 13 DE FEBRERO 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 MARZO 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. CD20241093, 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 FEBRERO DE 2024.

Supervisor.

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

Contratista.

**PEDRAZA NARANJO BEATRIZ**
C.C Nº 36554400

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **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 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.** | | **CD20241093** | | **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:** | 1425 | **Nº CDP:** | 300 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (2) DOS MES | | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 13/02/2024 | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | **UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | **AURA ESTELLA 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:** | 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. | Recibí y entregue el turno de acuerdo a la guía. |
| 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 | Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente |
| 8 | Asistí 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 | Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplí 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 Enfermería 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. |

| | 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**
**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.** | **CD20241093** | | **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:** | 1425 | **N° CDP:** | 300 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (2) DOS MES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 13/02/2024 | | |
| **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 específicos. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **4536651199** | **OPERADOR:** | **SOI** |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | **26/02/2024** | **162,500.00** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **26/02/2024** | **208,000.00** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **26/02/2024** | **31,700.00** |

**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:** | Beatriz Pedraza |
| **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: 29/02/2024 | |

**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 PRESTACION 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.** | | **CD20241093** | | **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:** | 1425 | **N° CDP:** | 300 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (2) DOS MESES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | | 13/02/2024 | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | 4536651199 | **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 2 (DOS)

| | |
|---|---|
| **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

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: | | | 4536651199 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 24 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/02/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9997788613 |

| 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 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.500 | $ 0 | $ 208.000 | $ 4.500 | $ 212.500 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 4.500 | $ 212.500 | |

| 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 | |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 3.600 | $ 0 | $ 162.500 | $ 3.600 | $ 0 | $ 166.100 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 3.600 | $ 0 | $ 166.100 | |

Planilla Pagada

| 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 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 700 | $ 0 | $ 32.400 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 700 | $ 0 | $ 32.400 | |

### 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 | | $ 1.300.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 36554400 | $ 31.700 |

PARAFISCALES

| CCF DÍAS COT | CCF IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL $ 411.000**

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024 | | |
| 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: | CD20241093 | Nº RP: | 1425 | Nº CDP: | 300 | PLAZO - DURACIÓN:2 MESES |
| ¿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 E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | |
| Nº RP: (ADICIÓN) | NO | | | | | |
| ¿SUSPENDIDO? | NO | FECHA DE REINICIO: | | | NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN: | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN) | NO | PERIODO OBJETO DE COBRO: | | MES DE FEBRERO 2024 | | |
| 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:208.000 | | |
| 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

BEATRIZ PEDRAZA NARANJO

36554400