	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
ANETH INES ROJAS FONTALVO
CON C.C Nº 36.667.307

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.	**CD20243236**		**DE FECHA**		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$6.300.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$2.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 3	**Nº CRP:**	3483	**Nº CDP:**	509
PLAZO DEL CONTRATO	(3) TRES MES	**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

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	Recepción de remisiones de las diferentes entidades adscritas a la red publica y privadas, crue dptal. Y distrital y las EAPB contributivas y subsidiadas y Presentarlas a las distintos servicios que se soliciten según el anexo 09 correspondiente
2	Realizar censo diario de los paciente que se encuentran en los diferentes servicios asistenciales de la ESE HUJMB y enviar por correo electronico
3	Recepcionar los anexos 9 de los distintos servicios del HUJMB que entran a proceso de referencia- contra referencia y enviar a las respectivas eps y red
4	Coordinar los traslados de los pacientes en contra referencia del HUJMB.
6	Atender y aclarar todas las inquietudes que tengan los usuarios en las referencias.
7	Digitar, imprimir y anexar a todas y cada una de las respuestas obtenidas por la entidad responsable de pago.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9464430845	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS EPS	27/05/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	27/05/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	27/05/2024	$ 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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Aneth Rojas F
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.669-307

Powered by CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36667307		ROJAS FONTALVO ANETH INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZANA I CASA 18 URBANIZACION TAMACA	SANTA MARTA-MAGDALENA	3015588121	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	664162720	9465779028	I	2024/05/03	2024/05/27	NEQUI	24	$410,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$4,100	$0	$212,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$4,100	$0	$212,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$700	$0	$32,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$700	$0	$32,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$3,200	$0	$165,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$3,200	$0	$165,700
TOTAL				1	$402,200	$8,000	$0	$410,200

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Powered by CamScanner

en línea

Recibo General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		ROJAS FONTALVO ARETH INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZANA I CASA 18 URBANIZACION TAMACA	SANTA MARTA-MAGDALENA	3015588121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	0641102720	94657749028	1	2024/05/03	2024/05/27	NEQUI	24	$410,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificacion	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 [illegible]	ROJAS ARETH	[illegible]	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

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANETH INES ROJAS FONTALVO	CC:	366673607
		RUT:	36667307-1
CORREO ELECTRÓNICO:	anethrojas55@gmail.com	TELÉFONO:	3015588121
DIRECCIÓN DOMICILIO:	MZ i CASA 18 URBANIZACION TAMACA	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:	781-646182-41

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243236	N° RP:	3483	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 MAYO DEL 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2.100.000				

Firma del Contratista

ANETH INES ROJAS FONTALVO
C.C 36.667.307 DE SANTA MARTA

Powered by CamScanner

	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 ROJAS FONTALVO ANETH INES CON C.C Nº 36667307

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.			CD20243236		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.300.000				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 3			Nº CRP:	3483	Nº 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:			9465779028	OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
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°	(2) DOS	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

Powered by CamScanner