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. 3494

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.509

TERCERO: 1098619648 - PRADA RINCON ROSMIRA

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

SERVICIO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ESTA ESE. SEGUN OPS 3249

VALOR: $ 6,300,000.00

SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC descripción CPC	Valor
2.1.2.02.02.008.02	Servicios Personales Administrativos (Contador, Abogado, otros)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE		6,300,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	3249		

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

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR**	CÓDIGO: GJC24F VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página **1** de **1**

PARA: SUBGERENCIA CIENTÍFICA
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
CD20243249	ROSMIRA PRADA RINCON	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA, AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.	Previa legalización, sin exceder el 30 de junio 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
GERENTE

COPIA CONTROLADA

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20243249 DE 2024.

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E
CONTRATISTA:	**PRADA RINCON ROSMIRA**
VALOR:	6300000 (SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS)
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA, AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
CRP N°	3494 DEL 3/31/2024
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 6/30/2024.

Entre los suscritos a saber **EDALINA MILENA LINERO RAMOS,** SUBGERENTE CIENTIFICA, y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20243249, y por la otra, **PRADA RINCON ROSMIRA** 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 en Santa Marta, D.T.C. e H, el 4/01/2024.

SUPERVISOR

EDALINA MILENA LINERO RAMOS
C.C. 57.438.568

CONTRATISTA

PRADA RINCON ROSMIRA
C.C. 1098619648

¡RESULTADOS DEL CAMBIO!
hujuliomendezb
www.hujmb.gov.co
CÓDIGO: COMESF VERSIÓN:01
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN 27/02/2023

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROSMIRA PRADA RINCON	CC:	1098619648
		RUT:	1098619648-8
CORREO ELECTRÓNICO:	RPRADA8@MISENA.EDU.CO	TELÉFONO:	3174244711
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 8 N 5-106 BARRIO 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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	51600005925

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243249	N° RP:	3494	N° CDP:	509	PLAZO - DURACIÓN: 3 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	01 DE ABRIL DE 2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JUNIO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: 6,300,000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA, AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. 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 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2,100,000				

Rosmira Prada R.

Firma del Contratista

ROSMIRA PRADA RINCON
C.C 1098619648

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Detallado

Periodo Cotización 202403 **Número planilla** 1063012457
Periodo Servicio 202403 **Referencia pago (PIN)** 8810268153
Tipo Planilla I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período de consulta del Informe: Desde el 01 de abril de 2024 hasta el 15 de abril de 2024
Pagada 15/04/2024

Fecha de Creación del Informe: lunes, 15 de abril de 2024 04:37:12 PM

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ROSMIRA PRADA RINCON				
Documento	CC1098619648	**Dirección**	CL 8 #65 - 106 PESCAITO		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6076842654		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO,	**Departamento**	MAGDALENA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1098619648		
Tipo de Cotizante	57	00	
Extranjero		**Residente**	

Días AFP	30	**Días EPS**	30
Días ARP	30	**Días CCF**	0

Salario	$ 1.300.000

Nombres y Apellidos	**(Cod) Ciudad - Departamento**
PRADA RINCON ROSMIRA	47001000 47

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

III. APORTES POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO

Código AFP	231001
Código AFP Traslado	
FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	
IBC AFP	$ 1.300.000
Total Cotización AFP	$ 208.000
Fondo de Solidaridad Pensional	$ 0
Fondo de Subsistencia Pensional	$ 0

Código EPS	EPS002
Código EPS Traslado	
SALUD TOTAL EPS	
IBC EPS	$ 1.300.000
Aporte EPS	$ 162.500
Aporte UPC	$ 0

ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	
IBC ARP	$ 1.300.000
Aporte ARP	$ 31.700

Código CCF	NIN-CC
NINGUNA CCF	
IBC CCF	$ 0
Aporte CCF	$ 0

IV. Parafiscales

Aporte Ministerio	$ 0
Aporte ICBF	$ 0
Aporte SENA	$ 0
Aporte ESAP	$ 0

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

	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
ROSMIRA PRADA RINCON
CON C.C N° 1,098,619,648

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA, AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20243249**			**DE FECHA**		03/31/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 6.300.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$ 2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 3		**N° CRP:**	3494	**N° CDP:**	509
PLAZO DEL CONTRATO	(3) TRES MESES		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA CIENTIFICA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EDALINA MILENA LINERO RAMOS					

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 especificas del objeto del contrato)
1	DIGITAR, IMPRIMIR Y ANEXAR A TODAS Y CADA UNA DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS POR LA ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO
2	VERIFICACION DE DERECHOS EN ADRES, PORTAL EPS, AFILIADOS COMPENSADOS, SISBEN,RUAF
3	CREACION DE CARPETAS DE PACIENTES DESTINADOS A FACTURACION, HISTORIA CLINICA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4	CONSTANCIA DE AFILIACION, TRIAGE,ANEXO 2, AUTORIZACION DE LA EPS, ENVIO DE CORREO DE NO CONTAR CON PORTAL O EPS, SIRE
6	SOLICITUD DE ESTANCIA DE PACIENTES REMITIDOS ANTE LAS DIFERENTES EPS
7	TRAMITE DEL CUADRO DE SEGUIMIENTO DE AFILIACIONES

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1063012457	**OPERADOR:**	PAGO SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	15/04/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	COLFONDOS	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:	Rosmira Prada R.
N°. IDENTIFICACIÓN:	1098619648

	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
PRADA RINCON ROSMIRA
CON C.C Nº 1098619648

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA, AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			CD20243249		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.300.000				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 3			Nº CRP:	3494	N° CDP:	509
PLAZO DEL CONTRATO	3	TRES	MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		1/04/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			1063012457	OPERADOR:		SIMPLE	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SUBGERENCIA CIENTÍFICA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			EDALINA MILENA LINERO RAMOS				

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:	0	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	0
FECHA DE LA PÓLIZA	0	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	0

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

El Hospital Julio Méndez Barreneche, por medio de la Subgerencia Científica, informa que, realizada una exhaustiva verificación de las obligaciones contractuales establecidas en el estudio de necesidad del contratista, se confirma que el contratista ha cumplido de manera satisfactoria con los términos y condiciones acordados durante el periodo objeto de cobro. Por tal motivo, se autoriza para el pago total de los honorarios correspondientes.

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	(3) TRES

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	EDALINA MILENA LINERO RAMOS
N°. IDENTIFICACIÓN:	57438568

Proyecto: Eduardo Polo Hurtado