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. 2870

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.510

TERCERO: 39047087 - GOMEZ RIVAS JESSENIA ESTHER

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

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE. SEGUN OPS 2462

VALOR: $ 10,000,000.00

DIEZ MILLONES (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC descripción CPC	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE		10,000,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	2462		

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

Powered by CamScanner

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: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA
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
CD20242462	JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.	Previa legalización, sin exceder el 31 de agosto 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

Powered by CamScanner

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO CD20242462 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20242462DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	GOMEZ RIVAS JESSENIA ESTHER
NO. DE IDENTIDAD	C.C 39047087
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DIEZ MILLONES DE PESOS M/L (10.000.000)
FORMA DE PAGO	5 cuotas por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L ($2.000.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 DE AGOSTO DE 2024
CDP	510
REGISTRO PRESUPUESTAL	2870
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA,** en su calidad de Profesional Especializado Unidad Enfermería y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20242462** y por la otra, **GOMEZ RIVAS JESSENIA ESTHER**, 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 por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **01** días, del mes de **ABRIL** del año **2024**.

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC.36.541.888

CONTRATISTA,

GOMEZ RIVAS JESSENIA ESTHER
C.C 39047087

COPIA CONTROLADA

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: 26/04/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CON C.C Nº 39047087

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20242462			DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 1,875,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	01 DE 05			N° CRP:	2870	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES			FECHA DEL ACTA DE INICIO		01/04/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			AURA STELLA 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 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

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)

ITEM	
1	Recibí y entregue turnos acorde a la guia.
2	Atendí pacientes asignados en el area de hospitalización según las necesidades fisicas, fisiológicas, psicológicas y sociales(toma de signos vitales, baño en cama, asistencia en la alimentación, toma de glucometrias, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestras de laboratorios, realicé venopunción, verifique signos de flebitis, instale y retire infusiones de liquidos, asepsia a implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisimgos, patos cada vez que fuere necesario)
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informé a la enfermera (o) de turno la seguridad del paciente de los incidentes y eventos adversos presentados en el servicio
5	Informé de las fallas de material y equipos del servicio.
6	Realicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresarón y egresarón bajo la supervisión de la Enfermera(o).
7	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistí a las rondas medicas y durante los procedimientos de estos.
9	Apoye a la enfermera (o) en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sondas vesicales, sonda nasogastrica, electrocardiograma y otros procedimientos) y en marcar los rotulos en la hora de instalar medicamentos.
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos regamentados.
11	Observe y reporte los signos de alarma presentados por pacientes
12	Informé a la profesional Especializada de seguridad del paciente los incidentes y eventos adversos participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.
13	Proporcione orientación al paciente y familiar.
14	Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o area asignada de la E.S.E.
15	Realice asepsia general semanal y diaria al egreso del paciente , registrado en el formato correspondiente
16	clasifique, ordene y registre las lencerias del servicio a efectos de reposición de ropas y vestuarios relacionados al servicio de lavanderia.
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atención d epacientes.
18	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y le di uso correcto a estos.
19	Le di uso correcto a la administración de medicamentos.
20	Me adherí a protocolos, guias y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduje a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
22	Cuando fue necesario arreglé el cadáver y le entregue al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informe a la enfermera(o) , médico de turno la fuga de pacientes.
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera(o)(farmacovigilancia).
25	Realicé proceso de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobé el correcto empaquetamiento de este y cumplí con los registros especificos.
26	Preparé los paquetes de material(confección de apósitos de gasa, torundasy otro material), coloque los controles químicos y biológicos necesarios, colocandole la fecha de envasado y cerre los sobres de material.
27	Clasifique el material de esterilización y comprobe el correcto empaquetamiento e introduje los diferentes paquetes según caracteristicas. Colaboré en la puesta en marcha de los aparatos cumpliendo los registros especificos.

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 19/1/2024	
		FECHA DE ELABORACIÓN: 26/4/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CON C.C. Nº 39047397

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No	CD2024-0462		DE FECHA		26/04/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10.000.000		VALOR DE HONORARIOS MENSUAL:		$ 2.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME:	01 DE 05	N° CRP	2024	N° CDP	970
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO	01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas de bisturíes, agujas, ...) y mantuve la zona ordenada, limpia e intervenida.
29	Trasladé al paciente a quirófano y realicé el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar el procedimiento quirúrgico
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y el envío a los laboratorios correspondientes (muestra patológica, microbiología, etc.)
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsioximetro, oxigeno, tensiometro, desfibrilador, etc
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico"(SVB) y "soporte vital avanzado"(SVA) que se aplico al enfermo crítico
33	Movilicé e inmovilicé al paciente con seguridad y rapidez en problemas traumatológicos y policlínicos, etc.
34	Al realizar traslado del paciente a otro servicio por medio de ambulancia. Antes: Recibí las ordenes del servicio, se le informo a los familiares que le van a realizar un procedimiento y deben estar hasta media hora antes, se verifico el nombre del paciente, número de cama asignada, el estado del paciente, para ver si se podía transportar en silla de ruedas o en camilla, verificando el acompañamiento del familiar y mirar las condiciones de las venas y si estan permeables y con angiocath Nº 18 y solvente
35	Preparé al paciente para procedimientos (quirurgicos, medios diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados).
36	Realicé registro de verificación de los pacientes que fueron sometidos a procedimiento quirúrgicos (lista de chequeo).
37	Verifique el diligenciamiento del consentimiento en las transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirurgicos y de anestesia, ademas la declaración de retiro voluntario, que estuvieran bien diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto
40	Atendí al recien nacido
41	Prepare el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualice el kardex y tarjetas de medicamento si la Enfermera(o) no se encontraba o estaba ocupada.
43	Controle la entrada y salida de historias clínicas de consultorio, preparación e entrevistas clínicas
44	Surtí los consultorios (de materiales, equipos, etc)
45	Recibí al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verifique que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabello mojado, que el paciente este afeitado en la zona de intervención, se verifico los documentos de este y que estuvieran completos y actualizados, se realizó notas de enfermería, se verifico la autorización para la cirugía, se admitieron y me trasladé al piso correspondiente.
46	Al recibir al paciente procedente de cirugía u otros servicios se verificó en la historia clínica estén los registros médicos y de enfermería llenos.
47	Recogí las facturas de los pacientes y verifique que estos quedaran en el sistema.
48	Bajo la resolución 1995 de 1999 y 839 de 2014 cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formato de requerimiento, evolución, facturación o registros propios de la ESE.
49	Le di uso adecuado y racional a los elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garantizé la presencia oportuna, cuando se requirió hacer procedimientos y labores propias de auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la ESE.
51	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se generaron a un usuario por negligencia, omisión, descuido, mirar, acceso o cualquier otra acción imputable por mi culpa.
52	Permanecí alerta a comunicación las 24 horas del día para una fácil comunicación en caso de urgencias, para lo cual certifique el número telefónico.
53	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que soportara fraudentos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno noctuno no tiene derecho al descanso.
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por mi parte (contratista) y verificadas por el supervisor asignado al contrato.
55	Reporte inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de Enfermería.
56	Desarrolle las actividades ofrecidas en el contrato por cumplimiento con la agenda de turnos y horas establecidas (TSC horas).
57	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua o ampliación de inducción y reinducción.
58	Garantice la prestación del servicio objeto del contrato, cumpliendo estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se ajustaron a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barrenecha, adicionalmente garantizó los servicios ofrecidos permitan su mantenga la calidad e idoneidad.
59	Realice las actividades asignas por el supervisor del contrato y las demas que determine el gerente.

Powered by CamScanner

HJMB 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: 26/04/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CON C.C N° 39047087

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242462		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000		VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		$ 1.875.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	01 DE 05	N° CRP:	2870	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO	01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4543829610	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	8/04/2024	$ 152.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	8/04/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	8/04/2024	$ 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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC N° 39047087

Powered by CamScanner

HJMB Julio Méndez BARRENECHE	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

JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS

CON C.C N° 39047087

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242462		DE FECHA		23/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000		VALOR DE HONORARIOS MENSUAL:		$ 1,975,000
N° PAGO / N° DE INFORME:	01 DE 05	N° CRP:	3870	N° CDP:	370
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		01/04/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	45438296 10	OPERADOR:		SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				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:	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 ABRIL 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 N°1 (UNO) de 5 (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P
N°. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS	CC:	39047087
		RUT:	39047087-9
CORREO ELECTRÓNICO:	jessegorivas@gmail.com	TELÉFONO:	3007105601
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 5 Nº 10-19 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	Nº CUENTA:	488427209769

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20242462	Nº RP:	2870	Nº CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
¿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: $ 10.000.000
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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:		abr-24		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 1,875,000				

JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
C.C 39047087

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

soi

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39047567
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 36 # 5 - 65	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades regladoras y facilitadoras de la art
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:		4543829610	TIPO DE PLANILLA:		INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2024
DIAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																								SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																																PENSIÓN						SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NUMERO	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO NO COTIZA PENSIÓN	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL										ADMIN	RIC	COTIZACIÓN	FSP CLASE PENSIÓN	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	SALDO FAVOR	RIC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	TDE	RIC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	TDE	RIC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 39047567	JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS	INDEPENDIENTES CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000		NO																							25-14 COLPENSIONES	1.300.000	$ 208.000					Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.		1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1.300.000	$ 1960567	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 402.200

Planilla Pagada

Powered by CamScanner