| 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: 27/06/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LEONELA ALEJANDRA FERNANDEZ CON C.C Nº 57.461.946**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS Y ASIGNACIÓN DE CITAS A LOS USUARIOS CON PROGRAMACIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20243617** | | **DE FECHA** | | **15/05/2024** | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | 3.800.000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $ | 1.900.000 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | 2 DE 2 | **Nº CRP:** | 4055 | **Nº CDP:** | | 509 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 30 DE JUNIO. | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 15/05/2024 | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA | | | | | |

**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 |
|---|---|
| 1 | se brindó apoyo en el armado de carpetas con sus respectivas autorizaciones para programación de Cirugias. |
| 2 | se realizó apoyo en la asignación de citas prequirurgicas a los usuarios de procedimientos quirurgicos. |
| 3 | Se brindo orientación a los usuarios en la asignación de citas de endoscopia y colonoscopia |
| 4 | Se brindó apoyo en la verificación del estado de autorizaciones de coosalud para programación de cirugias |
| 5 | Se realizó verificación de la documentación a los usuarios de procedimientos quirurgicos |
| 6 | Se realizó verificación de autorizaciónes a los usuarios con programación de cirugia. |
| 7 | Se informó a la lider del procesos de la eventualidades presentadas. |
| | |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9469122003-9469159353 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | COOSALUD | 25/06/2024 | 164.200 |
| **PENSIÓN:** | COLPENSIONES | 25/06/2024 | 210.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | 25/06/2024 | 32.100 |

**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 período correspondiente

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | leonela fernandez |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | 57.461.946 |

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: 27/06/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LEONELA ALEJANDRA FERNANDEZ CON C.C Nº 57.461.946**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE AUTORIZACION DE CODIGOS DE EPS Y ASIGNACION DE CITAS CON PROGRAMACIONES QUIRURGICAS AMBULATORIAS DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA ESE H.U.J.M.B. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ESPECIALIZADA DE LA E.S.E.** | | **CD2043617** | | **DE FECHA** | 15/05/2024 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $3.800.000 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | $1.900.000 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | 2 DE 2 | **Nº CRP:** | 4055 | **Nº CDP:** | 509 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 30 DE JUNIO 2024 | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | | 15/05/2024 | |
| **Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | 9469122003-9469159353 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | CONSULTA EXTERNA | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | EVELYN GONZALEZ | | | |

**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 |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***CERTIFICO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES GENERALES Y ESPECIFICAS SATISFACTORIAMENTE***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | El contrato se encuentra debidamente legalizado. | XX | |
| 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. | XX | |
| 3 | Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual. | XX | |
| 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. | XX | |

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° JUNIO 2024

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | 36722648 |

Powered by CamScanner

| JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA FINAL | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243617 DEL 2024**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20243617 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | LEONELA ALEJANDRA FERNANDEZ |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 57.461.946 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE PREASIGNACION DE CITAS A LOS USUARIOS CON PROGRAMACIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $3.800.000.oo |
| **FORMA DE PAGO** | MENSUAL. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER 30 DE JUNIO 2024. |
| **CDP** | No. 509 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | No. 4055 |
| **FECHA DEL ACTA DE INICIO** | 15/05/2024 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 30/06/2024 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO |

Entre los suscritos a saber **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20243617** y por la otra, **LEONELA ALEJANDRA FERNANDEZ** identificado con la cedula de ciudadanía N° 57.461.946 de Santa Marta, en su condición de contratista quienes se reunieron para firmar acta de finalización de contrato cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Por último, el hospital declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **30** días del mes **06** del año **2024**.

SUPERVISOR:

**EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**
C.C. No. 36.722.648

CONTRATISTA:

**LEONELA ALEJANDRA FERNANDEZ.**
C.C. No. 57.461.946

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 57461946 | | FERNANDEZ LEONELA ALEJANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 38 # 20 2-31 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3002494151 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-05 | 2024-05 | 13501710 | 9469122003 | I | 2024/06/14 | 2024/06/26 | BANCO DE OCCIDENTE | 12 | $243,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 57461946 | FERNANDEZ LEONELA ALEJANDRA | 25-14 | 18 | $780,000 | $124,800 | ESSC24 | 18 | $780,000 | $97,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 18 | $780,000 | $19,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $780,000 | $124,800 | | | $780,000 | $97,500 | | | $0 | $0 | | | $780,000 | $19,100 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $124,800 | $1,200 | $0 | $126,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $124,800 | $1,200 | $0 | $126,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $19,100 | $200 | $0 | $19,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $19,100 | $200 | $0 | $19,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $97,500 | $1,000 | $0 | $98,500 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 1 | $97,500 | $1,000 | $0 | $98,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $241,400 | $2,400 | $0 | $243,800 |

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 57461946 | | FERNANDEZ LEONELA ALEJANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 38 # 20 2-31 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3002494151 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-05 | 2024-05 | 90777610 | 9469159353 | N | 2024/06/14 | 2024/06/26 | BANCO DE OCCIDENTE | 12 | $162,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 57461946 | FERNANDEZ LEONELA ALEJANDRA | 25-14 | 18 | ($780,000) | ($124,800) | ESSC24 | 18 | ($780,000) | ($97,500) | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 18 | ($780,000) | ($19,100) | 0 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 57461946 | FERNANDEZ LEONELA ALEJANDRA | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | ESSC24 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $520,000 | $83,200 | | | $520,000 | $65,000 | | | $0 | $0 | | | $520,000 | $12,600 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $83,200 | $800 | $0 | $84,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $83,200 | $800 | $0 | $84,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $12,600 | $200 | $0 | $12,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $12,600 | $200 | $0 | $12,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $65,000 | $700 | $0 | $65,700 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 1 | $65,000 | $700 | $0 | $65,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $160,800 | $1,700 | $0 | $162,500 |

Powered by CamScanner

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024 |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | LEONELA ALEJANDRA FERNANDEZ | **CC:** | 57461946 |
| | | **RUT:** | 57461946-7 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | LEONELAF68@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 300 2494151 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CALLE 38 # 20-231 COLINAS DEL PANDO | **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:** | 0550488445522904. |
|---|---|---|---|---|---|

| **DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **CD20243617** | **N° RP:** | **4055** | **N° CDP:** | **509** | **PLAZO - DURACIÓN: 2 MESES** |
| **¿ADICIÓN O PRORROGA?** | NO | **TIEMPO PRORROGADO** | | NO | | **VALOR ADICIONADO:** NO |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **15 DE MAYO 2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30 DE JUNIO DE 2024** | | **VALOR DEL CONTRATO: 3.800.000** |
| **N° CDP (ADICIÓN):** | NO | **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS Y ASIGNACIÓN DE CITAS A LOS USUARIOS CON PROGRAMACIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA 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 JUNIO 2024 | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?** | | | **$ 1.900.000** | | | |

**LEONELA ALEJANDRA FERNANDEZ**
**C.C 57461946**

Powered by CamScanner