	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	**Código: GJC23F**	**Versión: 2**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ CON C.C Nº 36.696.522

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.	**CD20241148**			**DE FECHA**		**13/02/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**4.000.000**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**1.875.000**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	**2 (DOS) DE 2 (DOS)**		**Nº CRP:**	1468	**Nº CDP:**	300
PLAZO DEL CONTRATO	**(2) DOS MESES**		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	**13/02/2024**		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			**UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			**AURA ESTELA 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 específicas del objeto del contrato)**
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, 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	Asisti 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	Asisti a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos
9	Apoye al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical sonda nasogástrica, ECG, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento
10	Realice 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	Proporcione orientación al paciente y familiar
14	Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y /o área a asignada de la E.S.E
15	Realice asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente. registrar en el formato correspondiente.
16	Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Realizce 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	Recibi, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos
19	Hice los usos correctos de administración de medicamentos
20	Adheri a protocolos, guias 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

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	**Código: GJC23F**	**Versión: 2**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ CON C.C Nº 36.696.522

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.	**CD20241148**		**DE FECHA**		**13/02/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**4.000.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**1.875.000**
N° PAGO / N° DE INFORME::	**2 (DOS) DE 2 (DOS)**	**N° CRP:**	1468	**N° CDP:**	300
PLAZO DEL CONTRATO	**(2) DOS MESES**	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	**13/02/2024**		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**AURA ESTELA DAZA PEÑA**				

23	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente
24	Realice seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
25	Realice procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.
26	Preparare 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	Clasifique el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según características, Colaborar en la puesta en mar
28	Proporcione desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.
29	Traslade al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar ´procedimientos quirúrgicos (..
30	Asegure el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.).
31	Revise el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
32	Ayude al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
33	Movilice e inmovilice 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: Recibi 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
35	Prepare paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros.
36	Lleve el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
37	Verifique que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparare equipos y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
40	Atendi del Recién Nacido
41	Prepare el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualice de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada
43	Controle las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
44	Surti a los consultorios de materiales, equipos, etc.
45	Recibi 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, verifique que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
47	Recogi las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.
48	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumpli con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.
49	Use adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garantice la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ
CON C.C N° 36.696.522

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.	CD20241148		DE FECHA		13/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		1.875.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 (DOS) DE 2 (DOS)	N° CRP:	1466	N° CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/02/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA DAZA PEÑA				

51	Respondi 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	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	Reporte inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
56	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
57	Asisti a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de Inducción y reinducción.
58	Garantice 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 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.
59	Realice 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.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7915795859	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	8/03/2024	162500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	8/03/2024	208000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	8/03/2024	31700

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:	FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC;36.696.522

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: 20/03/2024	

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

FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ

CON C.C Nº 36.696.522

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.	CD20241148		DE FECHA		13/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		1.875.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 (DOS)DE 2 (DOS)	Nº CRP:	1468	Nº CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		13/02/2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7915795859	OPERADOR:		SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA 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	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº 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 MARZO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO DESCUENTO DE UN DIA (1) SIN JUSTIFICACION $125.000

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	X	
2	El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades.	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
4	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el articulo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo Nº 2 (DOS) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Estela Daza P.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.541.388

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	36696522
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			FLORELVIA BOLANO BOLANO PELAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN	CALLE 9C16C 26 ALMENDROS	TELÉFONO	4362538
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NUMERO PLANILLA	7915795859	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	febrero AÑO	2024
DIAS DE MORA	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/03/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN			502956016

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	$ 200	$ 0	$ 208.000	$ 200	$ 208.200
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 200	$ 208.200

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO 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	$ 200	$ 0	$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 36696522	BOLANO PELAEZ FLORELVIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

PENSIÓN										
ADMIN	DIAS 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

SALUD						ARP					
ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	36696522	$ 31.700

PARAFISCALES							
DIAS COT	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	$ 402.700

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTPATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ	CC:	36696522
		RUT:	36696522-0
CORREO ELECTRÓNICO:	ADRIANANDRES2008@HOTMAIL.COM	TELEFONO:	3016026798
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 9 # 16 C 26 LOS ALMENDROS	CIUDAD:	SANTA MARTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

No tomaré costos y deducciones	(X)
Si tomaré costos y deducciones	(____)

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	CD20241148	Nº RP:	1468	N° 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
N° 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:	DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		MES DE MARZO		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 1.875.000				

Firma del Contratista

FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ

C.C 36,696,522

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página **1** de **1**

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20241148 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**NO. CD20241148 DEL 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ**
NO. DE IDENTIDAD	**36,696,522**
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.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES DE PESOS M/L ($4.000.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas, por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L. ($2.000.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de marzo de 2024.
CDP	300
REGISTRO PRESUPUESTAL	1468
FECHA DE ACTA DE INICIO	**13/02/2024**
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	31/03/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA**

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **36.541.888** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERÍA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20241148** por **otra FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ** identificado con la cédula de ciudadanía **No 36.696.522** su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **31** días, del mes de **marzo** del año **2024**

AURA STELLA DAZA PEÑA
SUPERVISOR
C.C. 36.541.888
PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERÍA

FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ
CONTRATISTA
C:C36.696.522

Powered by CamScanner