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

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20244566 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20244566
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	KIARA CECILIA CASTELLANOS RIOS
NO. DE IDENTIDAD	1.082.925.023
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$6.600.000.oo
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA DOS (2) pagos por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/L. ($3.300.000) C/U, de conformidad con el informe de ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024.
CDP	No. 780
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 5108
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Entre los suscritos a saber **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20244566** y por la otra, **KIARA CECILIA CASTELLANOS RIOS,** identificada con la cedula de ciudadanía 1.082.925.023 de Santa - Marta, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el **día** 5 de **AGOSTO** del año **2024.**

SUPERVISORA:

EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
C.C. No. 36.722.648

CONTRATISTA:

Kiara Castellanos Rios
KIARA CECILIA CASTELLANOS RIOS
C.C. No. 1.082.925.023

Scanned with CamScanner

HJMB E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

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

KIARA CECILIA CASTELLANOS RIOS

CON C.C Nº 1082927023

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA REALZAR ACTIVIDADES COMO APOYO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20244566**	**DE FECHA INICIO**	**5/8/2024**	

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Se brindó educación a los usuarios respecto a los tiempos de espera en la atención y servicios a recibir.
2	Se mantuvo canal de comunicación permanete con la lider del proceso y se reportaron las eventualidades de manera inmediata.
3	Se realizó supervisión en la entrega de turnos, para que se efectuaran de conformidad a los protocolos establecidos.
4	Se procuró que los procesos y protocolos en el servicio de consulta externa se cumpliesen de manera satisfactoria.
5	Se garantizó que la toma de signos vitalales se realizara de manera correcta y oportuna a los usuarios de la consulta externa.
6	Se entregó diariamente a las enfermeras y enfermeros auxiliares el agendamiento de los consultorios con sus respectivos especiaistas.
7	Se supervisó el cumplimineto de los principios y valores éticos del personal a mi cargo

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4560792569**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**9/8/2024**	**162.700**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**9/8/2024**	**208.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**9/8/2024**	**31.800**

IV.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.

V. 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:	KIARA CASTELLANOS RIOS.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.925.023**

Scanned with CamScanner

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y KIARA CECILIA CASTELLANO RIOS identificado con C.C. 1082925023

Fecha de Diligenciamiento:	2024-08-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20244566	RP:	5108	CDP:	780

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.600.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.300.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-08-05	FECHA DE FINALIZACION:	2024-09-30
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SATISFACTORIAMENTE

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Agosto

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
36722648
UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Scanned with CamScanner

KIARA CECILIA CASTELLANO RIOS
1082925023
KRA 4 # 122 A - 137 LA PAZ
3005956724
KIARACASTELLANORIOS@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-08-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KIARA CECILIA CASTELLANO RIOS		
DOCUMENTO:	1082925023		
DIRECCIÓN:	KRA 4 # 122 A - 137 LA PAZ	TELÉFONO:	3005956724
CORREO ELECTRONICO:	KIARACASTELLANORIOS@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20244566
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

RP:	5108	CDP:	780	FECHA INICIO:	2024-08-05	FECHA FINAL:	2024-09-30

VALOR CONTRATO:	6.600.000,00	VALOR A PAGAR:	3.300.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	051800020038299

CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**

FIRMA

Kiara Castellanos Rios
KIARA CECILIA CASTELLANO RIOS
C.C. 1082925023 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

soi Pagos de Seguridad Social

Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082925023
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			KIARA CECILIA CASTELLANOS RIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 4 121-A137 VISTA HERMOS	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:			4560792569	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/08/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 208.000	$ 200	$ 208.200
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 200	$ 208.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 200	$ 0	$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800

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 1082925023	CASTELLANOS RIOS KIARA CECILIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN 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
230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	[illegible]	[illegible]	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	108292502	$ 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	$ 402.700

Planilla Pagada

Scanned with CamScanner