HJMB 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

JAHAINY SOFIA BARRANCO CARRILLO

CON C.C Nº 1193134157

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.	**CD20242652**		**DE FECHA**		**13/04/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$15.500.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$3.003,125**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5	**Nº CRP:**	**3677**	**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.
6	Velé por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
7	Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
8	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.
9	Vigilé el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
10	Verifiqué la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas
11	Supervisé que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas.
12	Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición
13	Vigilé la hora y la administración correcta de prescripciones médicas
14	Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.
15	Participé en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería
16	Informé al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
17	Participé en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
18	Participé en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución
19	Supervisé el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos
20	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.
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 induccion

Powered by CamScanner

HUMB Julio Mendez BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	**FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN** **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30**

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

JAHAINY SOFIA BARRANCO CARRILLO

CON C.C Nº 1193134157

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242652**		**DE FECHA**		**13/04/2**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$15.500.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$3.003,**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5	**Nº CRP:**	3677	**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**				

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	Notificé 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.
46	Verifiqué el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
47	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.
48	Realizé seguimiento diario de la historia clinica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.
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 dia 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.

Powered by CamScanner

HJMB Julio Mendez 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

JAHAINY SOFIA BARRANCO CARRILLO

CON C.C Nº 1193134157

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.	**CD20242652**		**DE FECHA**		**13/04/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$15.500.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$3.003,125**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5	**Nº CRP:**	**3677**	**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**			

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 características 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 físicos, 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 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	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

Powered by CamScanner

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

Código: GJ

FECHA DE ÚLTIMA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

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

JAHAINY SOFIA BARRANCO CARRILLO

CON C.C Nº 1193134157

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242652**		**DE FECHA**		13
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$15.500.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$3
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5	**Nº CRP:**	3677	**Nº CDP:**	5
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**			

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:	7923142023	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	14/05/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	14/05/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	14/05/2024	$ 31.700

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1193134157

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1193134157
RE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAHAINY SOFIA BARRANCO CARRILLO
D/MUNICIPIO:	SANTA MARTA		MAGDALENA
CIÓN:	CRA 21 C 2 # 29 F3 35	DEPARTAMENTO:	3014550
PORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	TELÉFONO:	I-INDEPENDIENTE
MPRESA:	PRIVADA	CLASE APORTANTE:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
ANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		79231420 23	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		635162982
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/14			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES	
				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
ADES:	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
	NOMBRE									$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
			NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ADES:	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
	NOMBRE												$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
			NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ADES:	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
	NOMBRE								$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN										SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																								ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE	
																												SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																						
RANCO RRILLO AINY A	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	NUEVA EPS CM	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	119313415	$ 31.700	$ 0			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL $ 402.200

Planilla Pagada

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

JAHAINY SOFIA BARRANCO CARRILLO

CON C.C Nº 1193134157

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.	**CD202412652**		**DE FECHA**		**13/04/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$15.500.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$3.03.125**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	**2 DE 5**	**Nº CRP:**	**3677**	**Nº CDP:**	**510**
PLAZO DEL CONTRATO	**(5) CINCO MESES**	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	**13/04/2024**		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**7923142023**	**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 MAYO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO , SE DESUENTA UN DIA DE INCAPACIDAD $96,875

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

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAHAINY SOFIA BARRANCO CARRILLO	CC:	1193134157
		RUT:	1193134157-5
CORREO ELECTRÓNICO:	barrancocarrillosofia@gmail.com	TELEFONO:	3014550759
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 21 B # 29F-07 VILLA BELLA	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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	550488440550231

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	CD20242652	Nº RP:	3677	N° CDP:	510
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO	
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE AGOSTO DE 2024	
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.		
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 MAYO 2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?			3,003,125		

Firma del Contratista

JAHAINY SOFIA BARRANCO CARRILLO
C.C 1193134157

Powered by CamScanner