# ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 31/03/2024

**REGISTROS PRESUPUESTALES No. 3074**

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

**CERTIFICA**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.510**

**TERCERO:** 1004370518 - MORE MARTINEZ MAYLING DAYANNA

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 2708

**VALOR:** $ 15,500,000.00

QUINCE MILLONES QUINIENTOS MIL (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 | | | 15,500,000 |

| Contrato | No. Contrato | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS | 2708 | | |

*LEDYS GALINDO MORALES*
*PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO*

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

***SUARIO IMPRIME:*** *MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA*
***PRESO POR:*** *Sistemas CitiSalud SAS*
***ABORADO POR:*** *MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA*

Powered by CamScanner

| ESE Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA INICIO | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 302 |
|---|---|---|

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO CD20242708 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20242708DEL 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | MORE MARTINEZ MÁYLING DAYANNA |
| **NO. DE IDENTIDAD** | C.C 1004370518 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | QUINCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L (15.500.000) |
| **FORMA DE PAGO** | 5 cuotas por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L ($3.100.000), 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 31 DE AGOSTO DE 2024 |
| **CDP** | 510 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 3074 |
| **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.* **CD20242708** *y por la otra,* **MORE MARTINEZ MAYLING DAYANNA,** *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* **01** *días, del mes de* **ABRIL** *del año* **2024.**

*SUPERVISOR,*

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
***CC.36.541.888***

CONTRATISTA,

**MORE MARTINEZ MAYLING DAYANNA**
**C.C 1004370518**

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR | CÓDIGO: GJC24F<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN:16/1/2024<br>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 |
|---|---|---|---|
| CD20242708 | MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | Previa 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.

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024 | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MAYLING DAYANA MORE MARTINEZ | CC: | 1004370518 |
| | | RUT: | 1004370518-1 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | maymore1@gmail.com | TELÉFONO: | 3124546414 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | villas de alejandria mz n casa 4 | 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: | BANCO BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | N° CUENTA: | 235149051. |
|---|---|---|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | CD20242708 | N° RP: | 3074 | N° CDP: | 510 | PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 1/04/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31 DE AGOSTO DE 2024 | | VALOR DEL CONTRATO: 15,500,000 |
| N° CDP (ADICIÓN): | NO | OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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: | | ABRIL | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | $ 3.100.000 | | | | |

Firma del contratista

MAYLING DAYANA MORE MARTINEZ

C.C 1004370518

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| HUMB 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:26/04/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ CON C.C Nº 1004370518**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20242708** | | **DE FECHA** | | **31/03/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | **$15.500.000** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | **$3,100,000** |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | **1 DE 5** | **Nº CRP:** | **3074** | **Nº CDP:** | **510** |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | **5 cinco MESES** | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | | **1/04/2024** | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **UNIDAD FUNCIONAL 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** |

**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**
**(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos. |
| 2 | Solucionar los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de áreas) |
| 3 | Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 4 | Supervisar que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución. |
| 5 | Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 6 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios. |
| 7 | Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 8 | Verificar que se registren en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc. |
| 9 | Vigilar el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros. |
| 10 | Verificar la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas |
| 11 | Supervisar que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas. |
| 12 | Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición |
| 13 | Vigilar la hora y la administración correcta de prescripciones médicas |
| 14 | Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente. |
| 15 | Participar en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería. |
| 16 | Informar al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios. |
| 17 | Participar en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata. |
| 18 | Participar en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución |
| 19 | Supervisar el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos. |
| 20 | Vigilar el confort del cliente externo: Supervisar el baño diario, arreglo de la unidad, cambio de posición (prevención de ulceras por presión), Supervisar que tipo de Alimentación se está suministrando al paciente |
| 21 | Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía. |
| 22 | Verificar, realizar y gestionar el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio. |
| 23 | Gestión de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc. |
| 24 | Proporcionar orientación a los estudiantes y al personal de inducción |
| 25 | Gestionar oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento |

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:26/04/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ CON C.C Nº 1004370518**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20242708** | | **DE FECHA** | | 31/03/2024 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $15.500.000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $3.100.000 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | 1 DE 5 | **Nº CRP:** | 3074 | **Nº CDP:** | 510 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | 5 cinco MESES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 1/04/2024 | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | AURA ESTELA DAZA PEÑA | | | |

| | |
|---|---|
| 58 | Hacer uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización. |
| 59 | Realizar supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal |
| 60 | Brindar orientación el estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas |
| 61 | Realizar la notificación oportuna de los eventos adversos, así como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria. |
| 62 | Proporcionar educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico |
| 63 | Vigilar la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio. |
| 64 | Participar en la elaboración de manuales, procesos, horarios y procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución |
| 65 | Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) |
| 66 | Aplica los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio |
| 67 | Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato. |
| 68 | Planificación y supervisión de las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado |
| 69 | Respuesta oportuna a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato. |
| 70 | Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio |
| 71 | Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. |
| 72 | Apoyar a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio |
| 73 | Reportar a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura. |
| 74 | Verificar que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros |
| 75 | 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 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. |
| 76 | Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia. |
| 77 | Participar en la elaboración de documentos institucionales referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino. |
| 78 | Garantizar la participación a las actividades referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, dirigida al personal de la institución e instituciones apadrinadas. |
| 79 | Recibir Asistencia Técnica para la implementación y seguimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, por parte del Ministerio de Salud o de las Instituciones Asesoras (Superpadrinos). |
| 80 | Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción |
| 81 | Realizar seguimientos de la adherencia de guías, protocolos, procedimientos y otros establecidos en los servicios de salud, en cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino. |
| 82 | 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. |
| 83 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción |
| 84 | Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9463211329 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|

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:26/04/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ**
**CON C.C Nº 1004370518**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | CD20242708 | | **DE FECHA** | | 31/03/2024 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $15.500.000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERIODO:** | | $3,100,000 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | 1 DE 5 | **Nº CRP:** | 3074 | **Nº CDP:** | 510 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | 5 cinco MESES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 1/04/2024 | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | AURA ESTELA DAZA PEÑA | | | | |
| **SALUD:** | **SANITAS** | **11/03/2024** | **162.500** | | |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **11/03/2024** | **208.000** | | |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **11/03/2024** | **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:** | Mayling More |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | CC 1,004,370,518 |

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB 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: 26/04/2024 | |

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

**MAYLING DAYANA MORE MARTINEZ**

**CON C.C Nº 1004370518**

| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | | CD20242708 | | DE FECHA | | 31/03/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $15,500,000 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $3,100,000 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:: | 1 DE 5 | | Nº CRP: | 3074 | Nº CDP: | 510 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (5) DE CINCO MESES | | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | | 1/04/2024 | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | | 9463211329 | OPERADOR: | | APORTES EN LINEA | |
| 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 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 Nº 1 (UNO) de 5 (CINCO)

| | |
|---|---|
| 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

en línea

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1004370518 | | MORE MARTINEZ MAYLING DAYANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 7 # 15 - 15 centro | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4310235 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-03 | 2024-03 | 1000000465 | 9463211329 | I | 2024/04/04 | 2024/03/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $407,200 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1004370518 | MORE MAYLING | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| Total | Afiliados( 1) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

Powered by CamScanner