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
MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ
CON C.C Nº 49.731.765

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243157		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$6,300,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2,100,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3 DE 3	Nº CRP:	3423	Nº CDP:	509
PLAZO DEL CONTRATO	(3 MESES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	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 (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor de la orden
2	Verificación de cita asignada en listado de asistencia
3	Si la cita asignada se encuentra en el listado de asistencia, verificar que el usuario cuente con toda la documentación requerida y organizarla para ser facturada
4	Asignar Ficho a usuario según su hora de llegada y hora de asignación de la cita.
6	Direccionar al usuario que llegue retrasado o anticipado a su cita asignando ficho para ser facturado en los casos necesarios.
7	Orientar al usuario a que se ubique en la casilla de facturación correspondiente a su solicitud y hora asignada para la atención

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9467868782	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	25/06/2024	$ 163.300,00
PENSIÓN:	COLPENSIONES	25/06/2024	$ 209.000,00
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	25/06/2024	$ 31.900,00

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	49.731.765

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
MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ
CON C.C Nº 49.731.765

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDAES DE ORIENTACION EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA ESE H.U.J.M.B.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243157		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$6.300.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	3 DE 3	Nº CRP:	3423	N° CDP:	509
PLAZO DEL CONTRATO	(3) MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		01/04/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9467868782	OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CONSULTA EXTERNA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EVELYN GONZALEZ				

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. 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

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243157 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243157
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ.
NO. DE IDENTIDAD	49.731.765
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$6.300.000.oo
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER 30 DE JUNIO 2024.
CDP	No. 509
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 3423
FECHA DEL ACTA DE INICIO	1/04/2024
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. **CD20243157** y por la otra, **MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ** identificado con la cedula de ciudadanía N° 49.731.765 de Valledupar – Cesar, 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:

MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ
C.C. No. 49.731.765

COPIA

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 49731765		GONZALEZ SANCHEZ MARIA MARTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PORTALES DEL ARCO IRIS manz 5 casa 9	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	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	9467868782	9467868782	I	2024/06/19	2024/06/25	BANCO DE BOGOTA	6	$404,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
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		$402,200
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		$402,200
1	CC	49731765	GONZALEZ MARIA																	25-14	30	$1,300,000	$208,000	ESSC24	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total		**Afiliados(1)**																			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49731765		GONZALEZ SANCHEZ MARIA MARTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PORTALES DEL ARCO IRIS manz 5 casa 9	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	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	9467868782	9467868782	I	2024/06/19	2024/06/25	BANCO DE BOGOTA	6	$404,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$800	$0	$163,300
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$162,500	$800	$0	$163,300
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$2,000**	**$0**	**$404,200**

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ	CC:	49731765
		RUT:	49731765-0
CORREO ELECTRÓNICO:	marimar_1702@hotmail.com	TELEFONO:	3043503190
DIRECCIÓN DOMICILIO:	MZ 5 CASA 9 URB. PORTALES DEL ARCOIRIS	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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	0518417266

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20243157	Nº RP:	3423	N° CDP:	509	PLAZO - DURACIÓN: 3 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JUNIO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: $6.300.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PPRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHEBARRENECHE			
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:		JUNIO DE 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$2.100.000		

MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ
C.C49.731.765 DE VALLEDUPAR

Powered by CamScanner