	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE
CON C.C N° 1082993765

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241534		DE FECHA		20/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	10.400.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 5.200.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	N° CRP:	2236	N° CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	20/02/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANOS Y TOCÓFANOS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON				

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:	3446223000335	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	MAPFRE COLOMBIA
FECHA DE LA PÓLIZA	18/12/2023	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 consignadas del objeto del contrato)

ITEM	
1	Realice ronda médica diaria
2	Deje registro en la historia clínica los pacientes todas las acciones necesarias para el cuidado de los pacientes, en aras de dejar constancia legal y Científica
3	Realice actividades donde se involucraron a los estudiantes y personal del servicio para el desarrollo formativo de los implicados.
4	Realice todas las acciones médicas pertinentes para el mejoramiento de los pacientes.
5	Cumplí con los turnos asignados y el número total de horas contratadas, si se requiere algún cambio de turno este es solicitado por escrito con su respectiva justificación al supervisor del contrato el Subgerente Científico.
6	Realice ronda técnico- científica y técnico - administrativa en los servicio el dia y la hora estipulada por la Subgerencia Científica.
7	Realice ronda médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evolución ordenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS y epicrisis de los pacientes hospitalizados.
8	Realice el diligenciamiento de Rips, formatos y demás instrumentos de control de seguimiento suministrados son por intermedio del sistema de esta E.S.E.
9	Realice todas las acciones pertinentes en aras de que la institución no vea afectado sus ingresos por acciones u omisiones con respecto a glosas realizadas por las diferentes eps y aliados estratégicos de la misma.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9463579969	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/03/2024	250.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/03/2024	320.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/03/2024	48.800

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:	ANDREA PEDRAZA O.
N°. IDENTIFICACIÓN:	1082993765

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082993765		PEDRAZA OLARTE ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 22 20 51	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
2024-02	2024-02	S08594610	9463579969	I	2024/03/15	2024/03/12	BANCOLOMBIA	0	$618,800

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)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800
1	CC	1082993765	PEDRAZA ANDREA																	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	2.436%	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	**Afiliados(1)**																					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082993765		PEDRAZA OLARTE ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 22 20 51	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
2024-02	2024-02	S08594610	9463579969	I	2024/03/15	2024/03/12	BANCOLOMBIA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE	CC:	1082993765
		RUT:	1082993765 - 5
CORREO ELECTRÓNICO:	andruscarolina@hotmail.com	TELEFONO:	3013453215
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 18 N° 22 - 29 barrio jardin	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.

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20241534	Nº RP:	2236	N° CDP:	300	PLAZO - DURACIÓN: 2 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2024	VALOR DEL CONTRATO:	$ 10.400.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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:		MARZO DEL 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 5.200.000		

ANDREA PEDRAZA O.

ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE

1082993765

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE CON C.C Nº 1082993765

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			CD20241534		DE FECHA		20/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	10.400.000				VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		$ 5.200.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2			Nº CRP:	2236	N° CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	2	DOS	MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		20/02/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			9463579969	OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANOS Y TOCÓFANOS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON				

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:	3446223000335	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	MAPFRE COLOMBIA
FECHA DE LA PÓLIZA	18/12/2023	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Realizada una exhaustiva verificación de las obligaciones contractuales establecidas en el estudio de necesidad del contratista, se confirma que el contratista ha cumplido de manera satisfactoria con los términos y condiciones acordados durante el periodo objeto de cobro. Por tal motivo, se autoriza para el pago total de los honorarios correspondientes.

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:	TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON
N°. IDENTIFICACIÓN:	85455393