ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez BARRENECHE

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20241129 DEL 2024.

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | Nº **CD20241129DEL 2024** |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | DIANA CAROLINA MENA BORJA |
| NO. DE IDENTIDAD | 1.063.965.777 |
| 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 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000 |
| FORMA DE PAGO | 2 pagos por valor de ($2.000.000) parciales, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | Previa legalización del contrato sin exceder del 31 de MARZO del 2024. |
| CDP | 300 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 1453 |
| FECHA DE ACTA DE INICIO | 13/02/2024 |
| FECHA DE TERMINACION CONTRATO | 31 de MARZO de 2024 |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO | **UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA** |

Entre los suscritos, AURA STELLA DAZA PEÑA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.541.888 expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA** quien actúa como supervisor del contrato Nª **CD20241129** por otra parte DIANA CAROLINA MENA BORJA identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.063.965.777 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.
Por último el hospital se 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 31 de MARZO de 2024

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
**CC. 36.541.888**
**PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA**

DIANA CAROLINA MENA BORJA
1.063.965.777
CONTRATISTA



Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| HUMB Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | Código: GJC23F | Versión: 2 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024 | |

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
DIANA CAROLINA MENA BORJA
CON C.C N° 1.063.965.777

**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. | CD20241129 | | DE FECHA | | | 13/02/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $4.000.000 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | | $1875000 |
| N° PAGO / N° DE INFORME:: | 2 DE 2 | N° CRP: | 1453 | N° CDP: | | 300 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (2) DOS MESES) | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 13/02/ 2024 | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓN: | N/A | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | N/A | |
| VALOR ADICIONADO | N/A | CDP DE LA ADICIÓN: | N/A | CRP DE LA ADICIÓN: | N/A | TIEMPO PRORROGADO: | N/A |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° DE 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 especificas del objeto del contrato)

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a la guia. |
| 2 | 2. Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de liquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario). |
| 3 | Asistir al paciente en la alimentación enteral y parenteral. |
| 4 | Informar al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio. |
| 5 | Informe de las fallas de material y equipos de servicios |
| 6 | Realizar las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera. |
| 7 | Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente |
| 8 | Asistir a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos |
| 9 | Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en |
| 10 | Realizar durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados |
| 11 | Observación y repo[illegible]de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 12 | Informar a la profesio[illegible]al 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 |
| 13 | Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 14 | Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y /o área a asignada de la E.S.E |
| 15 | Realizar asesoria general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente |
| 16 | Clasificar, ordenar y controlar las lencerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia. |
| 17 | Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia |
| 18 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. |
| 19 | Hacer los usos correctos de administración de medicamentos |
| 20 | Adherencia a protocolos, 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 |
| 23 | Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente |
| 24 | Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia) |
| 25 | Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros especificos. |
| 26 | Preparar los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Colocar los controles quimicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material |
| 27 | Clasificar el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según caracteristicas, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros especificos. |
| 28 | Proporciona desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturies, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada. |
| 29 | Trasladar al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar procedimientos quirúrgicos (. |
| 30 | Asegurar el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomia Patológica, Microbiologia, etc.). |
| 31 | Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc. |
| 32 | Ayudar al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico. |

Powered by CamScanner

...A INTERVENCIÓN QUIRURGICA Y OTROS

| | | | |
|---|---|---|---|
| HUMB Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | Código: GJC23F | Versión: 2 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024 | |

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
DIANA CAROLINA MENA BORJA
CON C.C N° 1.063.965.777

**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. | CD20241129 | | DE FECHA | | 13/02/2024 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $4.000.000 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $1875000 | |
| N° PAGO / N° DE INFORME:: | 2 DE 2 | N° CRP: | 1453 | N° CDP: | 300 | |
| PLAZO DEL CONTRATO | (2) DOS MESES) | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 13/02/ 2024 | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | | |

| | |
|---|---|
| 33 | Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico, etc. |
| 34 | Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibir las órdenes del servicio, Informarles a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y debe estar listo media hora antes, verificar el nombre del paciente, número de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si están permeables y con angiocath No. 18 y reciente. |
| 35 | Preparación del paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros. |
| 36 | Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos). |
| 37 | Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén |
| 38 | Llenar el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión. |
| 39 | Preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto. |
| 40 | Atención del Recién Nacido |
| 41 | Preparar el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal. |
| 42 | Actualización de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada |
| 43 | Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas). |
| 44 | Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc. |
| 45 | Recibir al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente este afectado en la zona de inserción, |
| 46 | Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno. |
| 47 | Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema. |
| 48 | Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E. |
| 49 | Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales. |
| 50 | Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E |
| 51 | Responder por las daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa |
| 52 | Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico. |
| 53 | La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la |
| 54 | El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato |
| 55 | Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería |
| 56 | Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) |
| 57 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 58 | Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a |
| 59 | Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E. |

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

| No. DE PLANILLA: | 4540488936 | OPERADOR: | SOI |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 21 de feb de 24 | 162.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 21 de feb de 24 | 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA ARL | 21 de feb de 24 | 31.700 |

**VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VII. ANEXOS**

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 1.063.965.777 |

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

DIANA CAROLINA MENA BORJA

CON C.C Nº 1063965777

**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. | CD20241129 | | 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 DE 2 | Nº CRP: | 1453 | Nº CDP: | 300 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (2) DOS MESES | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | | 13/02/2024 | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 4540488936 | 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 PRORROGADO: | 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 RESPECTIVOCON 1 DESCUENTO DE 125000 AUSENCIA SIN JUSTIFICACION***

| 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 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: | 36.541.888 |

Powered by CamScanner

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024 | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIANA CAROLINA MENA BORJA | CC: | 106396577 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | luisangelortega07@gmail.com | RUT: | 106396577-5 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | URB VILLA MARINA MANZANA F CASA 13 | TELEFONO: | 3002259571 |
| | | 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: | CD20241129 | Nº RP: | 1453 | 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 DE MARZO DE 2024 | | VALOR DEL CONTRATO: 4,000,000 | |
| N° CDP (ADICIÓN): | NO | 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 | | | | |
| 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 2024 | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | $1875000 1 AUSENCIA SIN JUSTIFICACION | | | | | |

Firma del Contratista

DIANA CAROLINA MENA BORJA
C.C 1063965777

Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACION: | 1053995777 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | DIANA CAROLINA MENA BORJA |
| CIUDAD/MUNICIPIO | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | DR URBANIZACION VILLA MZ F CASA 13 | TELEFONO | 9999999 |
| TIPO APORTANTE | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 1-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA | | | 4540488936 | TIPO DE PLANILLA | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES | febrero | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | | | 2024/02/21 | NUMERO AUTORIZACION: | | | 422213035 |

### 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 |
| 230301 | 23030 I-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |

### 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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | 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 | $ 0 | $ 0 | $ 31.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31.700 |

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EL EXTERIOR | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | IGE | IRT | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | 01-DEPENDIENTE | [illegible] | $ 1.300.000 | [illegible] | | | NO | 21 | | | | | | | | | | | | | | | 23030-I-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $ 1063965777 | $ 31.700 | 30 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 402.200 |
|---|---|

Planilla Pagada

Powered by CamScanner