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
SANDRA MILENA NAVARRO OSPINO
CON C.C Nº 1.082.849.154

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.		**CD20242719**			**DE FECHA**		**31/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000				**VALOR DE HONORARIOS PERIODO:**		$3.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2 DE 5			**Nº CRP:**	3085	**Nº CDP:**	513
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)			**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		01/04/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AUHA 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	Planeé, organicé, dirigí, realicé 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	Realicé Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificacion 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	Veláe 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 o/o incidentes que se presentan 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	Verifiqué de la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
22	Verifiqué, realicé y gestioné el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
23	Gestioné de estudios (laboratorio, estudios especiales e interconsultas, etc.
24	Proporcioné orientación a los estudiantes y al personal de inducción
25	Gestioné oportunamente las ordenes 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	Verifiqué el registro de las evoluciones de los enfermeros asistenciales
29	Asistí a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes.
30	Notifique de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
31	Informé por escrito, diariamente a Coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
32	Verifique el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
33	Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía institucional.
34	Asignación de pacientes, 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

Powered by CamScanner

36	Proporcionó atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería)
37	Elaboró reporte de enfermería
38	Manejo y controle material y equipo en la atención del paciente.
39	Garantizó 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	Cuando el paciente ingrese y en el turno nocturno, realicé el pedido de jeringa, Equipos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicité las jeringas necesarias 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	Entregué de 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 complementan, sustituyan o deroguen.
48	Realicé 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.
49	Actualicé 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	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
52	Administre de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.
53	Solicité los productos de asepsia y Supervisé 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 cumplí con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia,
56	Prestó 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	Hacé uso racional de los insumos y elementos que se encuentran dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.
59	Realicé 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 al estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas.
61	Realicé 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	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	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
66	Aplicaquí 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 supervisión de las actividades de enfermería dentro del cuidado o puesto al que haya sido asignado
69	Respuesti de manera oportuna solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
70	Adheri a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
71	Gestioné la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se generen 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 presenta 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	Garantizó 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	Garantice 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	Realicé 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 traumismo 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 participación 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:	77367484	OPERADOR:		MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	24/05/2024	$182.500	
PENSIÓN:	PORVENIR	24/05/2024	$208.900	

Powered by CamScanner

RIESGOS LABORALES	POSITIVA	24/05/2024	$81.700

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo dentro del periodo de cobro
2. Que realice el pago de la Seguridad Social en el caso que exija la Ley, pago del cual anexa copia simple
3. - Que autorizo las imposiciones a que estoy obligado a hacer por acuerdo 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:	Samuel Navarro
N°. IDENTIFICACIÓN:	1012949154

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

SANDRA MILENA NAVARRO OSPINO

CON C.C N° 1.082.949.154

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.	**CD20242719**		**DE FECHA**		**31/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$15.500.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$3.100.000**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**2 DE 5**	**N° CRP:**	**3085**	**N° CDP:**	**519**
PLAZO DEL CONTRATO	**(5) CINCO MES (ES)**	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**01/04/2024**	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**77307486**	**OPERADOR:**		**MI PLANILLA**	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN**	N/A	**TIEMPO**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE 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 autorizo que los emolumentos 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 presento 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° 2 (DOS) de 5 (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**36.541.858**

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1082849134	SANDRA MILENA NAVARRO OSPINO		[illegible] 124	4200212	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	[illegible]			MAGDALENA	SANTA MARTA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					[illegible]	[illegible]
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	1	24/05/2024	77387488	$405.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN ENTIDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Valor aporte FSP	Valor aporte Subcuenta	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días cotizados EPS	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	[illegible]	01	0		No															[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Powered by CamScanner

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	SANDRA MILENA NAVARRO OSPINO		[illegible]	4200212	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	[illegible]			MAGDALENA	SANTA MARTA		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					[illegible]	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					0
2024-04	2024-04	I	3/05/2024	[illegible]	TOTAL A PAGAR	
					$405.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	9	1.200	0	163.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23001	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	9	1.600	0	209.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	9	300	32.000			317	32.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LNA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.700
Pensión	1	208.000	209.600
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	405.300

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA MILENA NAVARRO OSPINO	CC:	1.082.949.154
		RUT:	1082949154-9
CORREO ELECTRÓNICO:	sandranavarro29@gmail.com	TELÉFONO:	3242056630
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 64 # 81-89 TORRE 5 APT 104	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 DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	Nº CUENTA:	235297579

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	CD0624275	Nº RP:	3088	Nº CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE AGOSTO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: $15.500.000
Nº 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?		$3.100.000				

Sandra Navarro

Firma del Contratista

SANDRA MILENA NAVARRO OSPINO
C.C 1.082.949.154

Powered by CamScanner