HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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
IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA
CON C.C Nº 57427348

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20243433**			**DE FECHA**	**6/05/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$1.875.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	3879	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES(ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	06/05/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA 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

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	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcione 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 líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asisti al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informe al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.
5	Informe de las fallas de material y equipos de servicios
6	Realice 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	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistr a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos
9	Apoye 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	Realice durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos reglamentados
11	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
12	Informe 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	Proporcione orientación al paciente y familiar
14	Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
15	Realizce asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
16	Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Realice 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	Recibi, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
19	Haci los usos correctos de administración de medicamentos
20	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Condugue a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
22	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente
23	Realice seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
24	Realice procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.
25	Prepare 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.
26	Clasifique 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 específicos.
27	Proporcione desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.
28	Trasladar al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar procedimientos quirúrgicos (..
29	Asegure el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.).
30	Revise el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
31	Ayude al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
32	Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. etc,
33	Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibir las órdenes del servicio, Informarles a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y debe estar listo media hora antes, verificar el nombre del paciente, número de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si están permeables y con anglocath No. 18 y reciente.
34	Preparación del paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros.
35	Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
36	Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
37	Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia,
38	38. Llenar el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
40	Actualización de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada
41	Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
42	Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc.
43	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
44	Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.
45	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
	Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.

	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
IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA
CON C.C Nº 57427348

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20243433**		**DE FECHA**		**6/05/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1.875.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	3879	**N° CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES(ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	06/05/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZA PEÑA				

46	Recibir al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verificar 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 enfermería, verificar la autorización para la cirugía, Admisionar, y trasladar al piso correspondiente
47	Responder 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
48	Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
49	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.
50	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.
51	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
52	Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
53	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
54	Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
55	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características 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.
56	Realizar 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:	**4557444312**	**OPERADOR:**	**SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**24/06/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**24/06/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24/06/2024**	**$ 31.700**

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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**57427348**

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
IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA
CON C.C Nº. 57.427.348

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.	CD20243433			**DE FECHA**	6/05/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 4.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$1.875.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	3879	**N° CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		06/05/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4557444312	**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 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° 2 (DOS) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Estella Daza P
N°. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

ach SOI | Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57427348
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA
DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 18 A # 11C -47
TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4557444312
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2024
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	10
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/24
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999093394

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 208.000	$ 1.700	$ 209.700
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 1.700	$ 209.700

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	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	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 162.500	$ 1.300	$ 0	$ 163.800
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 1.300	$ 0	$ 163.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES 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 / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 57427348	NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	57427348	$ 31.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 405.500

Planilla Pagada

2024/06/24 5:30 PM USUARIO: SOI CC57427348

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	IRMA GROGORIA NIEBLES ARIZA	CC:	57427348
		RUT:	57427348-9
CORREO ELECTRÓNICO:	irmanieblesariza1969@gmail.com	TELÉFONO DE CONTACTO: 3178065979	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Kra 18a #11c-47 Barrio riascos	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:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	564847432

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243433	N° RP:	3879	N° CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 2 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/05/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2024		VALOR DEL CONTRATO: $ 4.000.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE 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)	N/A	PERIODO OBJETO DE COBRO:		MES DE JUNIO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 1.875.000				

Firma del Contratista

IRMA GROGORIA NIEBLES ARIZA

CC. 57427348

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243433 DE 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20243433 DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA
NO. DE IDENTIDAD	57427348
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES DE PESOS M/C ($4.000.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas, por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L. (2000000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 30 de JUNIO de 2024
CDP	510
REGISTRO PRESUPUESTAL	3879
FECHA DE ACTA DE INICIO	06 DE MAYO DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE JUNIO DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC. 36541888,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Profesional Especializado Unidad Enfermería, quien actúa como supervisor del contrato **CD20243433,** por otra parte IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 57427348 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se 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 de JUNIO del año **2024**.

SUPERVISOR

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. 36541888

CONTRATISTA

IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA
CC. 57427348

COPIA CONTROLADA