| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: 30/05/2024 | |

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
LORAINE MARGARITA MORON JARABA
CON C.C N° 1.128.164.857

**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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20242689 | | DE FECHA | | 3/31/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 15.500.000. | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $3.100.000. |
| N° PAGO / N° DE INFORME:: | 2 DE 5 | N° CRP: | 3062 | 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 ESTELLA 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**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Recibi y entregue turno de acuerdo a la guía Institucional. |
| 2 | Planie, organice, dirigi, realice las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos. |
| 3 | Solucionar los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de áreas) |
| 4 | Realice Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos Invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 5 | Supervise que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución. |
| 6 | Verifique la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 7 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios. |
| 8 | Comprobe la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 9 | Verifique que se registraran 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. |
| 10 | Vigile el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros. |
| 11 | Verifique la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas |
| 12 | Supervise que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas |
| 13 | Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición. |
| 14 | Vigile la hora y la administración correcta de prescripciones médicas |
| 15 | Verifique que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o Incidentes que se presenten en la atención del paciente. |
| 16 | Participe en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería. |
| 17 | Informe al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios. |
| 18 | Participe en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata. |
| 19 | Participe en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución |
| 20 | Supervise el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos |
| 21 | Vigile 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. |
| 22 | Verifique de la preparación adecuada de los estudios y cirugía |
| 23 | Verifique realice y gestione el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio. |
| 24 | Gestión de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc. |
| 25 | Proporcione orientación a los estudiantes y al personal de inducción |
| 26 | Gestione oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento |
| 27 | Verifique la Actualización de Kardex, tarjeta de medicamentos, hoja de tratamiento, control y distribución de líquidos esté diligenciada como es debido. |
| 28 | Gestione la asignación de las camas del servicio y a otro servicio |
| 29 | Verifique el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales |
| 30 | Asisti a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes. |
| 31 | Notifique de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento |
| 32 | Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio. |
| 33 | Verifique el cumplimiento de la presentación personal de enfermería |
| 34 | Asigne pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería |
| 35 | Propiciar un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo |
| 36 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería) |
| 37 | Elaboración de reporte de enfermería |
| 38 | Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente. |
| 39 | Garantice la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los 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, realizar 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 necesarias 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 | Entregue de historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos |
| 42 | Responder 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. |
| 43 | Participar en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación |
| 44 | Asisti a las rondas Médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos. |
| 45 | Diligencie la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos |
| 46 | Verifique el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA |
| 47 | Realize 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. |
| 48 | Actualice los 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. |
| 49 | Administra medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 50 | Solicite los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente |
| 51 | Supervise el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc. |
| 52 | Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional |
| 53 | Supervise y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia, |
| 54 | Diligencie correctamente los formatos requeridos en los servicios. |

| | |
|---|---|
| 55 | cumpli con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermeria y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas. |
| 56 | Preste los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las caracteristicas técnicas exigidas. |
| 57 | se hizo uso racional de los insumos y elementos que se encuentran dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización. |
| 58 | Realice 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/o semanal. |
| 59 | Brinde orientación el estudiante que de acuerdo al convenio docencia -servicio tiene la institución con las universidades para eldesarrollo de sus prácticas. |
| 60 | Realice la notificación oportuna de los eventos adversos, asi como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria. |
| 61 | Proporcione educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico. |
| 62 | Vigile la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio |
| 63 | Participe 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. |
| 64 | Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) |
| 65 | Aplique los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio. |
| 66 | Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato. |
| 67 | Planificación y supervisión de las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado |
| 68 | Gestione la información, y/o documentos fisicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. |
| 69 | Respuesta oportuna a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato. |
| 70 | Realice seguimientos de la adherencia de guias, protocolos, procedimientos y otros establecidos en los servicios de salud, en cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plande Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino. |
| 71 | Gestione la información, y/o documentos fisicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad |
| 72 | Apoyr a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio |
| 73 | Reportar a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura. |
| 74 | Verifique que el paciente que egrese se le entregue órdenes médicas, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patologia, controles médicos y entre otros. |
| 75 | 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 e idonaidad. |
| 76 | Cumpli 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 | Participe 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 | Garantizar 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 | Recibi 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 | Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción. |
| 81 | Realize seguimientos de la adherencia de guias, 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 | Asisti 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: | 4548818102 | OPERADOR: | SOI |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 24/05/2024 | $ 162.500,00 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 24/05/2024 | $ 208.000,00 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 24/05/2024 | $ 31.700,00 |

## 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 periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Jorame Moumon Jaraba |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 1.128.164.857 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB Julio Méndez BARRENECHE | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:30/05/2024 | |

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

LORAINE MARGARITA MORON JARABA

CON C.C N° 1.128.164.857

**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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20242689 | | DE FECHA | | 3/31/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 15.500.000 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $ 3.100.000. |
| N° PAGO / N° DE INFORME:: | 2 DE 5 | N° CRP: | 3062 | N° CDP: | 510 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (5) CINCO MESES | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | | 01/04/2024 | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 4548818102 | OPERADOR: | | SOI | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA ESTELLA 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: | XX | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | XX |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | XX |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICAQUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE MAYO 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° 2 (DOS) de 5 (CINCO)

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 36.541.888 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1128164857 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | LORAINE MARGARITA MORON JARABA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCION: | SANTA MARTA | TELÉFONO: | 4000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA | Comercio al por mayor de computadoras, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA] | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 45488181102 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA | | | 5 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/05/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9998777279 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.400 | $ 0 | $ 208.000 | $ 1.400 | $ 209.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 1.400** | **$ 209.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 1.100 | $ 0 | $ 162.500 | $ 1.100 | $ 0 | $ 163.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 1.100** | **$ 0** | **$ 163.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | APORTES | MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 300 | $ 0 | $ 32.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 31.700** | **$ 300** | **$ 0** | **$ 32.000** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC (1128164857) | MORON JARABA LORAINE MARGARITA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | NO | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 |

| SALUD | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 |

| ARP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $11281685 | $ 31.700 |

| PARAFISCALES | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL $ 405.000**

Planilla - SOI

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:30/05/2024 | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LORAINE MARGARITA MORON JARABA | CC: | 1128164857 |
| | | RUT: | 1128164857-4 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | lorysmar2014@gmail.com | TELÉFONO DE CONTACTO: 3015920571 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | MZA O CASA 274 BULEVARD 19 | 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 CTA.: | AHORROS | Nº CUENTA: | 91206745474 |
|---|---|---|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | CD20242689 | Nº RP: | 3062 | N° CDP: | 510 | PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 1/4/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/08/2024 | | 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 ESE 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: | | MES DE MAYO DE 2024 | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | | | $ 3.100.000 | | |

Loraine Moron Jaraba

LORAINE MARGARITA MORON JARABA
1128164857de Santa Marta