	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	

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

FABIOLA INES OROZCO ALVAREZ

CON C.C Nº 50915804

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.	CD20242642		DE FECHA		13/04/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$3.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5	Nº CRP:	3676	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA 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	Planié, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Solucioné los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente *(coordinadores de áreas)*
3	*Realizé Rondas de Seguridad de Paciente diaria:* Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
4	*Supervisé* que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución.
5	Verifiqué la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
	Velé por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
	Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
	Verifiqué 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.
	Vigilé el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
0	Verifiqué la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas
1	Supervisé que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas.
2	Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición
3	Vigilé la hora y la administración correcta de prescripciones médicas
4	Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.
5	Participé en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería
	Informé al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
	Participé en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
	Participé en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución
	Supervisé el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos
	Vigilé 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.

Powered by CamScanner

HUMB E.S.E. 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: 30/05/2024	

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

FABIOLA INES OROZCO ALVAREZ

CON C.C N° 50915804

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.	CD20242642		DE FECHA		13/04/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$3.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 5	N° CRP:	3676	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

21	Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía
22	Verifiqué realizar y gestionar el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
23	Gestioné estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc
24	Proporcioné orientación a los estudiantes y al personal de inducción
25	Gestioné oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
26	Verifiqué de la Actualización de Kardex, tarjeta de medicamentos, hoja de tratamiento, control y distribución de líquidos esté diligenciada como es debido
27	Gestioné la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
28	Verificé el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
29	Asistí a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes
30	Notifiqué de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
31	Informé por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio
32	Verificé el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
33	Recibí y entregar turno de acuerdo a la guía institucional.
34	Asigné los pacientes,a los consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
35	Propicié un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo
36	Proporcioné atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería
37	Elaboré de reporte de enfermería
38	Manejé el control de material y equipo en la atención del paciente
39	Garantizé la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E.
40	realizé el pedido de jeringa, líquidos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicitar las jeringas necearias para la toma de laboratorio, la solución salina para el previo lavado pre y post para permeabilización de venopunción, equipos cuando el paciente ingrese
41	Entregé la historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
42	Asistí a las rondas Médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos.
43	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.
44	Participé en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.
45	Cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E.
45	Verifiqué el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
	Diligencié la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
	Realizé seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.

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: 30/05/2024	

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

FABIOLA INES OROZCO ALVAREZ

CON C.C Nº 50915804

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.	CD20242642		DE FECHA		13/04/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$3.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5	Nº CRP:	3676	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

76	Cumplí 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	Participé 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	Garantizé 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	Recibí 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	Capacité al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción.
81	Realizé 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 supervisé,la 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	Asistí 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. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9465570416	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	16/05/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	16/05/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	16/05/2024	$ 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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Fabiola
Nº. IDENTIFICACIÓN:	50915804.

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: 30/05/2024	

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

FABIOLA INES OROZCO ALVAREZ

CON C.C N° 50915804

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.	CD20242642		DE FECHA		13/04/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$3.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 5	N° CRP:	3676	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		AURA STELLA DAZA PEÑA			

49	Actualizé Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.
50	Participé en las juntas médicas y dejar constancia por escrito de conceptos médicos emitidos
51	Tuvé comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
52	Administré los medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.
53	Solicité los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente
54	Supervisé el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc
55	Supervisé y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia,
56	Presté los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las caracteristicas técnicas exigidas.
57	cumplí con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
58	cumplí con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
59	Realizé 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	Brindé orientación el estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas.
61	Realizé la notificación oportuna de los eventos adversos, así como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria.
62	Proporcioné educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico.
63	Vigilé la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio.
64	Participé 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	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
66	Aplicé los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
67	Obré con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
68	Planifiqué y supervisice las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado
69	Respondí oportuna a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
70	Adherí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
71	Gestioné la información, y/o documentos fisicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad.
72	Apoyé a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
73	Reporté a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
74	Verifiqué que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros
75	Garantizé que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas 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.

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: 30/05/2024	

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

FABIOLA INES OROZCO ALVAREZ

CON C.C Nº 50915804

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.	' CD20242642		DE FECHA		13/04/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000		VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		$3.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5	Nº CRP:	3676	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		13/04/2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9465570416	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 MAYO 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 2(DOS) de 5 (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
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 50915804		OROZCO ALVAREZ FABIOLA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 # 15 - 33 OBREROS	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216798	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	36106687	9465570416	I	2024/05/03	2024/05/16	BANCO DE OCCIDENTE	13	$406,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingret tdet tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
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		$402,200
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		$402,200
1	CC	50915804	OROZCO FABIOLA		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	2.4368	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	**Afiliados(1)**						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 50915804		OROZCO ALVAREZ FABIOLA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 # 15 - 33 OBREROS	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216798	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	36106687	9465570416	I	2024/05/03	2024/05/16	BANCO DE OCCIDENTE	13	$406,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,200	$0	$210,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$2,200	$0	$210,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$400	$0	$32,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$400	$0	$32,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,800	$0	$164,300
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$162,500	$1,800	$0	$164,300
TOTAL				1	$402,200	$4,400	$0	$406,600

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	FABIOLA INES OROZCO ALVAREZ	CC:	50915804
		RUT:	50915804-4
CORREO ELECTRÓNICO:	fabiolaorozcoalvatez2018@gmail.com	TELÉFONO:	3118844704
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 6 # 13- 62 PESCAITO	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 BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	805543709

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20242642	N° RP:	3676	N° CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MES
¿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:		MES DE MAYO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$3,100.000		

Firma del Contratista

FABIOLA INES OROZCO ALVAREZ
C.C 50915804

Powered by CamScanner