# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024 | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | SINDY YOHANA AREVALO GALAN | CC: | 1083461466 |
| | | RUT: | 108361466-9 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | sindy.arevalo.0108@hotmail.com | TELÉFONO: | 3105174965 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CARRERA 24 # 2-73 | CIUDAD: | CIENAGA - MAGDALENA |

**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 | N° CUENTA: | 220445472 |
|---|---|---|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | CD20242723 | N° RP: | 3089 | N° CDP: | 510 | PLAZO - DURACIÓN: 5 MES |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 1/04/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31 DE AGOSTODE 2024 | | VALOR DEL CONTRATO: 15,500,000 |
| N° 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. | | | |
| 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: | | jun-24 | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | $ 3.100.000 | | | | |

Firma del Contratista

Sindy Arevalo Galan

SINDY YOHANA AREVALO GALAN

C.C 1083461466

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| HUMB 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/JUNIO/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**SINDY YOHANA AREVALO GALAN**
**CON C.C Nº 1.083.461.466**

**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.** | **CD20242723** | | **DE FECHA** | | **31/marzo/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | **$15,500,000** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | **$3100000** |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | **3 (TRES) DE 5 (CINCO)** | **Nº CRP:** | **3089** | **Nº CDP:** | **510** |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (5)CINCO MESES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 01/ABRIL/2024 | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | AURA 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 especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Planeé organicér, 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: Identificación 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 | Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 6 | Velé 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 gestioné 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 y/o incidentes que se presenten 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 | Supervisar 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 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 estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc. |
| 24 | Proporcioné orientación a los estudiantes y al personal de inducción. |
| 25 | Gestioné oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento |
| 26 | Verifiqué la Actualización de Kardex, tarjeta de medicamentos, hoja de tratamiento, control y distribución de líquidos esté diligenciada como es debido. |
| 27 | Gestionar la asignación de las camas del servicio y a otro servicio. |
| 28 | Verifqué el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales |
| 29 | Asistí a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes. |
| 30 | Notifiqué los daño a mantenimiento, realicé ronda conjuntamente con mantenimiento. |
| 31 | Informé por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio. |
| 32 | Verifiqué el cumplimiento de la presentación personal de enfermería |
| 33 | Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía institucional |
| 34 | Asigné los 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 |
| 36 | Proporcioné atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería. |
| 37 | Elaboré los reporte de enfermería |
| 38 | Manejé y controlé de material y equipo en la atención del paciente. |
| 39 | Garanticé la presencia oportuna, durante 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, líquidos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicitar las jeringas necearías 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 la 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. |

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: 27/JUNIO/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**SINDY YOHANA AREVALO GALAN**
**CON C.C N° 1.083.461.466**

**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.** | **CD20242723** | | **DE FECHA** | | **31/marzo/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | **$15,500,000** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | **$3100000** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME::** | **3 (TRES) DE 5 (CINCO)** | **N° CRP:** | **3089** | **N° CDP:** | **510** |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (5)CINCO MESES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 01/ABRIL/2024 | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | |

| | |
|---|---|
| 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 complementen, 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 | Estuve en comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico. |
| 52 | Administré medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 53 | Solicité los productos de asepsia y Supervisar 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 | Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia. |
| 56 | Presté 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 | Hice 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 el 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 | Proporcionar 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 | Participé 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 | Apliqué 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 supervisé las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado |
| 69 | Respondí oportunamente a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato. |
| 70 | Tuve Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio |
| 71 | Gestioné la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere 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 presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura. |
| 74 | Verifiqué que el paciente que egrese se le entregue órdenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros |
| 75 | Garanticé que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas 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 | Garanticé 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 trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere. |
| 83 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación 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:** | **9467872739** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | NUEVA EPS | 17-jun-24 | 162.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 17-jun-24 | 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA ARL | 17-jun-24 | 31.700 |

**VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| HUMB 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/JUNIO/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**SINDY YOHANA AREVALO GALAN**
**CON C.C Nº 1.083.461.466**

**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.** | **CD20242723** | | **DE FECHA** | | **31/marzo/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | **$15,500,000** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | **$3100000** |
| **Nº PAGO / N° DE INFORME::** | **3 (TRES) DE 5 (CINCO)** | **Nº CRP:** | **3089** | **N° CDP:** | **510** |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (5)CINCO MESES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 01/ABRIL/2024 | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | |

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:** | Sindy Arevalo Galan |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **C.C 1083461466** |

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: 27/06/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**

**SINDY YOHANA AREVALO GALAN**

**CON C.C Nº 1083461466**

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | RESTACIÓN 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.** | **CD20242723** | | **DE FECHA** | | **31/03/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | **$15,500,000** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | **$3100000** |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | **3 (TRES) DE 5 (CINCO)** | **Nº CRP:** | **3089** | **Nº CDP:** | **510** |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | **(5) CINCO MESES** | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | | **01/04/2024** | |
| **Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **9467872739** | | **OPERADOR:** | | **APORTES EN LINEA** |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **AURA 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:** | **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 JUNIO 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° 3 (TRES) de 5 (CINCO)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **36.541.888** |

Powered by CamScanner

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1083461456 | | AREVALO GALAN SINDY YOHANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 24 # 2-73 | CIENAGA-MAGDALENA | 4107661 | 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 | 16277328 | 9467872739 | I | 2024/06/19 | 2024/06/17 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $402,200 |

## 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 |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $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 |
| Ciudad: CIENAGA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 |
| 1 | CC | 1083461466 | AREVALO SINDY | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS037 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 |

*A