



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 14/02/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 1545
LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO
CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.300

TERCERO: 36537143 - GONZALEZ GARCIA MYRIAM ESTHER

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

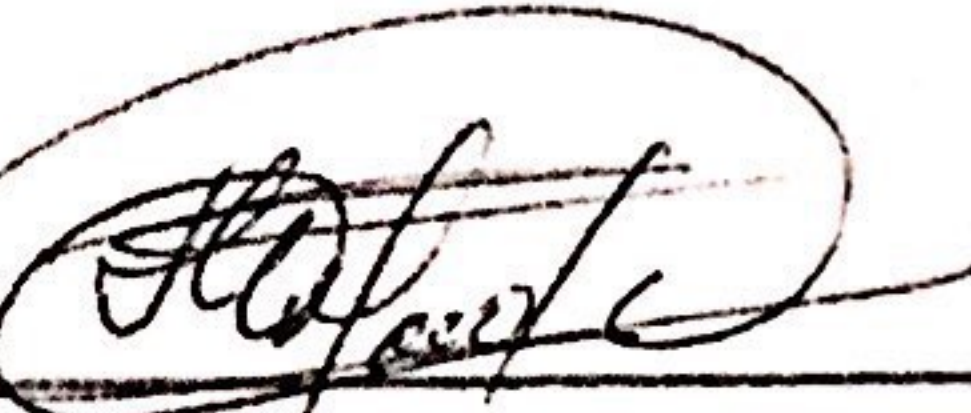
SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE SEGUN OPS 1240

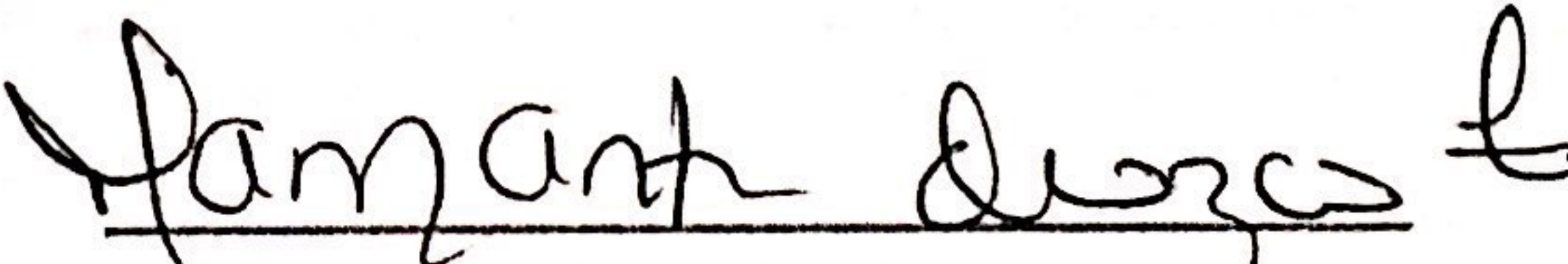
VALOR: \$ 4,000,000.00

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	1240		


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: 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
CD20241240	MIRIAM ESTHER GONZALEZ GARCIA	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

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20241240 DE 2024.

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E
CONTRATISTA:	GONZALEZ GARCIA MYRIAM ESTHER
VALOR:	4.000.000
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTACIÓN 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
CRP N°	1545 DEL 14 DE FREBERO 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 DEL 2024.

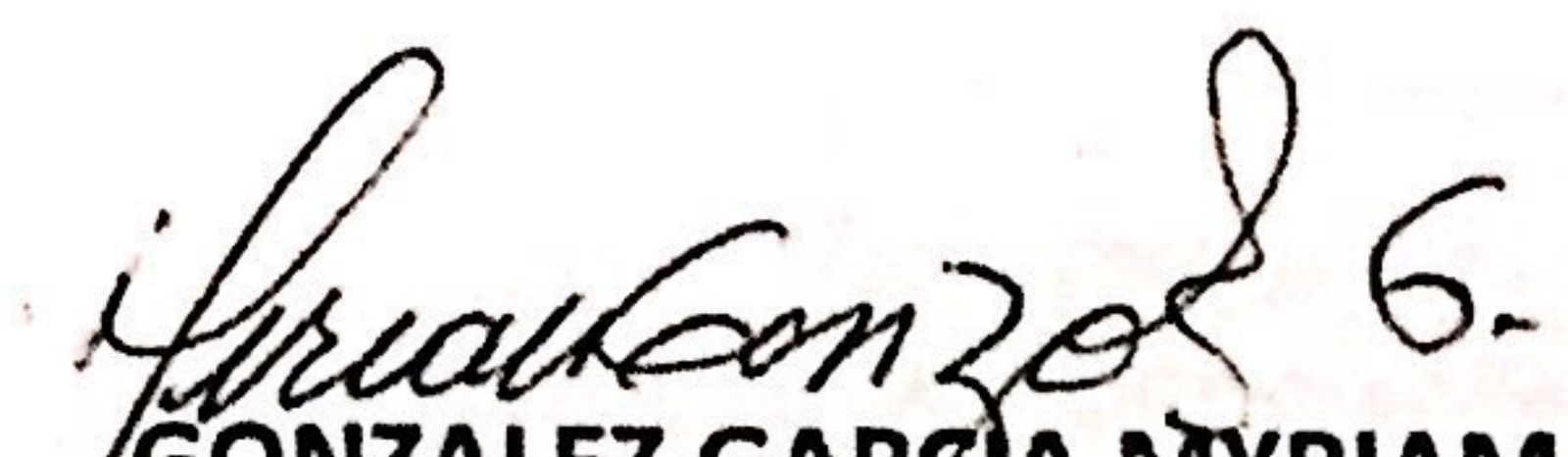
Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA**, Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermería, quien actúa como Supervisor del contrato **No CD20241240**, y por la **GONZALEZ GARCIA MYRIAM ESTHER** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H, 14 DE FREBERO 2024.

Supervisor

Contratista


AURA STELLA DAZA PEÑA
ESTHER C.C N° 36541888


GONZALEZ GARCIA MYRIAM
C.C. N° 36537143

	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
MIRIAM ESTHER GONGALEZ GARCIA
CON C.C Nº 36537143

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.	CD20241240		DE FECHA		14/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		\$ 2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 2	Nº CRP:	1545	Nº CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		14/02/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA 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

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)

ITEM	
1	Recibi y entregue 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. (toma de signos vitales, baño en cama, asistí en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realice venopunción y verifique signos de flebitis, instale y retire infusiones de líquidos, realice asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informe 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	Realice 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	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	observé y reporté los signos de alarma presentados por los pacientes
9	Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
10	Realice una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generan en la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia
11	Recibi, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos.
12	Tuve adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
13	Prepare los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Coloque los controles químicos y biológicos necesarios, coloque las fechas de envasado, Cierre los sobres de material.
14	Clasifique el material de esterilización, compruebe el correcto empaquetamiento, Introduci los diferentes paquetes según características, Colabore en la puesta en marcha de los aparatos, cumplí con los registros específicos.
15	Proporcione desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturís, apósitos...), y mantuve la zona de repuesta, limpia y ordenada
16	Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: de Recibir las órdenes del servicio, Informe a los familiares que se le va a realizar el procedimiento y aliste media hora antes al paciente, verifique que el nombre del paciente, y número de cama asignada, verifique el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verifique el acompañamiento del familiar, mire las condiciones de las venas, si están permeables y con angiocath No. 18 y reciente.
17	Controle las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
18	Surti a los consultorios de materiales, equipos, etc.
19	Recogi las facturas de los pacientes y verifique que estos aparezca en el sistema.
20	Use adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales

21	Garantice la presencia oportuna, cuando se requiero hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
22	Respondi por los daños y perjuicios en salud que se le genero a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa
23	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
24	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 oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso
25	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
26	Reporte inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
27	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
28	Asisti a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción
29	Garantice la prestación de servicio objeto del contrato cumpli estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
30	Realize todas y cada una de las actividades que asigno 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:	9462074891	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	16/02/2024	\$162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	16/02/2024	\$208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	16/02/2024	\$31.700

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	<i>María Esther Cordero G.</i>
Nº. IDENTIFICACIÓN:	

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

MIRIAM ESTHER GONGALEZ GARCIA

CON C.C N° 36537143

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.		CD20241240		DE FECHA		14/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$4.000.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		\$2.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 2		N° CRP:	1545	N° CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		14/02/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9462074891		OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
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 Estela Daza Peña

N°. IDENTIFICACIÓN:

36.541.888

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	MIRIAM ESTHER GONGALEZ GARCIA				CC:	36537143
					RUT:	36537143-1
CORREO ELECTRÓNICO:	miriamgonzalez@hotmail.com				TELÉFONO DE CONTACTO: 3023981997	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 33 N 9B 04 BASTIDAS				CIUDAD:	SANTA MARTA
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO COMÚN		☒	¿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:	Davivienda		TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	117100081506
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20241240	Nº RP:	1545	Nº CDP:	300	PLAZO - DURACIÓN: 2 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2024		VALOR DEL CONTRATO: \$4.000.000
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:		DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO		PERIODO OBJETO DE COBRO:		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 2024			IBC: \$1.300.000
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD		\$ 162.500	APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: \$ 208.000			
NIVEL / APOORTE DE RIESGO ARL		3 \$ 31.700	APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO			
				TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: \$ 402.200		

Firma del Contratista
MIRIAM ESTERTH GONZALEZ GARCIA
36537143

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36537143		GONZALEZ GARCIA MIRIAM ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ F CASA 11 CONCEPCION 5	SANTA MARTA-MAGDALENA	4324835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite
2024-01	2024-01	25110444	9462074891	I	2024/02/12
					2024/02/16
				Banco	Dias Mora
				BANCO DE OCCIDENTE	4
					\$403,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
1	CC	36537143	GONZALEZ MIRIAM	25-14	30	\$1,300,000	EPS037	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,300,000	\$31,700	0		\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	



aportes
en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36537143		GONZALEZ GARCIA MIRIAM ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ F CASA 11 CONCEPCION 5	SANTA MARTA-MAGDALENA	4324835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	25110444	9462074891	I	2024/02/12	2024/02/16	BANCO DE OCCIDENTE	4	\$403,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
--------	--------	-----	----	-----------	-----------------	----------------	------------------------	---------------

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$800	\$0	\$208,800
--------------------------	--	--	--	---	-----------	-------	-----	-----------

COLPENSIONES	25-14		7	1	\$208,000	\$800	\$0	\$208,800
--------------	-------	--	---	---	-----------	-------	-----	-----------

ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900
--------------------------	--	--	--	---	----------	-------	-----	----------

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23		6	1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900
------------------------------	-------	--	---	---	----------	-------	-----	----------

EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$600	\$0	\$163,100
--------------------------	--	--	--	---	-----------	-------	-----	-----------

NUEVA E.P.S.	EPS037		2	1	\$162,500	\$600	\$0	\$163,100
--------------	--------	--	---	---	-----------	-------	-----	-----------

				1	\$402,200	\$1,600	\$0	\$403,800
--	--	--	--	---	-----------	---------	-----	-----------