	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 MARIA CAROLINA GARCIA HERNANDEZ CON C.C N° 1.079.938.005

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242509		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	3(TRES) DE 5(CINCO)	N° CRP:	2913	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES		FECHA DEL ACTA DE INICIO:	01/ABRIL/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA 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 específicas del objeto del contrato)

ITEM	
1	Recibí y entregue turno de acuerdo a la guia
2	Proporcioné atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometria, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de liquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral
4	Informé al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.
5	Informé de las fallas de material y equipos de servicios
6	Realicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibí y entregué a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistí a las ronda médicas y durante los procedimientos de estos
9	Apoyé al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica (notas de Enfermeria), en
11	Observé y reporté los signos de alarma presentados por sus pacientes
12	Informé a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente
13	Proporcioné orientación al paciente y familiar
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
15	Realicé asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente
16	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia.
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia
18	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos
19	Me adherí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
20	Conduci a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
21	Hice los usos correctos de administración de medicamentos
22	Arreglé el cadáver y entregué al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
23	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
25	Realicé procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.
26	Preparé los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Colocar los controles químicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material.

Powered by CamScanner

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/JUNIO/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MARIA CAROLINA GARCIA HERNANDEZ CON C.C Nº 1.079.938.005

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242509**		**DE FECHA**		**31/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$10.000.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$ 2.000.000**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	**3(TRES) DE 5(CINCO)**	**Nº CRP:**	**2913**	**Nº CDP:**	**510**
PLAZO DEL CONTRATO	**(5) CINCO MESES**	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**01/ABRIL/2024**	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**AURA ESTELA DAZA PEÑA**				

27	Clasifiqué el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, introducir los diferentes paquetes según características, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros especificos.
28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturies, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.
29	Trasladé al paciente a quirófano y realicé el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar procedimientos quirúrgicos
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envio a los laboratorios correspondientes (Anatomia Patológica, Microbiologia, etc.).
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo critico.
33	Movilicé e inmovilicé al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. etc,
34	Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibí las órdenes del servicio, Informé a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y debe estar listo media hora antes, verifiqué el nombre del paciente, número de cama asignada, verifiqué el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verifiqué el acompañamiento del familiar, miré las condiciones de las venas, si estaban permeables y con angiocath No. 24 y reciente.
35	Preparé el paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografias, estudios especializados y otros
36	Llevé el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
37	Verifiqué que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
38	Llené el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
40	Atendi al Recién Nacido
41	Preparé el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualicé el Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada
43	Controlé las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestación de historias clinicas).
44	Surti los consultorios de materiales, equipos, etc.
45	Recibí al paciente y la programación de cirugia ambulatoria, verifiqué que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente este afectado en la zona de inserción, verificar los documentos de este, que estén completos y actualizados, hacer las notas de enfermeria, verificar la autorización para la cirugia, Admisionar, y trasladar al piso correspondiente
46	Al recibir el paciente procedente de cirugia u otros servicios, verifiqué que la historia clinica estén todos los registros médicos y de enfermeria estén ll
47	Recogi las facturas de los pacientes y verifiqué que estos aparezca en el sistema.
48	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumpli con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.
49	Usé adecuada y racionalmente elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garanticé la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E
51	Respondí por las daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa
52	Tuvé comunicación las 24 horas del dia para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
53	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, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
55	Reporté Inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria
56	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)

Powered by CamScanner

	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 MARIA CAROLINA GARCIA HERNANDEZ CON C.C Nº 1.079.938.005

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242509		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3(TRES) DE 5(CINCO)	Nº CRP:	2913	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		01/ABRIL/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA DAZA PEÑA				

57	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
58	Garantizar 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 garantia de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad o idoneidad.
59	Realicé todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9467259698	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	24/06/2024	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	24/06/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/06/2024	31.700

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle 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.

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1.079.938.005

Powered by CamScanner

HUMB 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 CAROLINA GARCIA HERNANDEZ

CON C.C Nº 1.079.938.005

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242509		**DE FECHA**		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		2,000,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3(TRES) DE 5(CINCO)	**Nº CRP:**	2913	**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:	9467259698	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA 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 Nº 3(TRES) de 5 (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Estela Daza P
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

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 1079938005		GARCIA HERNANDEZ MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 # 29-84	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	726753350	9467259698	I	2024/06/05	2024/06/24	BANCOLOMBIA	19	$408,400

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	1079938005	GARCIA MARIA		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	2.4361	$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 1079938005		GARCIA HERNANDEZ MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 # 29-84	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	726753350	9467259698	I	2024/06/05	2024/06/24	BANCOLOMBIA	19	$408,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$3,200	$0	$211,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$3,200	$0	$211,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$500	$0	$32,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$500	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$2,500	$0	$165,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$2,500	$0	$165,000
TOTAL				1	$402,200	$6,200	$0	$408,400

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/JUNIO/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAROLINA GARCIA HERNANDEZ	CC:	1079938005
		RUT:	1079938005-1
CORREO ELECTRÓNICO:	macagarcia1607@gmail.com	TELÉFONO:	3155270007
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 13 # 29-84 B. BAVARIA	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:	91658812691

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	CD20242509	N° RP:	2913	N° CDP: 510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO	VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/ABRIL/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/AGOSTO/2024	VALOR DEL CONTRATO: 10,000,000
N° 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.		
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 DE 2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 2.000.000	

Firma del Contratista

MARIA CAROLINA GARCIA HERNANDEZ
C.C. N° 1.079.938.005

Powered by CamScanner