

APORTES EN LÍNEA
USUARIO: 26926578
CLAVE: CIBEPOLO74



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. 1437
LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO
CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.300

TERCERO: 26926578 - POLO OSPINO CIBELI LILIANA

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 1109

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	1109		

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

	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
CD20241109	CIBELI LILIANA POLO OSPINO	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.	Prevía 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. CD20241109 DE 2024.

ENTIDAD:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
CONTRATISTA:	POLO OSPINO CIBELI LILIANA
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°	1437 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. CD20241109, y por la otra, POLO OSPINO CIBELI LILIANA 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.

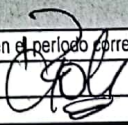
Supervisor.

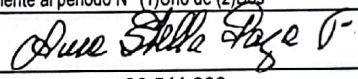

AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C N° 36541888

Contratista.


POLO OSPINO CIBELI LILIANA
C.C N° 26926578

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO		Código: GJC23F	Versión: 2
			FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/FEBRERO/2024	
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y CIBELI LILIANA POLO OSPINO CON C.C N° 26.926.578				
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.	CD20241109	DE FECHA	13/FEBRERO/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:	1437	N° CDP: 300
PLAZO DEL CONTRATO	(2)DOS MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/FEBRERO/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
III. POLIZAS (SI APLICA)				
N° 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 PERÍODO, 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	Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía.			
2	Proporcioné atención de enfermería a pacientes 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	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.			
4	Informé al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.			
5	Informé de las fallas de material y equipos de servicios.			
6	Realicé 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	Recibí y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.			
8	Asistí a la ronda médica y durante los procedimientos de estos.			
9	Apoyé 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 rótulos en la hora de instalar el medicamento.			
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos reglamentados.			
11	Observé y reporté signos de alarma presentados por los pacientes.			
12	Informé 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	Proporcioné orientación al paciente y familiar.			
14	Atendí los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E.			
15	Realicé asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.			
16	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.			
17	Realicé 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	Recibí y registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.			
19	Hice los usos correctos de administración de medicamentos.			
20	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.			
21	Conduje a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.			
22	Arreglé el cadáver y entregué al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.			
23	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente.			
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia).			
25	Realicé procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.			
26	Preparé 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	Clasifiqué 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	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantengo la zona repuesta, limpia y ordenada.			
29	Trasladé al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar procedimientos quirúrgicos.			
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.).			
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsioxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.			
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.			
33	Movilicé e inmovilicé 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: Recibí las órdenes del servicio, Informé a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y deben estar listo media hora antes, verifiqué el nombre del paciente, número de cama asignada, verifiqué el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en			
35	Preparé el paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros.			
36	Llevé el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).			

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO		Código: GJC23F	Versión: 2
			FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/FEBRERO/2024	
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y CIBELI LILIANA POLO OSPINO CON C.C N° 26.926.578				
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.	CD20241109	DE FECHA	13/FEBRERO/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:	1437	N° CDP: 300
PLAZO DEL CONTRATO	(2)DOS MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/FEBRERO/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA			
37	Verifiqué que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.			
38	Llené el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.			
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.			
40	Atendí el Recién Nacido.			
41	Preparé el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.			
42	Actualicé Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada.			
43	Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).			
44	Surfí a los consultorios de materiales, equipos, etc.			
45	Recibí 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, Admisión, y trasladar al piso correspondiente			
46	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifiqué que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén llenos.			
47	Recojí las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.			
48	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.			
49	Usé adecuada y racionalmente elementos, recursos y demás medios institucionales.			
50	Garanticé 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	Respondí por los 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	Tuve 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 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.			
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.			
55	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería.			
56	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h).			
57	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.			
58	Garanticé 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 las			
59	Realicé 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:	9462331390	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	22-feb-24	162.500	
PENSIÓN:	PROTECCION	22-feb-24	208.000	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA ARL	22-feb-24	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 período correspondiente				
FIRMA DEL CONTRATISTA:				
N°. IDENTIFICACIÓN:	26.926.578			

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR		Código: GJC22F	Versión: 1
			FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/FEBRERO/2024	
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y CIBELI LILIANA POLO OSPINO CON C.C N° 26.926.578				
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 MENDEZ BARRENECHE.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241109	DE FECHA		13/FEBRERO/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:	1437	N° CDP: 300
PLAZO DEL CONTRATO	(2)DOS MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		13/FEBRERO/2024
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9462331390	OPERADOR:		APORTES EN LINEA
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
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				
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE FEBRERO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO</u>				
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:				
N°. IDENTIFICACIÓN:		36.541.888		

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																		
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No									
CC 26926578		POLO OSPINO CIBELI LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 34 # 11C W. Galicia	SANTA MARTA-MAGDALENA	300942568		No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																		
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor											
2024-01	470119737	9442331280	1	Planilla	2024/02/19	2024/02/22	NEQUI	3	\$403,400									
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																		
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte
1	CC 26926578	POLO OSPINO CIBELI LILIANA	230201	30	\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Atribución)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500
Cuentas: SANTA MARTA DECEZ: MAGDALENA (1 Atribución)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 26926578		POLO OSORIO CIBELLI LLANAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 34 # 11C-06 Galinda	SANTA MARTA-MAGDALENA	3005942568	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Valor
Pension 2024-01	470119737	9462331390		1		2024/02/19	2024/02/22	NEQUI	\$403,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO									
CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION		230201		800,229,739	0	1	\$208,000	\$0	\$208,600
						1	\$208,000	\$600	\$208,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
		14-23		860,011,153	6	1	\$31,700	\$100	\$31,800
						1	\$31,700	\$100	\$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
		EPS002		800,130,907	4	1	\$162,500	\$500	\$163,000
						1	\$162,500	\$500	\$163,000
SALDO TOTAL						1	\$402,200	\$1,200	\$403,400
TOTAL						1			

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CIBELI LILIANA POLO OSPINO			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/FEBRERO/2024	
CORREO ELECTRÓNICO:	polocibe@gmail.com			CC:	26926578
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 34 N° 11C - 06 GALICIA			RUT:	26926578 - 4
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO 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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CTA.:	AHORRO	N° CUENTA:	51655996633
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	CD20241109	N° RP:	1437	N° CDP:	300
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO	NO		
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/FEBRERO/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/MARZO/2024		
N° CDP (ADICIÓN):	NO				
N° RP: (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.		
¿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 FEBRERO DE 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		

CIBELI LILIANA POLO OSPINO
C.C. N° 26.926.578