



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 16/04/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 3722
LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO
CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.510

TERCERO: 36555735 - VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ

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

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE. SEGUN OPS 2426

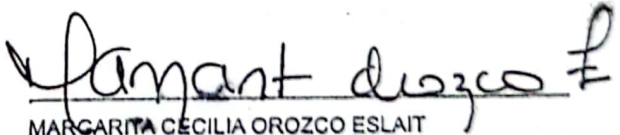
VALOR: \$ 10,000,000.00

DIEZ MILLONES (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC	descripción CPC	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE			10,000,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	2426		


LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO


MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

USUARIO IMPRIME: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA

IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS

ELABORADO POR: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA

ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR

CÓDIGO: GJC24F
VERSIÓN: 02
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN: 16/1/2024
Página 1 de 1

PARA: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA
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
CD20242426	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 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 agosto 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.

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
GERENTE (E)

	ACTA INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1
---	--------------------	---

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20242426 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20242426 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ
NO. DE IDENTIDAD	36555735
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DIEZ MILLONES DE PESOS M/L (10.000.000)
FORMA DE PAGO	5 cuotas por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L (\$2.000.000), de conformidad con el informe de 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 31 de AGOSTO DE 2024
CDP	510
REGISTRO PRESUPUESTAL	3722
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

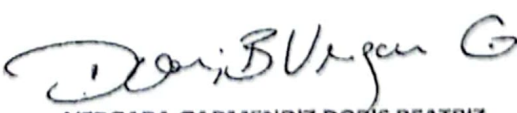
Entre los suscritos a saber AURA STELLA DAZA PEÑA en su calidad de Profesional Especializado Unidad Enfermería y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20242426 y por la otra, VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 16 días, del mes de ABRIL del año 2024.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C. 36.541.888


VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ
C.C 36555735

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO		Código: GJC23F	Versión: 2
			FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024	
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y				
DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ				
CON C.C N° 36.555.735				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242426		DE FECHA	16/04/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 10.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	2.000.000,00
N° PAGO / N° DE INFORME::	1(UNO) D E 5 (CINCO)	N° CRP:	3722	N° CDP: 510
PLAZO DEL CONTRATO	5 (CINCO) MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	16/04/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE 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
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 entregué 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	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	Informe de las fallas de material y equipos de servicios			
	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	7. Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
9	Informe a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente
10	Proporcionar orientación al paciente y familiar
11	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
12	Realizé asepsia general semanal y diaria cuando egresó el paciente, registré en el formato correspondiente.
13	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
14	Realizé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
15	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
16	Hice los usos correctos de administración de medicamentos
17	Arreglé del cadáver y entregué al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
18	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente
19	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
20	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplica al enfermo crítico.
21	Llevo el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
22	verifique que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados
23	Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
24	Surti los consultorios de materiales, equipos, etc.
25	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifiqué que la historia clínica estuvieran todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
26	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifiqué que la historia clínica estuviera todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
27	Recogí las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.
28	Garantizé la presencia oportuna, cuando se requirió hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
29	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
30	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.

31	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.
32	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
33	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
34	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
35	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
36	Garantizé que la prestación de servicio objeto del contrato se cumplieran 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.
37	Realizé 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.

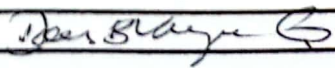
No. DE PLANILLA:	9464712194	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS SANITAS	15/04/2024	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/04/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/04/2024	31.700

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
(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:	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ 
Nº. IDENTIFICACIÓN:	C.C 36.555.735

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ
CON C.C N° 36.555.735

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.	CD20242426	DE FECHA	16/04/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$10.0000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	\$2.000.000		
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 (UNO) DE 5 (CINCO)	N° CRP:	3722	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	16/04/2024		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9464712194	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				
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	N/A

III. PÓLIZAS (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 ABRIL 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 5 (CINCO)

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	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CCC 3655735		VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EL PARQUE	SANTA MARTA-MAGDALENA	3013647349		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Limite	Banco	Valor
2024-01	2024-03	30823433	946-0712194	1	2024/04/08	2024/04/15		BANCO DE OCCIDENTE	\$404,700

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	Código	Días	IBC	Aporte	
Secretaría: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500				\$1,300,000			\$31,700	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500				\$1,300,000			\$31,700	\$0	
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500				\$1,300,000			\$31,700	\$0	
1	CC	36555235	VERGARA DORIS	25-14		\$1,300,000	\$208,000	EP5205	30		\$1,300,000	\$162,500		\$0		14-23	30	\$1,300,000			\$31,700	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$162,500				\$1,300,000			\$31,700	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Esmerado SEMA e ICBF	No
CC 3455373		VERGARA GARCERAN DORA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EL PARQUE	SANTA MARTA MAGDALENA	301563349		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Seguro	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor
2024-01	2024-01	2023-01	1684712184	1	Planilla	2024/04/15	BANCO DE OCCIDENTE	7	\$404.700

RESUMEN DE PAGO					VALOR A PAGAR				
RIESGO	CO	GO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$208.000	\$1.300	\$0	\$209.300
COLECCIONES					1	\$208.000	\$1.300	\$0	\$209.300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$31.700	\$200	\$0	\$31.900
POSTO DE COMPAÑIA DE SEGUROS					1	\$31.700	\$200	\$0	\$31.900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$162.500	\$1.000	\$0	\$163.500
SANCTIS					1	\$162.500	\$1.000	\$0	\$163.500
TOTAL					1	\$402.200	\$2.500	\$0	\$404.700

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ	CC:	36555735
CORREO ELECTRÓNICO:	vergaradoris33@gmail.com	RUT:	36555735-8
DIRECCIÓN DOMICILIO:	MZ 17 CASA 10 URBANIZACIÓN EL PARQUE	TELÉFONO:	3013642359
		CIUDAD:	SANTA MARTA

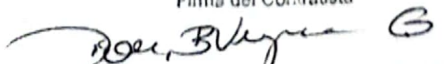
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA S.A	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	912-440799-92
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	CD20242426	N° RP:	3722	N° CDP:	510
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO	NO		PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	16 DE ABRIL 2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31 DE AGOSTO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: 10.000.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
N° 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 ABRIL		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				\$ 2.000.000	

Firma del Contratista


 DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ